

MODUL PRAKTIKUM
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH I



PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES KUSUMA HUSADA SURAKARTA

2018

Modul Praktikum Keperawatan Medikal Bedah I ini merupakan Modul Praktikum yang memuat naskah konsep praktikum di bidang Ilmu Keperawatan, yang disusun oleh dosen Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta.

Pelindung : Ketua STIKes
Wahyu Rima Agustin, S.Kep.,Ns,M.Kep

Penanggung Jawab : Ketua Lembaga Penjamin Mutu
Tresia Umarianti, SST.,M.Kes

Pemimpin Umum : Meri Oktariani, S.Kep.,Ns,M.Kep

Pemimpin Redaksi : Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns, M.Kep

Sekretaris Redaksi : Mellia Silvy Irdianty, S.Kep.,Ns, MPH

Sidang Redaksi : Fakhruddin Nasrul Sani, S.Kep.,Ns, M.Kep
Noor Fitriyani, S.Kep.,Ns, M.Kep
Diyannah Sholihan Rinjani, S.Kep.,Ns, M.Kep
Prima Trisna Aji, S.Kep.,Ns, M.Kep
Saelan, S.Kep.,Ns, M.Kep
Maria Wisnu Kanita, S.Kep.,Ns, M.Kep

Penyusun : Fakhruddin Nasrul Sani, S.Kep.,Ns, M.Kep

Penerbit : Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta

Alamat Redaksi : Jl. Jaya Wijaya No. 11 Kadipiro, Bnajarsari, Surakarta, Telp. 0271-857724

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT karena telah dapat menyusun modul praktik Keperawatan Medikal Bedah I. Buku ini disusun sebagai pedoman bagi mahasiswa dalam menjalankan proses pembelajaran praktik laboratorium untuk melaksanakan kegiatan praktik secara prosedural dan disesuaikan dengan pokok bahasan mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah I yang diajarkan pada mahasiswa Program Diploma Keperawatan.

Buku ini tersusun atas kerjasama tim pengajar mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah I, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak yang turut membantu penyelesaian buku ini. Buku ini tentunya masih banyak kekurangan dan kelemahannya, untuk itu penulis sangat mengharap kritik dan saran serta masukan dari berbagai pihak agar buku ini menjadi sempurna. Semoga buku ini dapat bermanfaat dan dapat menambah wawasan keilmuan pembaca dalam praktik Keperawatan Medikal Bedah 1 secara procedural di laboratorium.

Terima kasih.

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

	<i>Halaman</i>
Judul.....	ii
Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	iii
Central Vena Pressure (CVP)	1
Nebulizer.....	8
Pemeriksaan Rhinne.....	12
Huknah.....	16
Skorstin	23
Elektrokardigrafi (EKG).....	25
Nasogastric Tube (NGT).....	34
Fisoterapi dada, Postural drainage dan Batuk Efektif	38
Jugularis Vena Pressure (JVP).....	44
Irigasi Mata.....	49
Pemberian Obat Tetes Mata.....	52
Suction.....	56
Pemeriksaan Fisik Abdomen.....	60
Penilaian Balance Cairan.....	69
DaftarPustaka	

Central Vena Pressure (CVP)

I. Konsep Teori

CVP adalah memasukkan kateter poli ethylene dari vena tepi sehingga ujungnya berada di dalam atrium kanan atau di muara vena cava. CVP disebut juga kateterisasi vena sentralis (KVS). Tekanan vena sentral secara langsung merefleksikan tekanan pada atrium kanan. Secara tidak langsung menggambarkan beban awal jantung kanan atau tekanan ventrikel kanan pada akhir diastole. Menurut Gardner dan Woods nilai normal tekanan vena sentral adalah 3-8 cmH₂O atau 2-6 mmHg. Sementara menurut Sutanto (2004) nilai normal CVP adalah 4-10 mmHg.

II. Tujuan

1. Pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium.
2. Pengukuran oksigenasi vena sentral.
3. Nutrisi parenteral dan pemberian cairan hipertonik atau cairan yang mengiritasi yang perlu pengenceran segera dalam sistem sirkulasi.
4. Pemberian obat vasoaktif per drip (tetesan) dan obat inotropik.
5. Sebagai jalan masuk vena bila semua tempat IV lainnya telah lemah

III. Cara Kerja

1. Daerah yang Dipasang :
 - a. Vena femoralis
 - b. Vena cephalika
 - c. Vena basilika
 - d. Vena subclavia
 - e. Vena jugularis eksterna
 - f. Vena jugularis interna
2. Cara Pemasangan (gambar 1.1)
 - a. Penderita tidur terlentang (trendelenberg)
 - b. Bahu kiri diberi bantal
 - c. Pakai sarung tangan
 - d. Desinfeksi daerah CVP
 - e. Pasang doek lobang

- f. Tentukan tempat tusukan
- g. Beri anestesi lokal
- h. Ukur berapa jauh kateter dimasukkan
- i. Ujung kateter sambungkan dengan spuit 20 cc yang diisi NaCl 0,9% 2-5 cc
- j. Jarum ditusukkan kira – kira 1 jari kedepan medial, ke arah telinga sisi yang berlawanan
- k. Darah dihisap dengan spuit tadi
- l. Kateter terus dimasukkan ke dalam jarum, terus didorong sampai dengan vena cava superior atau atrium kanan
- m. Mandrin dicabut kemudian disambung infus -> manometer dengan three way stopcock
- n. Kateter fiksasi pada kulit
- o. Beri betadhin 10%
- p. Tutup kasa steril dan diplester

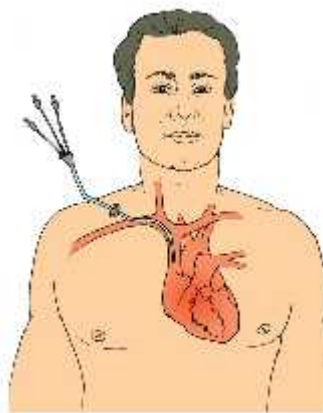
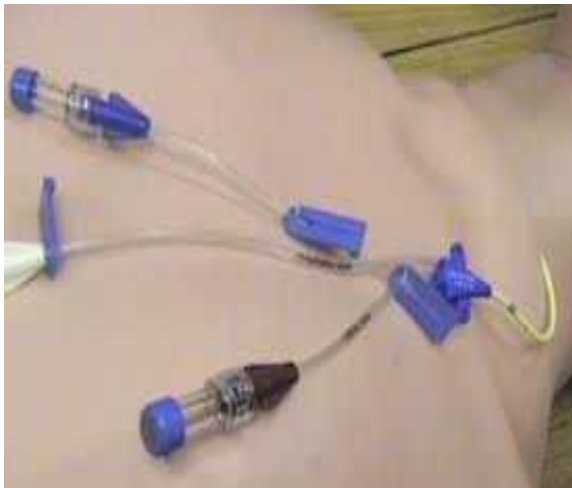


Figure 48-10 Placement of triple-lumen central venous catheter.
Copyright © 2011 Appleton & Lange, 9780781788243, Saunders Elsevier, Saunders/Elsevier, Philadelphia, PA, USA. All rights reserved.

Gambar 1.1

IV. Indikasi

Indikasinya adalah untuk mengukur tekanan vena sentral yang menggambarkan preload ventrikel kanan atau tekanan akhir diastolic ventrikel kanan sehingga dapat memberikan informasi tentang volume darah, gambaran ventrikel kanan serta kapasitas vena.

V. Prosedur

1. Persiapan alat :

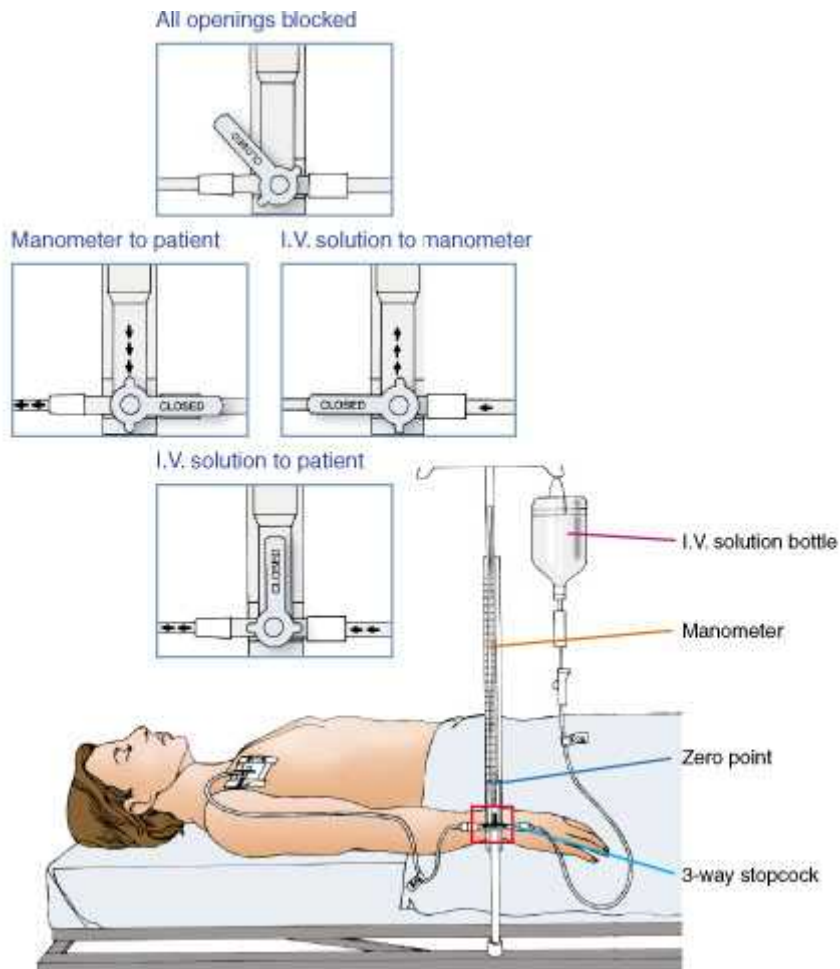
- a. Skala pengukur
- b. Selang penghubung (manometer line)
- c. Standar infuse
- d. Three way stopcock
- e. Pipa U
- f. Set infuse

2. Cara merangkai

- a. Menghubungkan set infuse dengan cairan NaCl 0,9%
- b. Mengeluarkan udara dari selang infuse
- c. Menghubungkan skala pengukuran dengan threeway stopcock
- d. Mengubungkan threeway stopcock dengan selang infuse
- e. Menghubungkan manometer line dengan three way stopcock
- f. Mengeluarkan udara dari manometer line
- g. Mengisi cairan ke skala pengukur sampai 25 cm H₂O
- h. Menghubungkan manometer line dengan kateter yang sudah terpasang

3. Cara pengukuran (gambar 1.2)

- a. Memberikan penjelasan kepada pasien
- b. Mengatur posisi pasien
- c. *Lavelling*, adalah mensejajarkan letak jantung (atrium kanan) dengan skla pengukur atau transducer
- d. Letak jantung dapat ditentukan dengan cara membuat garis pertemuan antara selangka ke empat (ICS IV) dengan garis pertengahan aksila
- e. Menentukan nilai CVP dengan memperhatikan undulasi pada manometer dan nilai dibaca pada akhir ekspirasi
- f. Membereskan alat-alat
- g. Memberitahu pasien bahwa tindakan telah selesai



Gambar 1.2

VI. Cara Menilai CVP dan Pemasangan Manometer

1. Cara Menentukan Titik Nol

- Penderita tidur terlentang mendatar
- Dengan menggunakan slang air tang berisi air \pm setengahnya -> membentuk lingkaran dengan batas air yang terpisah
- Titik nol penderita dihubungkan dengan batas air pada sisi slang yang satu. Sisi yang lain ditempatkan pada manometer.
- Titik nol manometer dapat ditentukan
- Titik nol manometer adalah titik yang sama tingginya dengan titik aliran V.cava superior, atrium kanan dan V.cava inferior bertemu menjadi satu.

2. Penilaian CVP

- Kateter, infus, manometer dihubungkan dengan stopcock -> amati infus lancar atau tidak
- Penderita terlentang

- Cairan infus kita naikkan ke dalam manometer sampai dengan angka tertinggi -> jaga jangan sampai cairan keluar
- Cairan infus kita tutup, dengan memutar stopcock hubungkan manometer akan masuk ke tubuh penderita
- Permukaan cairan di manometer akan turun dan terjadi undulasi sesuai irama nafas, turun (inspirasi), naik (ekspirasi)
- Undulasi berhenti -> disitu batas terahir -> nilai CVP
- Nilai pada angka 7 -> nilai CVP 7 cmH₂O
- Infus dijalankan lagi setelah diketahui nilai CVP

3. Penilaian CVP dan Arti Klinisnya

CVP sangat berarti pada penderita yang mengalami shock dan penilaiannya adalah sebagai berikut :

a. CVP rendah (< 4 cmH₂O)

- Beri darah atau cairan dengan tetesan cepat.
- Bila CVP normal, tanda shock hilang -> shock hipovolemik
- Bila CVP normal, tanda – tanda shock bertambah -> shock septik

b. CVP normal (4 – 14 cmH₂O)

- Bila darah atau cairan dengan hati – hati dan dipantau pengaruhnya dalam sirkulasi.
- Bila CVP normal, tanda – tanda shock negatif -> shock hipovolemik
- Bila CVP bertambah naik, tanda shock positif -> septik shock, cardiogenik shock

c. CVP tinggi (> 15 cmH₂O)

- Menunjukkan adanya gangguan kerja jantung (insufisiensi kardiak)
- Terapi : obat kardiotonika (dopamin)

VII. Faktor -faktor yang Mempengaruhi CVP

1. Volume darah :

- ✓ Volume darah total
- ✓ Volume darah yang terdapat di dalam vena
- ✓ Kecepatan pemberian tranfusi/ cairan

2. Kegagalan jantung dan insufisiensi jantung

3. Konstriksi pembuluh darah vena yang disebabkan oleh faktor neurologi

4. Penggunaan obat – obatan vasopresor

5. Peningkatan tekanan intraperitoneal dan tekanan intrathoracal, misal :
 - ✓ Post operasi illeus
 - ✓ Hemothoraks
 - ✓ Pneumothoraks
 - ✓ Penggunaan ventilator mekanik
 - ✓ Emphysema mediastinum
6. Emboli paru – paru
7. Hipertensi arteri pulmonal
8. Vena cava superior sindrom
9. Penyakit paru – paru obstruksi menahun
10. Pericarditis constrictiva
11. Artevac ; tersumbatnya kateter, ujung kateter berada di dalam v.jugularis inferior

VIII. Tugas

1. Lakukan prosedur pengukuran tekanan vena sentral (CVP)

TOOL PENILAIAN PENGUKURAN CVP

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
A	Fase Orientasi			
1	Memberi salam/ menyapa klien	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4	Menjelaskan langkah prosedur	3		
5	Menanyakan kesiapan pasien	3		
B	Fase Kerja			
1	Mencuci tangan	4		
2	Meyakinkan kateter tidak tertekuk	3		
3	Jika ada cairan yang mengalir stop sementara	4		
4	Mengatur pasien pada posisi yang nyaman (supinasi)	4		
5	Menentukan zero point : ICS sejajar sternum mid axilla ditarik garis lurus	8		
6	Menutup aliran infuse ke arah jantung	10		
7	Mengisi cairan pada manometer ke arah jantung	10		
8	Menentukan tekanan CVP	18		
	a. Jika nilai CVP normal, kembalikan tetesan infuse seperti semula			
	b. Jika nilai CVP diatas normal, hentikan tetesan infuse dan lapor ke medis			
	c. Jika nilai CVP dibawah normal, laporkan ke tim medis bahwa pasien perlu mendapatkan resusitasi cairan.			
9	Mencuci tangan	4		
C	Terminasi			
1	Melakukan evaluasi tindakan	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan	2		
D	Penampilan			
1	Melakukan komunikasi teraupetik selama tindakan	2		
2	Ketelitian selama tindakan	3		
3	Menjaga keamanan pasien	3		
4	Menjaga keamanan perawat	2		
	TOTAL	100		

Pemberian Bronkhodilator dengan Nebulizer

I. Konsep Teori

Nebulizer adalah alat yang dapat mengubah obat yang berbentuk larutan menjadi aerosol secara terus- menerus dengan tenaga yang berasal dari udara yang dipadatkan atau gelombang ultrasonik.



Gambar 2.1

II. Tujuan

Untuk mengurangi sesak pada penderita asma, untuk mengencerkan dahak, bronkospasme berkurang/ menghilang.

III. Indikasi

1. Penderita asma
2. Sesak napas kronik yang disertai batuk dan pilek
3. Gangguan saluran pernapasan

IV. Kontra Indikasi

1. Pada trakheotomi
2. Fraktur pada daerah hidung

V. Prosedur

a. Persiapan alat :

1. Tabung oksigen lengkap dengan flowmeter, humidifier
2. Masker Nebulizer
3. Obat yang akan diberikan

Jenis obat-obat pada pemberina bronchodilator dengan nebulizer antara lain meliputi :

- a. Pulmicort : kombinasi anti radang dengan obat yang melonggarkan saluran napas
- b. Nacl : mengencerkan dahak
- c. Bisolvon cair : mengencerkan dahak
- d. Atroven : melonggarkan saluran napas
- e. Berotex : melonggarkan saluran napas
- f. Inlamid : untuk anti radang
- g. Combiven : kombinasi untuk melonggarkan saluran napas
- h. Meptin : melonggarkan saluran napas.

4. S spuit 2 cc (sesuai dengan jumlah obat yang diberikan)
5. Alat tulis

b. Persiapan pasien :

1. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Menyiapkan lingkungan yang aman untuk klien dan memasang sampiran

c. Langkah- langkah prosedur :

1. Memberi posisi yang nyaman pada klien
2. Mengontrol flowmeter dan humidifier
3. Mencuci tangan
4. Menyambungkan masker nebulizer dengan tabung oksigen k/p dengan selang penghubung
5. Mengontrol apakah selang dan masker berfungsi dengan baik
6. Menghisap obat sesuai instruksi medik dan memasukkannya ke dalam tabung masker nebulizer
7. Memasang masker sesuai wajah klien
8. Mengalirkan oksigen sesuai indikasi medik
9. Mengevaluasi respon klien (pola napas)
10. Merapikan pasien
11. Cuci tangan

VI. Tugas

1. Lakukan prosedur pemberian bronchodilator dengan nebulizer
2. Jelaskan prinsip dalam pemberian bronchodilator dengan nebulizer

TOOL PEMBERIAN BRONKHODILATOR DENGAN NEBULIZER

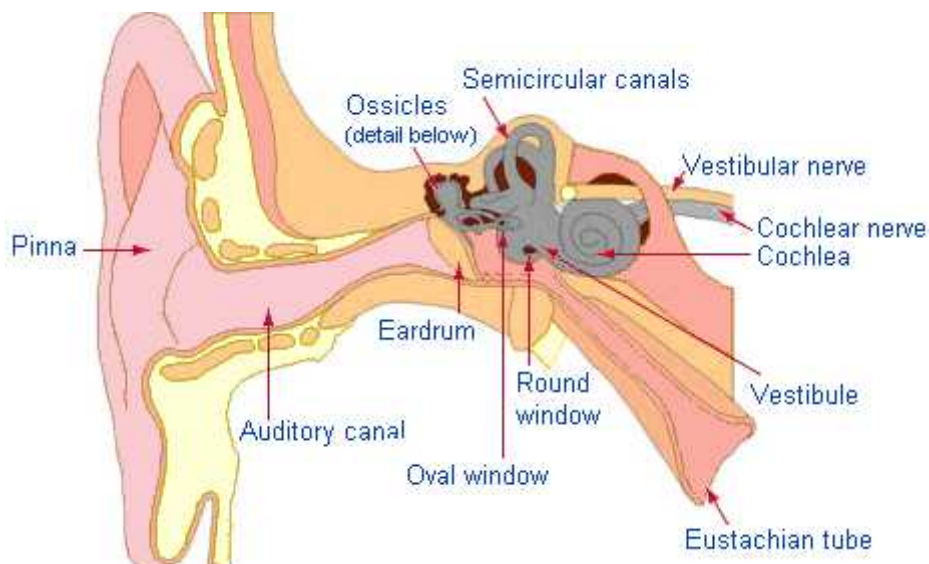
NO	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	Ya	Tidak
A	Fase Orientasi			
1	Memberi salam/ menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
B	Fase Kerja			
1	Mencuci tangan	3		
2	Dekatkan alat-alat dengan klien	3		
3	Memasang handscoon	4		
4	Mendengan suara nafas menggunakan stetoskop dan memasang perlak pengalas	6		
5	Ambil tempat obat kemudian masukkan obat ke dalam tempat obat pada nebulizer	7		
6	Memasang tutup adaptor, kemudian menyalakan dengan menekan tombol ON	5		
7	Memasang masker nebulizer pada hidung pasien	5		
8	Menganjurkan klien untuk menghirup uap keluar dari nebulizer melalui hidung dan keluar lewat mulut selama 10 menit	6		
9	Mematikan nebulizer	7		
10	Melepaskan masker	8		
11	Mendengarkan lagi suara nafas dengan stetoskop	8		
12	Amembersihkan area sekitar mulut pasien dengan tissue	4		
13	Membereskan alat	2		
14	Mencuci tangan	2		
C	Fase terminasi			
1	Melakukan evaluasi tindakan	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan	2		
D	Penampilan			
1	Melakukan komunikasi teraupetik selama tindakan	2		
2	Ketelitian selama tindakan	3		
3	Menjaga keamanan pasien	3		
4	Menjaga keamanan perawat	2		
	TOTAL	100		

Pemeriksaan Rinne

I. Pengertian

Telinga mempunyai fungsi sebagai alat pendengaran dan menjaga keseimbangan. Menurut struktur anatominya, telinga dapat dibagi menjadi tiga bagian, yaitu telinga luar, telinga tengah dan telinga dalam (gambar 3.1). Secara fisiologis, proses pendengaran terjadi melalui suatu rangkaian. Semua bunyi yang didengar dapat menyebabkan gelombang bunyi bergerak. Gelombang bunyi ini ditransmisikan melalui hantaran udara menuju membrane timpani yang menyebabkan membran ini bergetar. Oksikel pendengaran mentransmisikan gelombang bunyi ke fenestra ovalis kemudian ke cairan telinga dalam. Cairan telinga dalam meneruskan gelombang bunyi menuju reseptor cabang koklear serabut saraf VIII. Berikutnya saraf koklear ini mengirimkan impuls ke pusat pengatur pendengaran di lobus temporal serebrum. Pendengaran ini disebabkan oleh stimulasi pada area otak ini.

Pemeriksaan pada telinga digunakan untuk mengetahui keadaan telinga luar, saluran telinga, gendang telinga dan keadaan pendengaran. Test Rinne merupakan salah satu test audiometri yang dipergunakan untuk mengukur ketajaman pendengaran, serta untuk dapat menentukan lokalisasi kerusakan anatomis yang menimbulkan gangguan pendengaran.



Gambar 3.1

II. Tujuan

Test Rinne digunakan untuk membandingkan antara hantaran tulang dengan hantaran udara pada satu telinga pasien.

III. Indikasi

Kriteria pasien yang mengalami gangguan pendengaran antara lain :

1. Ringan masih bisa mendengar pada intensitas 20-40 dB
2. Sedang masih bisa mendengar pada intensitas 40-60 dB
3. Berat sudah tidak dapat mendengar pada intensitas 60-80 dB
4. Berat sekali tidak dapat mendengar pada intensitas >80 dB

IV. Prosedur

1. Pegang garputala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari tangan yang berlawanan
2. Meletakkan tangkai garputala pada prosesus mastoideus klien (Gambar 3.2)
3. Mengajukan klien untuk memberitahu pemeriksa sewaktu tidak merasakan getaran lagi
4. Kemudian angkat garputala dan dengan cepat tempatkan di depan lubang telinga luar klien (Gambar 3.3)
5. Menginstruksikan klien untuk memberitahu apakah masih mendengar suara atau tidak
6. Mencatat hasil pemeriksaan pendengaran tersebut

Ada 3 interpretasi dari hasil tes rinne :

- a. Normal : tes rinne positif (*Air Conduction > Bone Conduction*)
- b. Tuli konduksi: tes rine negatif (*Air Conduction < Bone Conduction*)
- c. Tuli persepsi, terdapat 3 kemungkinan :
 - 1) Bila pada posisi II penderita masih mendengar bunyi getaran garpu tala.
 - 2) Jika posisi II penderita ragu-ragu mendengar atau tidak (tes rinne: +/-)
 - 3) Pseudo negatif: terjadi pada penderita telinga kanan tuli persepsi pada posisi I yang mendengar justru telinga kiri yang normal sehingga mula-mula timbul.



Gambar 3.2



Gambar 3.3

V. Tugas

1. Lakukan prosedur melakukan test pemeriksaan Rinne
2. Jelaskan hasil interpretasi pada pemeriksaan Rinne

TOOL PENILAIAN PEMERIKSAAN RINNE

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
A	Fase Orientasi			
1	Memberi salam	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan	2		
4	Menjelaskan Prosedur : Jika garputala sudah ditempelkan pada tulang mastoid dan kemudian mendengar adanya getaran maka angkatlah tangan. Jika suara tidak didengar lagi turunkan tangan	10		
5	Menanyakan kesiapan klien	2		
B	Fase Kerja			
1	Mencuci tangan	3		
2	Mengatur posisi klien (duduk) dengan kepala tegak	5		
3	Memegang gagang garputala dengan longgar	5		
4	Menggetarkan garputala dengan cara memukulkan ujungnya ke telapak tangan pemeriksa, atau menekan kedua ujungnya	5		
5	Meletakkan garputala pada tulang mastoid kiri klien	10		
6	Memindahkan garputala ke depan liang telinga (posisi garputala sejajar badan klien)	13		
7	Menanyakan apakah masih mendengarkan getaran bunyi	13		
8	Menyimpulkan dan mencatat hasil pemeriksaan	5		
9	Mencuci tangan	3		
C	Terminasi			
1	Melakukan evaluasi tindakan	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan	2		
D	Penampilan			
1	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	2		
2	Ketelitian selama tindakan	3		
3	Menjaga keamanan pasien	3		
4	Menjaga keamanan perawat	2		
TOTAL		100		

Teknik Huknah

I. Konsep Teori

Huknah adalah memasukkan larutan yang berfungsi sebagai pencahar ke dalam rectum dan kolon. Alasan utama huknah ialah untuk meningkatkan defekasi dengan menstimulasi peristaltic. Volume cairan, yang dimasukkan, memecah masa feses, merenggangkan dinding rectum, dan mengawali reflek defekasi. Huknah juga diberikan sebagai alat transportasi obat-obatan yang menimbulkan efek local pada mucosa rectum.

II. Tujuan

1. Meningkatkan defekasi dengan merangsang peristaltik
2. Melunakkan feces yang telah mengeras
3. Mengosongkan rectum dan kolon guna pemeriksaan diagnostik atau pembedahan

III. Jenis Huknah

1. Huknah rendah

Huknah rendah adalah tindakan keperawatan dengan cara memasukkan cairan hangat ke dalam kolon desenden dengan menggunakan kanul rektal melalui anus.

a. Tujuan :

- 1) Mengosongkan usus pada pra pembedahan untuk mencegah terjadinya obstruksi makanan serta BAB pada saat pembedahan berlangsung
- 2) Merangsang BAB/merangsang peristaltik usus untuk mengeluarkan feces karena kesulitan defekasi (pada pasien sembelit)

b. Indikasi : sebelum operasi/sebelum pembedahan dan pasien yang mengalami obstipasi

c. Kontra Indikasi:

- 1) Pasien dengan diverticulitis, ulcerative colitis, crhon's disease.
- 2) Post operasi
- 3) Pasien dengan gangguan fungsi jantung atau gagal ginjal, hemoroid, tumor rectum dan kolon
- 4) Pasien melahirkan dengan pembukaan lengkap

d. Prosedur :

Prinsip tindakan: bersih

- 1) Cuci tangan
- 2) Memakai sarung tangan
- 3) Mempersiapkan alat: pengalas, irigator lengkap dengan kanul rektal dan klem, cairan hangat (700-100 ml dengan suhu 40,5 derajat-45 derajat), bengkok, jely, pispot, sampiran, sarung tangan, handuk, dan sabun.
- 4) Mengatur posisi pasien (SIMS ke kiri) miring
- 5) Meletakkan perlak dan pengalas
- 6) Mendekatkan bengkok
- 7) Memasang kanul ke selang enema
- 8) Mengisi wadah enema dengan air hangat 1-1,5 liter
- 9) Mengalirkan air ke dalam kanul untuk mengeluarkan udara ke dalam kanul
- 10) Mengolesi ujung kanul dengan jelly
- 11) Memasukkan kanul ke dalam colon descendens
- 12) Menaikkan wadah enema 50 cm dari TT
- 13) Mengeluarkan kanul apabila cairan telah habis atau klien ingin defekasi
- 14) Menampung feses pada pispot
- 15) Membersihkan area anus dengan air hangat dan sabun
- 16) Mengeringkan dengan handuk
- 17) Merapikan pasien dan membereskan alat
- 18) Mencuci tangan

2. Huknah tinggi

Huknah tinggi adalah tindakan memasukkan cairan hangat kedalam kolon ascendens dengan menggunakan kanula usus.

a. Tujuan :

Mengosongkan usus untuk mencegah hal-hal yg tidak diinginkan : BAB selama prosedur operasi, pengosongan sebagai tindakan diagnostik/pembedahan

b. Indikasi :

Dilakukan pada pasien yg akan dilakukan tindakan pembedahan umum.

c. Kontra Indikasi:

- 1) Pasien dengan diverticulitis, ulcerative colitis, crhon's disease.
- 2) Post operasi

- 3) Pasien dengan gangguan fungsi jantung atau gagal ginjal, hemoroid, tumor rectum dan kolon
- 4) Pasien melahirkan dengan pembukaan lengkap

d. Prosedur:

Prinsip tindakan: bersih.

- 1) Cuci tangan
- 2) Memakai sarung tangan
- 3) Mempersiapkan alat: pengalas, irigator lengkap dengan kanul rektal dan klem, cairan hangat (700-100 ml dengan suhu 40,5 derajat-45 derajat), bengkok, jelly, pispot, sampiran, sarung tangan, handuk, dan sabun.
- 4) Mengatur posisi pasien (SIMS ke kanan) miring
- 5) Meletakkan perlak dan pengalas
- 6) Mendekatkan bengkok
- 7) Memasang kanul ke selang enema
- 8) Mengisi wadah enema dengan air hangat 2 liter
- 9) Mengalirkan air ke dalam kanul untuk mengeluarkan udara ke dalam kanul
- 10) Mengolesi ujung kanul dengan jelly
- 11) Memasukkan kanul ke dalam colon ascendens
- 12) Menaikkan wadah enema 30 cm dari TT
- 13) Mengeluarkan kanul apabila cairan telah habis atau klien ingin defekasi
- 14) Menampung fese pada pispot
- 15) Membersihkan area anus dengan air hangat dan sabun
- 16) Mengeringkan dengan handuk
- 17) Merapikan pasien dan membereskan alat
- 18) Mencuci tangan

3. Huknah gliserin

Huknah gliserin adalah tindakan yang dilakukan dengan memasukkan cairan gliserin ke dalam poros usus dengan menggunakan spuit gliserin.

a. Tujuan:

- 1) Merangsang BAB dengan cara merangsang peristaltik usus
- 2) Mengosongkan usus yang digunakan sebelum tindakan pembedahan

b. Indikasi :

Tindakan ini digunakan untuk merangsang peristaltik usus sehingga pasien dapat defekasi (khususnya pada pasien yang mengalami sembelit) dan juga dapat digunakan untuk persiapan operasi.

c. Kontra Indikasi:

- 1) Pasien dengan diverticulitis, ulcerative colitis, crhon's disease.
- 2) Post operasi
- 3) Pasien dengan gangguan fungsi jantung atau gagal ginjal, hemoroid, tumor rectum dan kolon
- 4) Pasien melahirkan dengan pembukaan lengkap

d. Prosedur:

- 1) Cuci tangan
- 2) Memakai sarung tangan
- 3) Mempersiapkan alat: spuit gliserin, gliserin dan tempatnya, bengkok, pengalas, sampiran, sarung tangan, handuk, dan sabun.
- 4) Meletakkan perlak dan pengalas
- 5) Mendekatkan bengkok
- 6) Mengatur posisi pasien (SIMS ke kiri) miring
- 7) Mengisi semprit gliserin dengan cairan gliserin dengan perbandingan 1:1
- 8) Mengeluarkan udara dalam kanul
- 9) Mengolesi ujung semprit dengan jelly
- 10) Memasukkan semprit gliserin ke dalam colon sigmoid secara perlahan-lahan
- 11) Mengeluarkan semprit gliserin dan anjurkan untuk menahan sebentar
- 12) Menampung feses pada pispot
- 13) Membersihkan area anus dengan air hangat dan sabun
- 14) Mengeringkan dengan handuk
- 15) Merapikan pasien dan membereskan alat
- 16) Mengevaluasi tindakan
- 17) Mencuci tangan

IV. Tugas

1. Lakukan prosedur huknah rendah, tinggi, dan gliserin.
2. Jelaskan prinsip dalam prosedur huknah rendah, tinggi, dan gliserin.

TOOL PENILAIAN HUKNAH RENDAH

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
A.	Fase Orientasi			
1	Memberi salam/ menyapa klien	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4	Menjelaskan langkah prosedur	3		
5	Menjaga privacy klien	3		
6	Mencuci tangan	3		
B.	Fase Kerja			
1	Memakai sarung tangan	3		
2	Mempersiapkan alat	3		
3	Mengatur posisi pasien (SIMS ke kiri) miring	5		
4	Meletakkan pernak dan pengalas	3		
5	Mendekatkan bengkok	2		
6	Memasang kanul ke selang enema	4		
7	Mengisi wadah enema dengan air hangat 1-1,5 liter	5		
8	Mengalirkan air ke dalam kanul untuk mengeluarkan udara ke dalam kanul	5		
9	Mengolesi ujung kanul dengan jelly	5		
10	Memasukkan kanul ke dalam colon descendens	5		
11	Menaikkan wadah enema 50 cm dari TT	5		
12	Mengeluarkan kanul apabila cairan telah habis atau klien ingin defekasi	3		
13	Menampung fese pada pispot	3		
14	Membersihkan area anus dengan air hangat dan sabun	3		
15	Mengeringkan dengan handuk	3		
C.	Fase Terminasi			
1	Merapikan pasien dan membereskan alat	3		
2	Mengevaluasi tindakan	4		
3	Mencuci tangan	3		
4	Berpamitan	3		
D.	Penampilan Selama Tindakan			
1	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
2	Ketelitian selama tindakan	3		
3	Keamanan selama tindakan	3		
4	Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	TOTAL	100		

TOOL PENILAIAN HUKNAH TINGGI

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
A.	Fase Orientasi			
1	Memberi salam/ menyapa klien	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4	Menjelaskan langkah prosedur	3		
5	Menjaga privacy klien	3		
6	Mencuci tangan	3		
B.	Fase Kerja			
1	Memakai sarung tangan	3		
2	Mempersiapkan alat	3		
3	Mengatur posisi pasien (SIMS ke kanan) miring	5		
4	Meletakkan perlak dan pengalas	3		
5	Mendekatkan bengkok	2		
6	Memasang kanul ke selang enema	4		
7	Mengisi wadah enema dengan air hangat 2 liter	5		
8	Mengalirkan air ke dalam kanul untuk mengeluarkan udara ke dalam kanul	5		
9	Mengolesi ujung kanul dengan jelly	5		
10	Memasukkan kanul ke dalam colon ascendens	5		
11	Menaikkan wadah enema 30 cm dari TT	5		
12	Mengeluarkan kanul apabila cairan telah habis atau klien ingin defekasi	3		
13	Menampung fese pada pispot	3		
14	Membersihkan area anus dengan air hangat dan sabun	3		
15	Mengeringkan dengan handuk	3		
C.	Fase Terminasi			
1	Merapikan pasien dan membereskan alat	3		
2	Mengevaluasi tindakan	4		
3	Mencuci tangan	3		
4	Berpamitan	3		
D.	Penampilan Selama Tindakan			
1	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
2	Ketelitian selama tindakan	3		
3	Keamanan selama tindakan	3		
4	Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	TOTAL	100		

TOOL PENILAIAN GLISERIN SPUIT

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
A.	Fase Orientasi			
1	Memberi salam/ menyapa klien	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4	Menjelaskan langkah prosedur	3		
5	Menanyakan kesiapan pasien	3		
6	Mencuci tangan	3		
B.	Fase Kerja			
1	Memakai sarung tangan	3		
2	Mempersiapkan alat	3		
3	Meletakkan perlak dan pengalas	3		
4	Mendekatkan bengkok	2		
5	Mengatur posisi pasien (SIMS ke kiri) miring	5		
6	Mengisi semprit gliserin dengan cairan gliserin dengan perbandingan 1:1	10		
7	Mengeluarkan udara dalam kanul	3		
8	Mengolesi ujung semprit dengan jelly	5		
9	Memasukkan semprit gliserin ke dalam colon sigmoid secara perlahan-lahan	10		
10	Mengeluarkan semprit gliserin dan anjurkan untuk menahan sebentar	3		
11	Menampung feses pada pispot	3		
12	Membersihkan area anus dengan air hangat dan sabun	4		
13	Mengeringkan dengan handuk	3		
C.	Fase Terminasi			
1	Merapikan pasien dan membereskan alat	3		
2	Mengevaluasi tindakan	4		
3	Mencuci tangan	3		
4	Berpamitan	3		
D.	Penampilan Selama Tindakan			
1	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
2	Ketelitian selama tindakan	3		
3	Keamanan pasien	3		
4	Keamanan perawat	3		
	TOTAL	100		

Teknik Pemasangan Skorstin

I. Konsep Teori

Adalah tindakan mengeluarkan udara sampai ke colon desenden melalui anus dengan menggunakan selang.

II. Tujuan

1. Mengatasi perut kembung karena adanya udara di dalam perut
2. Merangsang peristaltic usus
3. Memberikan rasa nyaman

III. Indikasi

Dilakukan pada pasien yang mengalami kembung.

Kembung disebabkan oleh karena adanya sisa makanan yang menghasilkan gas tersebut tidak mampu dikeluarkan karena disebabkan pengaruh otot spinkter dan gangguan pencernaan pada usus halus dan penyakit pada usus besar.

IV. Prosedur

1. Mencuci tangan
2. Mengatur posisi klien sim, miring ke kiri
3. Memasang pengalas di bawah bokong klien
4. Memakai handscoon
5. Mengolesi ujung selang skorstin dengan pelumas / jelly
6. Memasukkan selang skorstin ke dalam anus : 5 - 10 cm
7. Menganjurkan klien untuk rileks dan menarik nafas dalam saat selang dimasukkan
8. Memfiksasi selang skorstin dengan plester di paha
9. Melepas sarung tangan dan memasukkan ke dalam bengkok
10. Memasang plastik pada pangkal skorstin dan diplester
11. Mencuci tangan

V. Tugas

1. Lakukan prosedur pemasangan skorstin
2. Jelaskan prinsip pemasangan skorstin

TOOL PENILAIAN PEMASANGAN SKORSTIN

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A.	FASE ORIENTASI			
1.	Memberi salam	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3.	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4.	Menjelaskan tujuan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
B.	FASE KERJA			
1	Mencuci tangan	4		
2	Mengatur posisi klien SIMS, miring ke kiri	8		
3	Memasang pengalas di bawah bokong klien	4		
4	Memakai handscoon	4		
5	Mengolesi ujung selang skorstin dengan pelumas/ jelly	10		
6	Memasukkan selang skorstin ke dalam anus : 5 – 10 cm	15		
7	Menganjurkan klien untuk rileks dan menarik nafas saat selang dimasukkan	8		
8	Memasukkan ujung kanul ke dalam air untuk memastikan adanya udara keluar	5		
9	Menunggu beberapa sat sampai udara habis kemudian melepaskannya dari anus perlahan	5		
10	Melepas sarung tangan dan memasukkan ke dalam bengkok	3		
11	Mencuci tangan	4		
C.	FASE TERMINASI			
1.	Melakukan evaluasi tindakan	4		
2.	Menyampaikan tindak lanjut	4		
3.	Berpamitan	2		
D.	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN			
1.	Ketenangan	2		
2.	Melakukan komunikasi terapeutik	3		
3.	Menjaga keamanan pasien	3		
4	Menjaga keamanan perawat	2		
TOTAL		100		

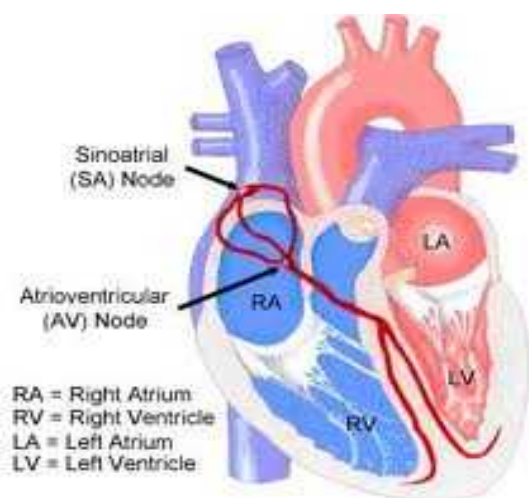
Melakukan Pemeriksaan EKG

I. Konsep Teori

Elektrokardiogram adalah suatu grafik yang menggambarkan rekaman listrik jantung. Kegiatan listrik jantung dalam tubuh dapat dicatat dan direkam melalui elektroda-elektroda yang dipasang pada permukaan tubuh. Kelainan tata listrik jantung akan menimbulkan kelainan gambar EKG.

Jantung terdiri dari empat ruang yang berfungsi sebagai pompa, yaitu atrium kanan dan kiri serta ventrikel kanan dan kiri (gambar 4.1). Hubungan fungsional antara atrium dan ventrikel diselenggarakan oleh jaringan susunan hantar khusus yang menghantarkan impuls listrik dari atrium ke ventrikel. Sistem tersebut terdiri dari :

- a. Nodus SA : terletak pada pertemuan antara vena kava superior dengan atrium kanan. Sel-sel dalam SA node secara otomatis dan teratur mengeluarkan impuls dengan frekuensi 60-100x/ menit.
- b. Nodus AV : terletak diantara sinus koronarius pada dinding posterior atrium kanan. Sel-sel dalam AV node mengeluarkan impuls lebih rendah dari SA node yaitu 40-60x/ menit.
- c. Berkas His : Nodus AV kemudian menjadi berkas His yang menembus jaringan pemisah miokardium atrium dan miokardium ventrikel, selanjutnya berjalan pada septum ventrikel yang kemudian bercabang dua menjadi berkas kanan (Right Bundle Branch) dan berkas kiri (Left Bundle Branch). RBB dan LBB kemudian menuju endokardium ventrikel kanan dan kiri, berkas tersebut bercabang menjadi serabut-serabut Purkinje



Gambar 4.1

II. SANDAPAN EKG

Terdapat 2 jenis sandapan pad EKG :

1. Sandapan Bipolar (gambar 4.2)

Sandapan ini hanya merekam perbedaan potensial dari 2 elektroda, sandapan ini ditandai dengan angka romawi I, II dan III.

a. Sandapan I

Merekam beda potensial antara tangan kanan (RA) dengan tangan kiri (LA), dimana tangan kanan bermuatan negatif (-) dan tangan kiri bermuatan positif (+).

b. Sandapan II

Merekam beda potensial antara tangan kanan (RA) dengan kaki kiri (LF), dimana tangan kanan bermuatan negative (-) dan kaki kiri bermuatan positif (+)

c. Sandapan III

Merekam beda potensial antara tangan kiri (LA) dengan kaki kiri (LF), dimana tangan kiri bermuatan negative (-) dan kaki kiri bermuatan positif (+).

2. Sandapan Unipolar

Sandapan unipolar ini terbagi menjadi 2 sandapan yaitu :

a. Sandapan unipolar ekstremitas (gambar 4.2)

1) Sandapan aVR

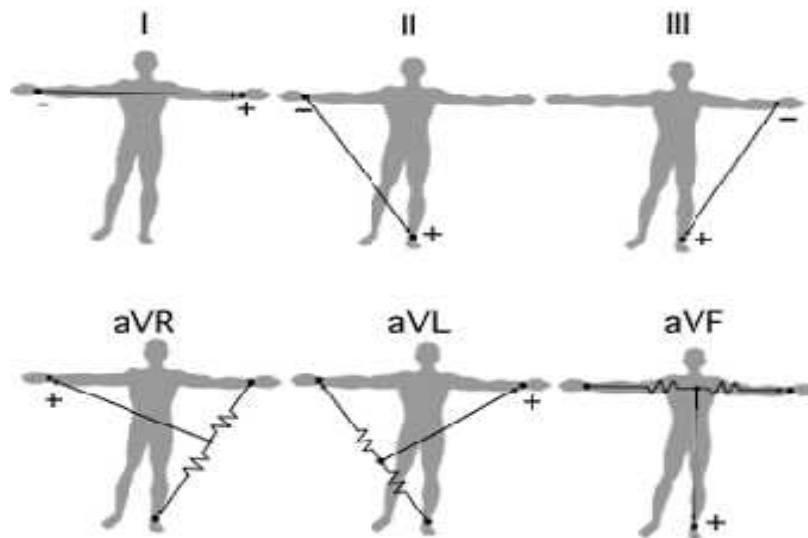
Merekam potensial listrik pada tangan kanan (RA) dimana tangan kanan bermuatan positif (+), tangan kiri dan kaki kiri membentuk elektroda indiferen.

2) Sandapan aVL

Merekam potensial listrik pada tangan kiri (LA), dimana tangan kiri bermuatan positif (+), tangan kanan dan kaki kiri membentuk elektroda indiferen

3) Sandapan aVF

Merekam potensial listrik pada kaki kiri (LF), dimana kaki kiri bermuatan positif (+), tangan kanan dan tangan kiri membentuk elektroda indiferen.



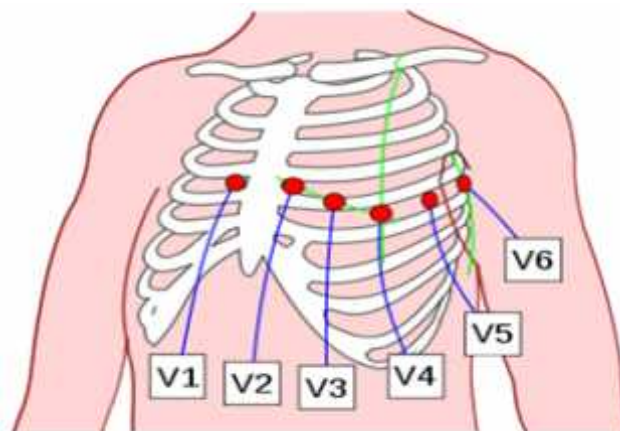
Gambar 4.2

b. Sandapan unipolar prekordial (gambar 4.3)

Merekam besar potensial listrik jantung dengan bantuan elektroda eksplorasi yang ditempatkan di beberapa tempat dinding dada. Elektroda indifferen diperoleh dengan menggabungkan ketiga elektroda ekstremitas

Letak Sandapan :

- V1 : Ruang interkostal IV garis sterna kanan
- V2 : Ruang interkostal IV garis sterna kiri
- V3 : Pertengahan antara V2 dan V4
- V4 : Ruang interkostal V garis midklavikula kiri
- V5 : Sejajar V4 garis aksila depan
- V6 : Sejajar V5 garis aksila tengah



Gambar 4.3

III. Kurva EKG

Kurva EKG menggambarkan proses listrik yang terjadi pada atrium dan ventrikel.

Proses listrik ini terdiri dari :

- Depolarisasi atrium
- Repolarisasi atrium : intensitas kecil dan waktunya bersamaan dengan depolarisasi ventrikel yang mempunyai intensitas yang jauh lebih besar.
- Depolarisasi ventrikel
- Repolarisasi ventrikel

1. Gelombang P

Gelombang P merupakan gambaran proses depolarisasi atrium

Gelombang P yang normal :

- Lebar kurang dari 0,12 detik
- Tinggi kurang dari 0,3 miliVolt
- Selalu positif di lead II
- Selalu negative di lead aVR

2. Gelombang QRS

Merupakan gambaran proses depolarisasi ventrikel

Gelombang QRS yang normal :

- Lebar 0,06 – 0,12 detik
 - Tinggi tergantung lead
- a. Gelombang Q adalah defleksi negative pertama pada gelombang QRS.
Gelombang Q yang normal : lebar kurang dari 0,04 detik, tinggi/ dalamnya kurang dari 1/3 tinggi R
 - b. Gelombang R adalah defleksi positif pertama pada gelombang QRS
Gelombang umumnya positif di lead I, II, V5 dan V6. Di lead aVR, V1 dan V2 biasanya hanya kecil atau tidak ada sama sekali.
 - c. Gelombang S adalah defleksi negative sesudah gelombang R
Di lead aVR dan V1 gelombang S terlihat dalam, dari V2 ke V6 akan terlihat makin lama makin menghilang atau berkurang dalamnya

3. Gelombang T

Merupakan gambaran proses repolarisasi ventrikel. Umumnya gelombang T positif di lead I, II, V3-V6 dan terbalik di aVR.

4. Gelombang U

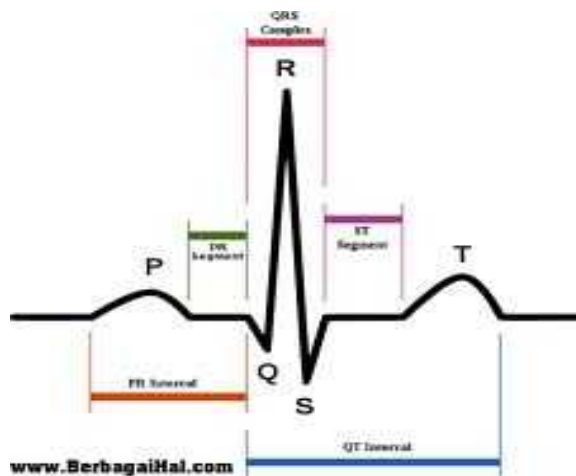
Adalah gelombang yang timbul setelah gelombang T dan sebelum gelombang P berikutnya. Penyebabnya timbul gelombang U masih belum diketahui namun diduga akibat repolarisasi lambat system konduksi interventrikel.

5. Interval PR

Interval PR diukur dari permukaan gelombang P sampai permukaan gelombang QRS. Nilai normal berkisar antara 0,12-0,20 detik.

6. Segmen ST

Segmen ST diukur dari akhir gelombang S sampai awal gelombang T. Segmen ini normalnya isoelektrik, tetapi pada lead prekordial dapat bervariasi dari 0,5 sampai +2 mm. Segmen ST yang naik disebut *ST elevasi* dan yang turun disebut *ST depresi*.



Gambar 4.4

IV. Cara Menilai EKG

1. Tentukan Frekuensi (Heart Rate)

Cara menentukan frekuensi melalui gambaran EKG dapat dilakukan dengan 3 cara yaitu :

a.
$$\frac{300}{\text{Jumlah kotak besar antar R-R}}$$

b.
$$\frac{1500}{\text{Jumlah kotak kecil antar R-R}}$$

c. Ambil EKG strip sepanjang 6 detik, hitung jumlah QRS dan kalikan 10

2. Menentukan irama jantung

Dalam menentukan irama jantung, urutan yang harus ditentukan adalah sebagai berikut :

- Tentukan apakah denyut jantung berirama teratur atau tidak
- Tentukan berapa frekuensi jantung (HR)
- Tentukan gelombang P normal atau tidak
- Tentukan interval PR normal atau tidak
- Tentukan gelombang QRS normal atau tidak
- Interpretasi

Irama jantung yang normal impulsnya berasal dari nodus SA, maka iramanya disebut irama sinus (*Sinus Rhythm : SR*). Kriteria irama sinus adalah sebagai berikut :

- Irama teratur
- Frekuensi jantung (HR) antara 60 -100x/ menit
- Gelombang P normal, setiap gelombang P selalu diikuti gelombang QRS dan T
- Interval PR normal (0,12-0,20 detik)
- Gelombang QRS normal (0,06-0,12 detik)
- Semua gelombang sama

Irama EKG yang tidak mempunyai criteria di atas disebut DISRITMIA. Disritmia terdiri dari disritmia yang disebabkan oleh gangguan pembentukan impuls dan disritmia yang disebabkan oleh gangguan penghantaran impuls.

V. Tujuan

1. Untuk mengetahui adanya kelainan-kelainan irama jantung/ disritmia
2. Kelainan-kelainan otot jantung
3. Pengaruh/efek obat-obat jantung
4. Gangguan - gangguan elektrolit
5. Perikarditis
6. Memperkirakan adanya pembesaran jantung/hipertropi atrium dan ventrikel
7. Menilai fungsi pacu jantung.

VI. Indikasi EKG

Elektrokardiogram tidak menilai kontraktilitas jantung secara langsung. Namun, EKG dapat memberikan indikasi menyeluruh atas naik-turunnya suatu kontraktilitas. Analisis sejumlah gelombang dan vektor normal depolarisasi dan repolarisasi menghasilkan informasi diagnostik yang penting.

- Merupakan standar emas untuk diagnosis aritmia jantung
- EKG memandu tingkatan terapi dan risiko untuk pasien yang dicurigai ada infark otot jantung akut
- EKG membantu menemukan gangguan elektrolit (mis. hiperkalemia dan hipokalemia)
- EKG memungkinkan penemuan abnormalitas konduksi (mis. blok cabang berkas kanan dan kiri)
- EKG digunakan sebagai alat tapis penyakit jantung iskemik selama uji stres jantung
- EKG kadang-kadang berguna untuk mendeteksi penyakit bukan jantung (mis. emboli paru atau hipotermia)

VII. Prosedur Perekaman EKG

1. Persiapan Alat

- a. Mesin EKG yang dilengkapi :
 - Kabel untuk sumber listrik
 - Kabel untuk bumi (*ground*)
 - Kabel elektroda : ekstremitas, dada
 - Plat elektroda ekstremitas/ karet pengikat
 - Balon penghisap elektroda dada
- b. Jelly
- c. Kertas tissue
- d. Kapas alcohol
- e. Spidol (untuk perekaman EKG serial)
- f. Kertas EKG

2. Persiapan Pasien

- a. Penjelasan : tujuan pemeriksaan, hal-hal yang harus diperhatikan saat perekaman
- b. Dinding dada harus terbuka

3. Cara Kerja

- a. Nyalakan mesin EKG
- b. Baringkan pasien dengan tenang di tempat tidur yang cukup luas, tangan dan kaki tidak saling bersentuhan
- c. Bersihkan dada, kedua pergelangan tangan dan kaki dengan kapas alcohol (kalau perlu dada dan pergelangan tangan dicukur)
- d. Keempat elektroda ekstremitas diberi jelly
- e. Pasang keempat elektroda ekstremitas tersebut pada kedua pergelangan tangan dan kaki
- f. Dada diberi jelly sesuai dengan lokasi untuk elektroda V1-V6
- g. Pasang elektroda dada dengan menekan karet penghisapnya
- h. Buat kalibrasi sebanyak 3 buah
- i. Rekam setiap lead 3-4 beat
- j. Setelah selesai perekaman semua lead, buat kalibrasi ulang
- k. Jelly dibersihkan dari tubuh pasien
- l. Beritahu pasien bahwa perekaman sudah selesai
- m. Matikan mesin EKG
- n. Catat : Nama pasien; umur; jam, tanggal, bulan dan tahun perekaman; nama masing-masing lead; nama perekam
- o. Bersihkan dan rapikan alat-alat

4. Perhatian

- a. Sebelum bekerja periksa kecepatan mesin adalah 25mm/ detik dengan voltase 1mVolt. Bila perlu kalibrasi diperkecil menjadi $\frac{1}{2}$ mVolt atau diperbesar menjadi 2mVolt
- b. Hindari gangguan listrik dan mekanik saat perekaman
- c. Saat merekam perawat harus menghadap pasien

VIII. Tugas

1. Lakukan prosedur perekaman EKG
2. Lakukan interpretasi pada perekaman EKG

TOOL PENILAIAN PEREKAMAN EKG

No	Aspek Yang Dinilai	Nilai		
		Bobot	Ya	Tidak
A	Fase Orientasi			
1	Memberi salam/ menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan persetujuan / kesiapan klien	2		
6	Mencuci tangan	2		
B	Fase Kerja			
1	Menghubungkan mesin dengan sumber listrik	2		
2	Mengatur kecepatan EKG	2		
3	Menganjurkan pasien melepaskan bahan yang dipakai yang terbuat dari logam	2		
4	Membersihkan kulit ekstremitas yang akan dipasang elektroda	2		
5	Membersihkan bagian dada yang akan dipasang elektroda prekordial	2		
6	Memberikan jelly pada lokasi yang akan dipasang elektroda	2		
7	Menghubungkan elektroda ekstremitas atas kanan (kabel merah)	5		
8	Menghubungkan elektroda ekstremitas atas kiri (kabel kuning)	5		
9	Menghubungkan elektroda ekstremitas bawah kiri (kabel hijau)	5		
10	Menghubungkan elektroda ekstremitas bawah kanan (kabel hitam)	5		
11	Memasang elektroda V1 pada SIC IV garis sternum kanan	5		
12	Memasang elektroda V2 pada SIC IV garis sternum kiri	5		
13	Memasang elektroda V3 antara V2 dan V4	5		
14	Memasang elektroda V4 pada SIC V midklavikula kiri	5		
15	Memasang elektroda V5 pada garis axilla anterior sejajar V4	5		
16	Memasang elektroda V6 pada garis mid axilla sejajar V4	5		
17	Menganjurkan pasien untuk tenang	2		
18	Melakukan perekaman EKG 12 lead	5		
19	Mendokumentasikan hasil EKG	3		
20	Merapikan pasien dan membereskan alat	2		
21	Mencuci tangan	2		
C	Fase Terminasi			
1	Merapikan pasien dan membereskan alat	2		
2	Mengevaluasi tindakan	2		
3	Berpamitan	2		
D	Penampilan Selama tindakan			
1	Ketenangan selama melakukan tindakan	2		
2	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	2		
3	Ketelitian selama tindakan	2		
4	Keamanan selama tindakan	2		
	TOTAL NILAI	100		

Pemasangan Nasogastrik Tube (NGT)

I. Konsep Teori

Melakukan pemasangan selang (tube) dari rongga hidung ke lambung (gaster)

II. Tujuan

1. Memasukkan makanan cair atau obat-obatan cair atau padat yang dicairkan
2. Mengeluarkan isi/ cairan lambung dan gas yang ada dalam lambung
3. Mengirigasi karena perdarahan/ keracunan dalam lambung
4. Mencegah atau mengurangi nausea dan vomitus setelah pembedahan atau trauma
5. Mengambil specimen pada lambung untuk studi laboratorium

III. Indikasi

1. Pasien tidak sadar
2. Pasien dengan masalah saluran pencernaan atas : stenosis esophagus, tumor mulut/ faring/ esophagus, dll
3. Pasien yang tidak mampu menelan
4. Pasien pasca operasi pada mulut/ faring/ esophagus

IV. Prosedur

1. Persiapan Alat:
 - a. NGT no 14 atau 16 (untuk anak lebih kecil ukurannya)
 - b. Jelly
 - c. Tongue spatel
 - d. Sepasang sarung tangan
 - e. Senter
 - f. Spuit ukuran 50-100 cc
 - g. Plester
 - h. Stetoskop
 - i. Handuk
 - j. Tissue
 - k. Bengkok

2. Prosedur pelaksanaan
 - a. Mendekatkan alat ke samping klien
 - b. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dan tujuannya
 - c. Mencuci tangan
 - d. Membantu posisi pasien pada posisi *high fowler*
Meningkatkan kemampuan klien untuk menelan
 - e. Memasang handuk pada dada klien, meletakkan tissue wajah dalam jangkauan klien
 - f. Memakai sarung tangan
 - g. Untuk menentuka insersi NGT, minta klien untuk rileks dan bernafas normal dengan menutup satu hidung kemudian mengulangi dengan menutup hidung yang lain
 - h. Mengukur panjang tube yang akan dimasukkan dengan menggunakan :
 - 1) Metode tradisional
Ukur panjang dari puncak lubang hidung ke daun telinga bawah dan ke processus xipoideus di sternum
 - 2) Metode Hanson
Mula-mula tandai 50 cm pada Tube, kemudian lakukan pengukuran dengan metode tradisional
 - i. Beri tanda pada panjang selang yang sudah diukur dengan menggunakan plester
 - j. Memberi jelly pada NGT sepanjang 10-20 cm
 - k. Mengingatkan klien bahwa selang akan segera dimasukkan dan instruksikan klien untuk mengatur posisi kepala ekstensi, masukkan selang melalui lubang hidung yang telah ditentukan
Memudahkan masuknya selang melalui hidung dan memelihara jalan nafas agar terbuka
 - l. Lanjutkan memasukkan selang sepanjang rongga hidung. Jika merasakan agak tertahan, putarlah selang daan jangan dipaksakan untuk dimasukkan
Meminimalkan ketidaknyamanan pemasangan NGT, masukkan dengan cara memutar dan sedikit menarik, membantu masuknya selang ke ujung faring
 - m. Lanjutkan memasang selang sampai melewati nasofaring, setelah melewati nasofaring (3-4 cm) anjurkan klien untuk menekuk leher dan menelan
 - n. Dorong klien untuk menelan dengan memberikan sedikit air minum (bila perlu).
Tekankan pentingnya bernafas lewat mulut

- o. Tidak memaksakan selang masuk. Bila ada hambatan atau klien tersedak, sianosis, maka hentikan mendorong selang. Periksa posisi selang dibelakang tenggorok dengan menggunakan spatel lidah dan senter
- p. Jika telah selesai memasang NGT sampai ujung yang telah ditentukan, anjurkan klien rileks dan bernafas normal
- q. Periksa letak selang dengan :
 - 1) Memasang spuit pada ujung NGT, memasang bagian diafragma stetoskop pada perut kuadran kiri atas klien (gaster), kemudian suntikkan 10-20 cc udara bersamaan dengan auskultasi abdomen
 - 2) Apirasi pelan-pelan untuk mendapatkan isi lambung
 - 3) Memasukkan ujung bagian luar selang NGT, kedalam mangkuk yang berisi air, jika ada gelembung udara berarti masuk ke dalam paru-paru dan jika tidak ada berarti masuk ke dalam lambung

Posisi yang tepat penting untuk diketahui sebelum mulai memasukkan makanan
- r. Oleskan alcohol pada ujung hidung klien dan biarkan sampai kering

Membantu merekatkan plester lebih baik
- s. Fiksasi selang dengan plester dan hindari penekanan pada hidung :
 - 1) Potong 10 cm plester, belah menjadi dua salah satu ujungnya 5 cm. Memasang ujung yang tidak dibelah pada batang hidung klien dan silangkan plester pada selang yang keluar dari hidung
 - 2) Tempelkan ujung NGT, pada baju klien dengan memasang plester pada ujungnya dan penitikan pada baju
- t. Mengevaluasi klien setelah terpasang NGT
- u. Merapikan alat-alat
- v. Mencuci tangan
- w. Mendokumentasikan hasil tindakan pada catatabn keperawatan

V. Tugas

1. Lakukan prosedur pemasangan NGT
2. Jelaskan prinsip pemasangan NGT

TOOL PENILAIAN PEMASANGAN NGT

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
A	Fase Orientasi			
1	Mengucapkan salam	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4	Menjelaskan langkah prosedur	3		
5	Menanyakan kesiapan pasien	3		
B	Fase Kerja			
1	Mencuci tangan	4		
2	Memasang perlak dan pengalas	3		
3	Meletakkan bengkok dengan benar	3		
4	Memakai sarung tangan	5		
5	Mengukur panjang NGT dengan benar dan member tanda	5		
6	Mengolesi ujung selang NGT dengan jelly	5		
7	Mengatur posisi kepala ekstensi dan masukkan perlahan ujung NGT dengan pinset/ handscoon	10		
8	Setelah melewati nasofaring, anjurkan klien untuk menekuk leher dan menelan	5		
9	Memastikan NGT masuk ke dalam lambung dengan cara memasukkan udara 10 cc melalui NGT sambil diauskultasi di region lambung atau memasukkan ujung NGT ke dalam gelas berisi air (pilih salah satu cara)	10		
10	Menutup ujung NGT dengan spuit/ klem/ tutup selang	5		
11	Melakukan fiksasi pada hidung	5		
12	Merapikan pasien dan membereskan alat	3		
13	Mencuci tangan	4		
C	Terminasi			
1	Melakukan evaluasi	3		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	3		
3	Berpamitan dengan pasien	3		
D	Penampilan			
1	Ketenangan	3		
2	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
3	Ketelitian	3		
	TOTAL	100		

Fisioterapi Dada, Postural Drainage dan Batuk Efektif

A. Fisioterapi Dada

1. Konsep Teori

Fisioterapi dada adalah suatu rangkaian tindakan keperawatan yang terdiri dari perkusi, vibrasi dan postural drainage.

a. Perkusi

Perkusi atau clapping adalah pukulan kuat pada kulit dengan tangan dibentuk seperti mangkuk

Tujuan : Secara mekanik dapat melepaskan secret yang melekat pada dinding bronkus

Peralatan : Handuk jika perlu, peniti jika perlu

Prosedur :

- 1) Tutup area yang akan dilakukan perkusi dengan handuk atau pakaian untuk mengurangi ketidaknyamanan
- 2) Anjurkan klien untuk tarik nafas dalam dan lambat untuk meningkatkan relaksasi
- 3) Jari dan ibu jari berhimpitan dan fleksi membentuk mangkuk
- 4) Secara bergantian dilakukan fleksi dan ekstensi pergelangan tangan secara cepat untuk menepuk dada
- 5) Perkusi pada tiap bagian segmen paru selama 1-2 menit
- 6) Perkusi tidak boleh dilakukan pada daerah dengan struktur yang mudah terjadi injuri, seperti mammae, sternum, columna spinalis dan ginjal

b. Vibrasi

Vibrasi adalah getaran kuat secara serial yang dihasilkan oleh tangan yang diletakkan datar pada dinding dada klien

Tujuan : Vibrasi digunakan setelah perkusi untuk meningkatkan turbulensi udara ekspirasi dan melepaskan mucus yang kental. Sering dilakukan secara bergantian dengan perkusi

Prosedur :

- 1) Letakkan tangan, telapak tangan menghadap ke bawah, di area dada yang akan di drainage, satu tangan di atas tangan yang lain dengan jari-jari menempel

bersama dan ekstensi. Cara yang lain, tangan bisa diletakkan secara bersebelahan

- 2) Anjurkan klien inspirasi dalam dan ekspirasi secara lambat lewat hidung atau pursed lips
 - 3) Selama masa ekspirasi, tegangkan seluruh otot tangan dan lengan dan gunakan hamper semua tumit tangan, getarkan (kejutkan) tangan, gerakkan ke arah bawah. Hentikan getaran jika klien inspirasi
 - 4) Vibrasi selama 5 kali ekspirasi pada segmen paru yang terserang
 - 5) Setelah tiap kali vibrasi, anjurkan klien batuk dan keluarkan secret ke dalam tempat sputum
- c. Postural Drainage

Postural drainage adalah pengaliran sekresi dari berbagai segmen paru dengan gravitasi

Peralatan :

- Bantal dua atau tiga
- Papan pengatur posisi
- Tissue wajah
- Segelas air
- Sputum pot

Posisi untuk postural drainage

- 1) Bronkus apical lobus anterior kanan dan kiri atas
- 2) Bronkus apical lobus posterior kanan dan kiri atas
- 3) Bronkus lobus anterior kanan dan kiri atas
- 4) Bronkus lobus lingual kiri atas
- 5) Bronkus lobus kanan tengah
- 6) Bronkus lobus anterior kanan dan kiri bawah
- 7) Bronkus lobus lateral kanan bawah
- 8) Bronkus lobus lateral kiri bawah
- 9) Bronkus lobus superior kanan dan kiri bawah
- 10) Bronkus basalis posterior kanan dan kiri

Langkah-langkah :

- 1) Cuci tangan
- 2) Pilih area yang tersumbat yang akan didrainage berdasarkan pengkajian semua bidang paru, data klinis dan gambaran foto dada

- 3) Baringkan klien dalam posisi untuk mendrainage area yang tersumbat (area pertama yang dipilih dapat bervariasi dari satu klien ke klien lain). Bantu klien memilih posisi sesuai kebutuhan. Ajarkan klien memposisikan posur dan lengan dan posisi sesuai kebutuhan. Letakkan bantal untuk menyangga dan kenyamanan.
- 4) Minta klien mempertahankan posisi selama 10-15 menit
- 5) Selama 10-15 menit drainage pada posisi ini, lakukan perkusi dan vibrasi dada di atas area yang drainage
- 6) Setelah drainage pada posisi pertama, minta klien duduk dan batuk. Tampung sekresi yang dikeluarkan dalam sputum pot. Bila klien tidak dapat batuk, harus dilakukan penghisapan
- 7) Minta klien istirahat sebentar bila perlu
- 8) Minta klien minum sedikit air
- 9) Ulangi langkah 3 hingga 8 sampai semua area tersumbat yang dipilih telah terdrainage. Setiap tindakan tidak lebih dari 30-60 menit
- 10) Ulangi pengkajian dada pada semua bidang paru
- 11) Cuci tangan
- 12) Dokumentasikan pada catatan keperawatan

B. Nafas Dalam dan Batuk Efektif

1. Nafas Dalam

Yaitu bentuk latihan nafas yang terdiri dari pernafasan abdominal (diafragma) dan *purse lip breathing*

Tujuan : Pernafasan abdominal atau diafragma memungkinkan nafas dalam secara penuh dengan sedikit usaha. Purse lip breathing membantu klien mengontrol pernafasan yang berlebihan

Indikasi : Pestiaksi ekspansi dada, misalnya pada pasien COPD (misal : asma, bronkhitis) atau klien pada tahap penyembuhan dari pembedahan thoraks

Prosedur :

- a. Atur posisi yang nyaman bagi pasien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur atau kursi atau dengan lying position (posisi berbaring) di tempat tidur dengan satu bantal
- b. Fleksikan lutut pasien untuk merelaksakan otot abdomen
- c. Tempatkan satu atau dua tangan pada abdomen, tepat di bawah tulang iga

- d. Tarik nafas dalam melalui hidung, jaga mulut tetap tertutup. Hitung sampai 3 selama inspirasi
- e. Konsentrasi dan rasakan gerakan naiknya abdomen sejauh mungkin, tetap dalam kondisi relaks dan cegah lengkung pada punggung. Jika ada kesulitan menaikkan abdomen, ambil nafas secara cepat, nafas kuat lewat hidung
- f. Kemudian hembuskan lewat bibir seperti meniup dan ekspirasi secara perlahan dan kuat, sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembungkan dari pipi
Teknik purse lip breathing ini menyebabkan resistensi pada pengeluaran udara paru, meningkatkan tekanan di bronkus dan meminimalkan kolapsnya jalan nafas yang sempit
- g. Konsentrasi dan rasakan turunnya abdomen dan kontraksi dari otot abdomen ketika ekspirasi. Hitung sampai 7 selama ekspirasi
- h. Gunakan latihan ini setiap kali merasakan nafas pendek dan tingkatkan secara bertahap selama 5-10 menit, 4 kali dalam sehari. Latihan teratur akan membantu pernafasan tanpa usaha. Latihan ini, dapat dilakukan dalam posisi duduk tegap, berdiri dan berjalan.

2. Batuk Efektif

Yaitu latihan untuk mengeluarkan sekret.

Peralatan :

- a. Sputum pot
- b. Lisol 2-3%
- c. Handuk pengalas
- d. Peniti
- e. Bantal jika diperlukan
- f. Tissue
- g. Bengkok

Prosedur :

- a. Setelah menggunakan pengobatan bronkhodilator (jika diresepkan), tarik nafas dalam lewat hidung dan tahan nafas untuk beberapa detik
- b. Batukkan 2 kali, batuk pertama untuk melepaskan mukus dan batuk kedua untuk mengeluarkan sekret, bila pasien merasa nyeri dada, pada saat batuk tekan dada dengan bantal. Tampung sekret pada sputum pot yang berisi lisol
- c. Untuk batuk menghembus, sedikit maju ke depan dan ekspirasi kuat dengan suara “hembusan”

- d. Inspirasi dengan nafas pendek cepat secara bergantian (menghirup) untuk mencegah mukus bergerak kembali ke jalan nafas yang sempit
- e. Istirahat
- f. Hindari penggunaan waktu yang lama selama batuk karena dapat menyebabkan kelelahan dan hipoksia

TOOL PENILAIAN FISIOTERAPI DADA, DRAINAGE DAN BATUK EFEKTIF

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
A	Fase Orientasi			
1	Mengucapkan salam	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
B	Fase Kerja			
1	Mencuci tangan	2		
2	Memakai sarung tangan	3		
3	Melakukan asukultasi pada area paru pada dada depan dan belakang, pasien diminta tarik nafas panjang	8		
4	Memberikan minum air hangat	4		
5	Mengatur posisi pasien sesuai dengan letak secret, pasien membungkuk memeluk bantal	8		
6	Memasang handuk pada dada dan pengalas pada pangkuan	3		
7	Melakukan clapping selama 3-5 menit pada area yang terdapat secret	10		
8	Melakukan vibrasi pada saat ekshalasi selama 3 kali pada area yang terdapat sekret	10		
9	Mengajarkan batuk efektif dan meminta pasien melakukannya	10		
10	Menampung secret pada sputum pot	3		
11	Memberikan pasien minum air hangat	4		
12	Melepas sarung tangan	3		
13	Mencuci tangan	2		
C	Terminasi			
1	Melakukan evaluasi	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan dengan pasien	2		
D	Penampilan			
1	Ketenangan	4		
2	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	2		
3	Ketelitian	4		
	TOTAL	100		

Pengukuran Jugularis Vena Pressure (JVP)

I. Konsep Teori

Vena yang paling mudah dijangkau adalah vena jugularis interna dan eksterna di leher. Kedua vena mengalir secara bilateral dari kepala dan leher ke dalam vena kava superior. Terdapat 2 buah vena jugularis pada leher yaitu vena jugularis interna dan vena jugularis eksterna. Jugularis interna terletak lebih dalam di belakang otot sternokleidomastoideus sehingga sering tidak tampak dari permukaan kulit, sepanjang arteri carotid, padahal tekanan vena sentral (CVP) lebih reliabel melalui vena jugularis interna, normalnya, pada saat posisi klien berbaring telentang. Vena jugularis eksterna terdistensi sehingga mudah terlihat dan lebih mudah melebar/ membesar saat menahan napas, menengokkan leher, dan dengan pemakaian pakaian yang sempit di daerah leher atau di atas area thorak. Sebaliknya saat posisi duduk, vena jugularis eksterna biasanya tenggelam.

Tekanan Vena Jugularis merupakan gambaran/cerminan secara tidak langsung atas fungsi pemompaan ventrikel. Karena setiap kegagalan pemompaan ventrikel menyebabkan terkumpulnya darah lebih banyak pada sistem vena. Pemeriksaan JVP menunjukkan keadaan 'input' jantung. Vena jugularis yang biasa digunakan yakni vena jugularis interna karena berhubungan langsung dengan vena cava superior dan atrium kanan. (Waskito, 2008)

Tekanan normal pada atrium kanan ekuivalen dengan tekanan kolom darah setinggi 10-12 cm. Jadi, apabila pasien berdiri atau duduk tegak, vena jugularis interna akan kolaps dan bila pasien berbaring, vena terisi penuh. Bila pasien berbaring sekitar 45°, maka pulsasi vena jugularis akan tampak tepat di atas klavikula; maka posisi ini digunakan untuk pemeriksaan denyut vena jugularis (JVP). Kepala pasien diletakkan pada bantal, dengan leher fleksi dan pandangan lurus ke depan. Sebaiknya tidak menegangkan muskulus sternomastoid, karena vena jugularis interna tepat berada di bawahnya. (Waskito, 2008).

II. Tujuan

1. Mengetahui ada tidaknya distensi vena jugular (JVD)
2. Memperkirakan tekanan vena sentral (central venous pressure)

Distensi vena-vena dileher dapat memperlihatkan adanya perubahan volume dan tekanan di dalam atrium kanan. Vena jugularis merupakan salah satu vena yang terdapat di area leher.

III. Indikasi

Masalah Kardiak :

1. Pasien yang menerima operasi jantung sehingga status sirkulasi sangat penting diketahui
2. Pasien yang mendapat obat vasoaktif, nutrisi parenteral, atau jika vena perifer tidak adekuat
3. Pasien dengan distensi unilateral
4. Pasien dengan trauma mayor
5. Pasien yang sering diambil darah venanya untuk sampel tes laboratorium
6. Pasien yang diberi cairan IV secara cepat

Masalah non Kardiak :

1. Obstruksi vena kava superior
2. Peningkatan volume darah
3. Peningkatan intrathorax sampai dengan tekanan positif ventilasi mekanik, manuver valsava, peny. Obstruksi jalan nafas, tension pneumothorax
4. Peningkatan tekanan intra abdomen sampai dengan kehamilan, obesitas, ascites

IV. Kontraindikasi

1. SVC sindrom
2. Infeksi pada area insersi
3. Koagulopati.
4. Insersi kawat : pacemaker
5. Disfungsi kontralateral diafragma
6. Pembedahan leher

V. Aspek yang harus diperhatikan

1. Mengatur posisi yang nyaman
2. Memastikan leher dan thoraks telah terbuka
3. Menghindari hiperekstensi atau fleksi leher
4. Mengkaji tingkat kesadaran pasien

VI. Prosedur

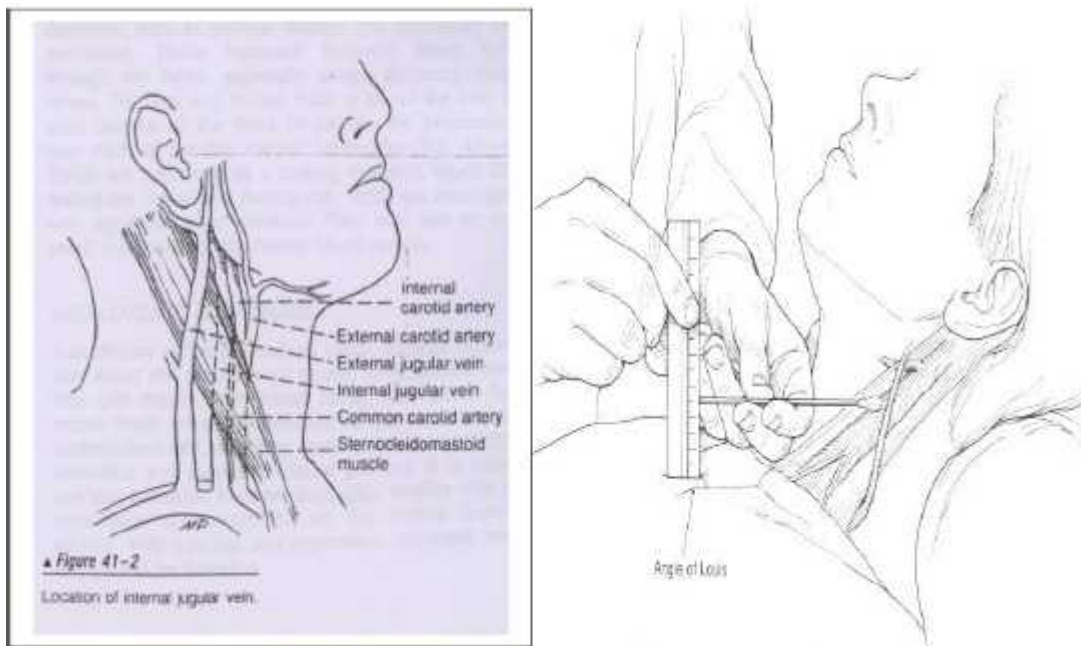
1. Atur klien pada posisi supine dan relaks.
2. Tempat tidur bagian kepala ditinggikan:
 - ✓ 15° - 30° (Luckman & Sorensen, 1993, p 1112; Lanros & Barber, 1997, p. 141), atau
 - ✓ 30° - 45° (LeMone & Burke, 2000, p. 1188), atau
 - ✓ 45° - 90° — pada klien yang mengalami peningkatan tekanan atrium kanan yang cukup bermakna (Luckman & Sorensen, 1993, p 1112).
3. Gunakan bantal untuk menopang kepala klien dan hindari fleksi leher yang tajam.
4. Anjurkan kepala klien menengok menjauhi arah pemeriksa.
5. Lepaskan pakaian yang sempit/ menekan leher atau thorak bagian atas.
6. Gunakan lampu senter dari arah miring untuk melihat bayangan (shadows) vena jugularis. Identifikasi pulsasi vena jugular interna (bedakan denyutan ini dengan denyutan dari arteri karotis interna di sebelahnya), jika tidak tampak gunakan vena jugularis eksterna.
7. Tentukan titik tertinggi dimana pulsasi vena jugularis interna/ eksterna dapat dilihat (Meniscus).
8. Pakailah sudut sternum (sendi manubrium) sebagai tempat untuk mengukur tinggi pulsasi vena. Titik ini $\pm 4 - 5$ cm di atas pusat dari atrium kanan.
9. Gunakan penggaris (gambar 5.1)
 - ✓ Penggaris ke-1 diletakan secara tegak (vertikal), dimana salah satu ujungnya menempel pada sudut sternum.
 - ✓ Penggaris ke-2 diletakan mendatar (horizontal), dimana ujung yang satu tepat di titik tertinggi pulsasi vena (meniscus), sementara ujung lainnya ditempelkan pada penggaris ke-1.
10. Ukurlah jarak vertikal (tinggi) antara sudut sternum dan titik tertinggi pulsasi vena (meniscus).
11. Nilai normal: kurang dari 3 atau 4 cm diatas sudut sternum, pada posisi tempat tidur bagian kepala ditinggikan 30° - 45° (Luckman & Sorensen, 1993, p. 1113).
12. Catat hasilnya.

Menulis dan Membaca Hasil

- Misal = 5+2
- 5: adalah jarak dari atrium ka ke sudut manubrium, dan ini adalah konstanta
- +2: hasilnya—meniscus

Hasil Pengukuran dan Interpretasinya

- a. Nilai lebih dari normal, mengindikasikan peningkatan tekanan atrium/ventrikel kanan, misalnya terjadi pada:
 - Gagal jantung kanan
 - Regurgitasi trikuspid
 - Perikardial tamponade
- b. Nilai kurang dari normal, mengindikasikan deplesi volume ekstrasel.
- c. Distensi unilateral, mengindikasikan obstruksi pembuluh pada salah satu sisi.



Gambar 5.1

TOOL PENILAIAN PENGUKURAN JVP

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
A	Fase Orientasi			
1	Mengucapkan salam	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
B	Fase Kerja			
1	Mencuci tangan	2		
2	Mengatur posisi pasien semifowler/ berbaring dengan kepala dinaikkan 30 - 45 ⁰	10		
3	Membebaskan daerah leher dan kepala serta meminta pasien untuk menoleh ke arah kiri	5		
4	Menentukan meniscus dengan menunjukkan letaknya	10		
5	Penggaris pertama diletakkan tegak lurus di dinding dada pada setinggi sudut sterna (SIC III)	15		
6	Penggaris kedua diletakkan tegak lurus penggaris pertama pada ketinggian meniskus	15		
7	Menentukan dan mencatat hasil pengukuran	11		
8	Mencuci tangan	2		
C	Terminasi			
1	Melakukan evaluasi	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan dengan pasien	2		
D	Penampilan			
1	Ketelitian	2		
2	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
3	Menjaga keamanan perawat	3		
4	Menjaga keamanan pasien	2		
	TOTAL	100		

Tindakan Irigasi Mata

I. Konsep Teori

Suatu tindakan untuk membersihkan mata. Irigasi mata diberikan untuk mengeluarkan sekret atau kotoran dan benda asing dan zat kimia dari mata. Larutan garam fisiologis atau RL biasa dipergunakan karena merupakan larutan isotonik yang tidak merubah komposisi elektrolit yang diperlukan mata. Bila hanya memerlukan sedikit cairan, kapas steril dapat dipergunakan untuk meneteskan cairan kedalam mata.

II. Tujuan

Untuk membersihkan dan mengeluarkan benda asing dari dalam mata.

III. Indikasi

1. Cedera kimiawi pada mata
2. Benda-benda asing pada mata
3. Inflamasi mata

IV. Kontraindikasi

Luka karena ada tusukan pada mata dapat menyebabkan terkikis pada daerah mata tersebut.

V. Komplikasi

- a. Kemungkinan terjadi cedera perforasi pada mata bila irigasi dilakukan dengan tidak hati-hati
- b. Kontaminasi silang pada mata yang sehat bila terdapat infeksi
- c. Konjungtiva

VI. Prosedur

1. Persiapan alat
 - a. Anastesi topikal (lokal), cairan irigasi steril biasanya digunakan larutan garam fisiologis (NaCl)
 - b. Retraktor desmares alat mengait mata pada kelopak mata
 - c. Plester

- d. Bengkok
 - e. Handuk/ laken untuk menutupi pakaian pasien.
2. Prosedur Tindakan
- a. Jelaskan prosedur tindakan
 - b. Cuci tangan
 - c. Tutupi pasien dengan handuk/laken
 - d. Anastesi lokal
 - e. Gunakan retraktor desmares untuk membuka kelopak mata bagian atas jika tidak ada alat kelopak mata harus ditahan dengan kasa.
 - f. Untuk menahan agar kelopak mata tetap terbuka berikan tekanan pada tulang promin pada alis dan pipi tidak pada bola mata
 - g. Arahkan jatuhnya irigasi langsung pada bagian yang bulat serta bagian atas dan bawah vornikes (dari kantung dalam ke kantung arah luar).
 - h. Biasanya digunakan 1 liter air cairan dengan cepat untuk cedera karena asap biasanya digunakan 2 liter cairan untuk cedera asam alkali bersifat basa.
 - i. Keringkan bagian luar air mata dan daerah sekitarnya setelah melakukan irigasi.



Gambar 6.1

VII. Tugas

1. Lakukan tindakan irigasi mata

TOOL TINDAKAN IRIGASI MATA

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
A	Fase Orientasi			
1	Mengucapkan salam	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
B	Fase Kerja			
1	Mencuci tangan	3		
2	Menyiapkan klien dengan posisi miring ke arah kanan	6		
3	Meletakkan bantal atau handuk dibawah wajah pasien	3		
4	Memasang perlak dan pengalas	2		
5	Meletakkan bengkok di bawah dagu	2		
6	Memakai sarung tangan	3		
7	Bersihkan garis kelopak mata dan bulu mata dengan kapas basah	6		
8	Isi spuit irigasi 2,5 cm diatas kantung dalam	6		
9	Regangkan kelopak mata bawah dan atas (kantong konjunctiva) dengan tekanan pada tonjolan tulang mata bawah alis	10		
10	Pegang spuit irigasi 2,5 cm di atas kantung dalam	6		
11	Minta pasien untuk melihat ke atas, perlahan lakukan irigasi	10		
12	Keringkan kelopak mata dengan bola kapas basah	6		
13	Mengambil pengalas	2		
14	Melepas sarung tangan	2		
15	Mencuci tangan	3		
C	Terminasi			
1	Melakukan evaluasi	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan dengan pasien	2		
D	Penampilan			
1	Ketelitian	2		
2	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
3	Menjaga keamanan perawat	3		
4	Menjaga keamanan pasien	2		
	TOTAL	100		

Tindakan Pemberian Obat Tetes Mata

I. Konsep Teori

Pemberian obat melalui mata adalah memberi obat ke dalam mata berupa cairan.

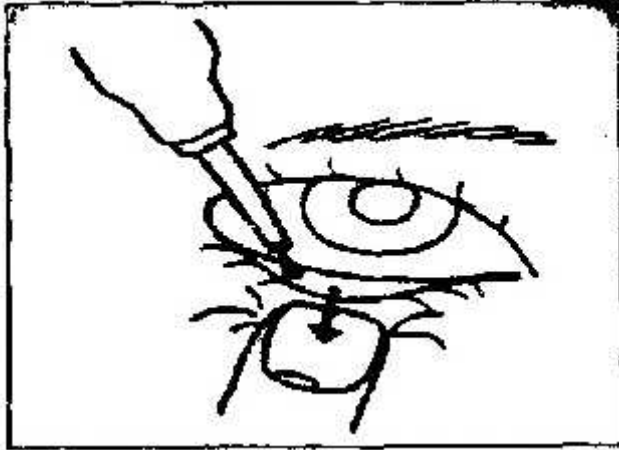
II. Tujuan

1. Untuk mengobati gangguan pada mata
2. Untuk mendilatasi pupil pada pemeriksaan struktur internal mata
3. Untuk melemahkan otot lensa mata pada pengukuran refraksi mata
4. Untuk mencegah kekeringan pada mata

III. Prosedur

1. Persiapan alat
 - a. Botol obat dengan penetes steril atau salep dalam tube (tergantung jenis sediaan obat)
 - b. Buku obat
 - c. Bola kapas kering steril (stoppers)
 - d. Bola kapas basah (normal salin) steril
 - e. Baskom cuci dengan air hangat
 - f. Penutup mata (bila perlu)
 - g. Sarung tangan
2. Prosedur kerja
 - a. Cek instruksi dokter untuk memastikan nama obat, daya kerja dan tempat pemberian
 - b. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan
 - c. Identifikasi klien secara tepat
 - d. Jelaskan prosedur pengobatan dengan tepat
 - e. Atur klien dengan posisi terlentang atau duduk dengan hiperektensi leher
Mempermudah akses ke mata untuk pemberian obat tetes mata, juga meminimalkan drainase obat melalui duktus air mata
 - f. Pakai sarung tangan
 - g. Dengan kapas basah steril, bersihkan kelopak mata dari dalam keluar

- h. Minta klien untuk melihat ke langit – langit
Tindakan ini menetraksi bagian kornea yang sensitive ke atas dan menjauhi konjungtiva serta mengurangi rangsangan reflek berkedip
- i. Teteskan obat tetes mata (Gambar 6.1):
- 1) Dengan tangan dominan anda di dahi klien, pegang penetes mata yang terisi obat kurang lebih 1-2 cm (0,5 – 0,75 inci) diatas sacus konjungtiva. Sementara jari tangan non dominan menarik kelopak mata ke bawah.
Membantu mecegah kontak penetes mata dengan struktur mata, sehingga mengurangi resiko cedera mata dan pemindahan infeksi ke penetes obat
 - 2) Teteskan sejumlah obat yang diresepkan kedalam sacus konjungtiva. Sacus konjungtiva normal menahan 1-2 tetes. Meneteskan obat tetes ke dalam sacus memberikan penyebaran obat yang merata di seluruh mata.
 - 3) Bila klien berkedip atau menutup mata atau bila tetesan jatuh ke pinggir luar kelopak mata, ulangi prosedur
 - 4) Setelah meneteskan obat tetes, minta klien untuk menutup mata dengan perlahan
Membantu mendistribusikan obat. Berkedip atau menggosok mata mendorong obat keluar dari sakus konjunctiva
 - 5) Berikan tekanan yang lembut pada duktus nasolakrimal klien selama 30-60 detik
- j. Bila terdapat kelebihan obat pada kelopak mata, dengan perlahan usap dari bagian dalam ke luar kantung
- k. Bila klien mempunyai penutup mata, pasang penutup mata yang bersih diatas pada mata yang sakit sehingga seluruh mata terlindungi. Plester dengan aman tanpa memberikan penekanan pada mata
- l. Lepaskan sarung tangan, cuci tangan dan buang peralatan yang sudah dipakai
- m. Catat obat, konsentrasi, jumlah tetesan, waktu pemberian dan mata (kiri, kanan atau kedua duanya) yang menerima obat.



Gambar 6.1

IV. Tugas

1. Lakukan tindakan pemberian tetes mata

TOOL TINDAKAN PEMBERIAN OBAT TETES MATA

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
A	Fase Orientasi			
1	Mengucapkan salam	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	4		
5	Menempatkan alat di depan pasien	4		
6	Mencuci tangan	4		
B	Fase Kerja			
1	Atur klien dengan posisi terlentang atau duduk dengan hiperekstensi leher	8		
2	Dengan kapas basah steril, bersihkan kelopak mata dari keluar	8		
3	Meminta klien untuk melihat ke atas	8		
4	Memasukkan obat tetes mata	8		
	a. Pegang aplikator obat tetes mata diatas kantung, pencet sehingga member aliran diatas kantung	8		
	b. Biarkan klien memejamkan mata	8		
	c. Bila terdapat kelebihan obat pada kelopak mata, dengan perlahan usap dari bagian dalam keluar kantung	6		
5	Mencuci tangan dan membereskan alat	4		
C	Terminasi			
1	Melakukan evaluasi	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan dengan pasien	4		
D	Penampilan			
1	Ketelitian	3		
2	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
3	Menjaga keamanan perawat	3		
4	Menjaga keamanan pasien	3		
	TOTAL	100		

Teknik Penghisapan Lendir (*Suction*)

I. Konsep Teori

1. Pengertian

Pengisapan lendir (*suction*) adalah tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yang tidak mampu mengeluarkan *secret* atau sputum atau lendir secara mandiri dengan menggunakan alat pengisap.

Pengisapan ini biasa dilakukan melalui mulut, nasofaring atau trakea.

2. Jenis Suction

- Open Suction : *Suction* yang dilakukan pada pasien dengan tanpa dihubungkan dengan mesin alat bantu nafas (ventilator).
- Closed Suction: *Suction* yang dilakukan pada pasien dimana selama melakukan *suction* terhubung dengan mesin alat bantu nafas (ventilator).

II. Tujuan

Untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sehingga memungkinkan terjadinya proses pertukaran gas yang adekuat dengan cara mengeluarkan secret/lendir/sputum pada klien yang tidak mampu mengeluarkannya sendiri.

III. Indikasi

1. Therapeutik

- a. Terdapat secret pada jalan nafas
- b. Meningkatkan *SpO2* pada *pulse oximeter*
- c. *Intervensi of arterial blood gas values(BGA)*
- d. *Clinically increased work of breathing*
- e. *Suspected aspiration of gastric or upper airway secretions*
- f. *Patient's inability to generate an effective spontaneous cough*
- g. *Changes in monitored flow/pressure graphics*
- h. *Increased PIP (Peak Inspiratory Pressure); decreased Vt during ventilation*

2. Diagnostik

Pengambilan *sputum specimen / ETA (Endo Tracheal Aspiration) for Bacteriological or microbiological or cytological investigations*

IV. Kontra Indikasi

Dikontraindikasikan pada klien yang mengalami kelainan yang dapat menimbulkan spasme laring (terutama sebagai akibat penghisapan melalui trakea) pendarahan dimulut dan saluran napas, edema laring, varises esophagus, pembedahan trakea, pembedahan gaster dengan anastomosis dan infark miokard.

V. Prosedur

▪ Persiapan *Patient*

- ✓ Jelaskan prosedur (*If patient is conscious*).
- ✓ Lakukan *hyper oxygenation by the delivery of 100% oxygen for >30 seconds before to the suctioning (Either with Bain's circuit or by increasing the FiO2 by mechanical ventilator)*.
- ✓ *Position the patient in supine-hyperextension position.*
- ✓ *Auscultate the breath sounds.*

▪ Persiapan Alat

(PRINSIP STERIL)

❖ Kateter suction (disposable)

- Noe-Bayi 6 Bulan : 6-8 Fr
- 8 Bulan-22 Bulan : 8-10 Fr
- 2-7 tahun : 10-12 Fr
- 7-10 tahun : 12 Fr
- **Dewasa : 12-16 Fr**

❖ Sarung tangan steril

❖ Bak steril sedang

❖ Kom steril (diisi dengan NaCl)

❖ Tongue spatel, kassa (digunakan bila klien tidak sadar & gelisah)

❖ Pinset (Jika Diperlukan)

→ Semua dimasukkan dalam bak instrument steril

Alat yang Tidak Steril

- Tabung oksigen beserta kanule oksigen

- Mesin suction : For adult a pressure of 100-120 mmHg; For children 80-100 mmhg;
For infants 60-80 mmhg
- Perlak pengalas
- Bengkok
- Larutan desinfektan
- Tissue
- Jelly (jika diperlukan)

VI. Referensi:

- Nurachmah, Elly dan Ratna S. Sudarsono. 2000. Buku Saku Prosedur Keperawatan Medikal – Bedah. Jakarta: EGC
- Smeltzer, Suzanne C dan Brenda G. Bare. 2001. Buku Ajar Keperawatan Medikal- Bedah. Jakarta: EGC

TOOLS TEKNIK PENGHISAPAN LENDIR (SUCTION)

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Nilai	
			Ya	Tidak
A	FASE ORIENTASI			
1	Memberi salam / menyapa pasien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan klien	2		
B	FASE KERJA			
1	Mencuci tangan	2		
2	Mengatur posisi yang nyaman pada klien, kepala sedikit ekstensi	3		
3	Meninggikan volume oksigen menjadi 5 liter / menit	4		
4	Meletakkan pernak pengalas dibawah dagu pasien	2		
5	Menurunkan volume oksigen 2 ltr	4		
6	Memakai sarung tangan	2		
7	Menghidupkan mesin, mengecek tekanan dan botol penampung	5		
8	Memasukkan kanul dengan hati-hati (mulut 10 cm)	5		
9	Menghisap lendir dengan menutup lubang kanul, menarik keluar perlahan sambil memutar (± 5 detik untuk anak, ± 10 detik untuk dewasa)	9		
10	Membilas kanul dengan Nacl, beri kesempatan klien untuk bernafas	5		
11	Mengobservasi keadaan umum klien dan status pernafasan pasien	5		
12	Mengulang tindakan point 8-9	9		
13	Meninggikan volume oksigen menjadi 5 liter / menit	4		
14	Membilas kanul dengan Nacl	3		
15	Menurunkan volume oksigen menjadi 2 liter/ menit (sesuai dosis terapi)	4		
16	Melepas sarung tangan	2		
17	Mencuci tangan	2		
C	FASE TERMINASI			
1	Melakukan evaluasi tindakan	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan	2		
D	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN			
1	Ketenangan selama melakukan tindakan	2		
2	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	4		
3	Menjaga keamanan pasien	4		
	TOTAL	100		

Pemeriksaan Fisik Abdomen

I. Konsep Teori

Pemeriksaan abdomen merupakan yang dilakukan pada abdomen dengan tehnik Inspeksi, Auskultasi, Perkusi, Palpasi (IAPP).

II. Tujuan

1. Mengetahui bentuk dan gerakan-gerakan perut
2. Mendengarkan suara peristaltik usus
3. Meneliti tempat yang nyeri tekan, organ-organ dalam rongga perut, benjolan dalam perut

Pemeriksaan fisik pada abdomen dibagi menjadi 4 kuadran dengan teknik :

1. Inspeksi : untuk mengetahui bentuk, keadaan dan gerakan-gerakan abdomen.
 - a. Mengatur pencahayaan yang baik
 - b. Mengatur posisi yang tepat yaitu berbaring terlentang dengan tangan di kedua sisi dan sedikit menekuk. Bantal kecil diletakkan di bawah lutut untuk menyokong dan melemaskan otot-otot abdomen
 - c. Membuka abdomen mulai dari processu xiphoideus sampai simfisis pubis
 - d. Melakukan pengamatan mengenai bentuk perut secara umum, warna kulit, kontur permukaan perut, adanya retraksi, penonjolan, adanya ketidaksimetrisan, jaringan parut, striae dll
 - e. Perhatikan posisi, bentuk, warna dan adanya inflamasi atau pengeluaran umbilikus
Umbilikus : lihat posisisi, bentuk, warna, adanya tanda inflamasi, atau massa yang menonjol harus diperhatikan. Normalnya umbilikus datar atau cekung hemisfer. Warnanya sama dengan kulit sekitarnya.umbilikus yang menonjol keluar biasanya menunjukkan adanya distensi. Seperti keadaan hernia yang menyebabkan umbilikus menonjol keatas.
 - f. Amati gerakan-gerakan kulit pada perut saat inspirasi dan ekspirasi
2. Auskultasi : untuk mendengarkan suara abdomen, yaitu bising usus/morilitas (peristaltik).
 - a. Menghangatkan bagian diafragma dan bell stetoskop

- b. Meletakkan sisi diafragma stetoskop tadi di atas kuadran kanan bawah pada area Cecum. Berikan tekanan yang amat ringan. Minta klien agar tidak berbicara. Mungkin diperlukan 5 menit secara terus menerus untuk mendengar sebelum pemeriksa menentukan tidak adanya bising usus
 - c. Dengarkan bising usus dan perhatikan frekuensi dan karakteristiknya
 - d. Bila bising usus tidak mudah terdengar, lanjutkan pemeriksaan sistematis, dengarkan tiap kuadran abdomen
 - e. Catat bising usus sebagai normal atau terdengar, tidak ada, hiperaktif dan hipoaktif
Normalnya peristaltik usus terjadi secara tidak teratur 5-35 x/menit. Tidak adanya bunyi mengindikasikan adanya obstruksi usus, ileus atau peritonitis. Pada saat terjadi bising usus yang lebih dari normal mengindikasikan terjadinya inflamasi usus, kecemasan, diare, pendarahan.
 - f. Meletakkan bagian bell/ sungkup stetoskop diatas aorta, arteri renale, arteri iliaka dan arteri femoral
 - g. Meletakkan bagian bell pada daerah preumbilikal/ sekeliling pusat untuk mendengarkan bising vena (jarang terdengar)
3. Perkusi : dilakukan untuk mengetahui letak organ, massa, udara, cairan yang berada di abdomen. Perkusi disetiap kuadran untuk mengkaji area timpani dan pekak.
- a. Mulailah perkusi dari kuadran kiri bawah kemudian bergerak searah jarum jam (dari sudut pandang klien)
 - b. Perhatikan reaksi klien dan catat bila ada keluhan
 - c. Lakukan perkusi pada area timpani dan redup
4. Palpasi : untuk mendeteksi area-area nyeri tekan pada abdomen atau adanya massa. Setiap kuadran abdomen diperiksa secara sistematis.
- a. Palpasi ringan
 - ✓ Palpasi ringan abdomen diatas tiap kuadran, hindari area yang sebelumnya sebagai titik bermasalah
 - ✓ Letakkan tangan secara ringan di atas abdomen dengan jari-jari ekstensi dan berhimpitan
 - ✓ Menempatkan tangan klien dengan ringan diatas tangan pemeriksa untuk mengurangi sensasi *geli*
 - ✓ Dengan permukaan telapak jari-jari menekan sedikit sedalam 1 cm
 - ✓ Palpasi untuk mendeteksi area nyeri, penegangan abnormal atau adanya massa
 - ✓ Selama palpasi, observasi wajah klien untuk adanya tanda ketidaknyamanan

- ✓ Bila ditemukan rasa nyeri, uji akan adanya nyeri lepas : tekan dalam kemudian lepas dengan cepat untuk mendeteksi apakah nyeri timbul dengan melepaskan tangan
 - ✓ Lakukan palpasi disekitar umbilikus dan cincin umbilikal
- b. Palpasi Dalam
- ✓ Gunakan metode palpasi bimanual
 - ✓ Tekan dinding abdomen sekitar 4-5 cm
 - ✓ Catat adanya massa dan struktur organ di bawahnya. Jika terdapat massa, catat mengenai ukuran, lokasi, mobilitas, contour dan kekakuannya
- c. Palpasi Hepar
- ✓ Periksa berdiri di samping kanan klien
 - ✓ Letakkan tangan kiri pemeriksa pada dinding thoraks kanan posterior klien kira-kira pada tulang rusuk ke-11 atau 12
 - ✓ Tekankan tangan kiri tersebut ke atas, sehingga sedikit mengangkat dinding dada
 - ✓ Letakkan tangan kanan pada batas bawah tulang rusuk sisi kanan
 - ✓ Saat pasien ekshalasi lakukan penekanan sedalam 4-5 cm ke arah bawah pada batas bawah tulang rusuk
 - ✓ Jaga posisi tangan pemeriksa dan suruh pasien inhalasi dalam
 - ✓ Sementara pasien inhalasi rasakan batas hepar bergerak menentang tangan pemeriksa yang secara normal terasa degan kontur reguler
 - ✓ Bila hepar membesar, maka lakukan palpasi dibatas bawah tulang rusuk kanan. Catat pembesaran tersebut dan nyatakan dengan berapa cm pembesaran terjadi di batas bawah tulang rusuk
- d. Palpasi Limpa
- ✓ Saat pemeriksa berdiri di sisi kanan klien, pegangi secara menyilang dengan tangan kiri pemeriksa dan letakkan di bawah klien dan diatas sudut kostovertebral. Tekan ke atas dengan tangan kiri
 - ✓ Menempatkan telapak tangan kanan dengan jari-jari di atas abdomen di bawah tepi kiri kostal
 - ✓ Tekan ujung jari ke arah limpa kemudian minta klien menarik nafas dalam
 - ✓ Palpasi tepi limpa saat limpa bergerak ke bawah ke arah tangan pemeriksa

- e. Palpasi klien asites
 - ✓ Untuk mengkaji gelombang cairan asites, minta klien atau perawat lain agar membantu karena prosedur ini memerlukan tiga tangan
 - ✓ Menginstruksikan klien untuk berbaring telentang
 - ✓ Minta klien atau perawat lain menekan dengan tepi tangan dan lengan atas tepat sepanjang garis tengah vertikal dari abdomen
 - ✓ Meletakkan tangan pemeriksa pada tiap sisi abdomen dan ketuk tajam salah satu sisi dengan ujung jari
 - ✓ Rasakan impuls gelombang cairan dengan ujung jari tangan yang satunya
- f. Palpasi Ginjal
 - ✓ Dalam melakukan palpasi ginjal kanan, letakkan tangan kiri dibawah panggul, dan elevasikan ginjal ke arah anterior
 - ✓ Letakkan tangan kanan pada dinding perut anterior pada garis midklavikularis pada tepi bawah batas kosta
 - ✓ Tekankan tangan kanan secara langsung ke atas sementara pasien menarik nafas panjang. Pada orang dewasa normal, ginjal tidak teraba, tetapi pada rang yang sangat kurus, bagian bawah ginjal kanan dapat dirasakan
 - ✓ Bila ginjal teraba, rasakan mengenai kontur (bentuk), ukuran, dan ada nyeri tekan
 - ✓ Untuk melakukan palpasi ginjal kiri, lakukan di sisi seberang tubuh pasien dan letakkan tangan kiri di bawah panggul kemudian lakukan tindakan seperti pada palpasi ginjal kanan

III. Indikasi

Pemeriksaan fisik pada abdomen dilakukan pada setiap pasien untuk mengetahui kelainan pada abdomen

IV. Prosedur

1. Mencuci tangan
2. Persiapan alat: stetoskop, meteran
3. Mengatur posisi pasien
4. Membuka baju daerah abdomen (4 kuadran terlihat)
5. Melakukan inspeksi dari depan dan samping pasien

6. Melakukan auskultasi (sebelum palpasi/ perkusi untuk memastikan adanya bising usus adanya bising usus ((dengan waktu \pm 30 detik)*)
7. Melakukan perkusi
8. Melakukan palpasi: pada 4 kuadran
9. Mengukur lingkar perut dengan meteran
10. Mencuci tangan

V. Tugas

1. Lakukan prosedur pemeriksaan abdomen.
2. Jelaskan 4 teknik dalam prosedur pemeriksaan abdomen.

TOOL PENILAIAN PEMERIKSAAN FISIK ABDOMEN

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A.	FASE ORIENTASI			
1.	Memberi salam	2		
2.	Memperkenalkan diri	2		
3.	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4.	Menjelaskan tujuan langkah prosedur	2		
5.	Menanyakan kesiapan pasien	2		
B.	FASE KERJA			
1	Mencuci tangan	5		
2	Mengatur posisi pasien	3		
3	Membuka baju daerah abdomen (4 kuadran terlihat)	2		
4	Melakukan inspeksi dari depan dan samping pasien	10		
5	Melakukan auskultasi (sebelum palpasi/ perkusi untuk memastikan adanya bising usus adanya (dengan waktu \pm 30 detik)*	15		
6	Melakukan perkusi	10		
7	Melakukan palpasi: pada 4 kuadran	10		
8	Mengukur lingkaran perut dengan meteran	10		
9	Mencuci tangan	5		
C.	FASE TERMINASI			
1.	Melakukan evaluasi tindakan	4		
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3.	Berpamitan	2		
D.	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN			
1.	Ketenangan	2		
2.	Melakukan komunikasi terapeutik	3		
3.	Menjaga keamanan pasien	3		
4.	Menjaga keamanan perawat	2		
	TOTAL	100		

Menghitung Balance Cairan

I. Konsep Teori

Merupakan suatu tindakan mengukur jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh (intake) dan mengukur jumlah cairan yang keluar dari tubuh (output)

II. Tujuan

1. Menentukan status keseimbangan cairan tubuh klien
2. Menentukan tingkat dehidrasi klien

III. Prosedur

1. Menentukan jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh klien, terdiri dari :
 - a. Air minum
 - b. Air dalam makanan
 - c. Air hasil oksidasi (metabolisme)
 - d. Cairan intravena
2. Menentukan jumlah cairan yang keluar dari tubuh klien, terdiri dari :
 - a. Urine
 - b. Insensible Water Loss (IWL) : paru dan kulit
 - c. Keringat
 - d. Feces
 - e. Muntah
3. Menentukan keseimbangan cairan tubuh klien dengan rumus :

$$BC = \text{Intake} - \text{Output}$$

IV. Hal – hal yang perlu diperhatikan

1. Rata-rata intake cairan perhari
 - ✓ Air minum : 1500 – 2500 cc
 - ✓ Air dari makanan : 750 cc
 - ✓ Air hasil oksidasi (metabolisme) : 200 cc atau 5cc/ kgBB/ 24 jam

- ✓ Cairan parenteral

Jumlah total cairan infus (cc) : $\frac{\text{lama waktu penginfusan} \times 60 \text{ menit} \times \text{jmlh TPM}}{\text{faktor tetesan}}$

Faktor tetesan

- Mikro : 1 cc = 60 tetes
- Makro: 1 cc = 15 tetes/ 20 tetes

2. Rata-rata output cairan perhari

- ✓ Urine : 0,5 -1 cc/ jam/ kgBB
- ✓ IWL : 15 cc/ kgBB/ hari
- Jika ada kenaikan suhu : IWL = 200 (suhu badan sekarang – 36,8⁰ C)
- ✓ Keringat : 100 cc
- ✓ Feces : 100 – 200 cc

V. Tugas

1. Lakukan penilaian balance cairan

TOOL PENILAIAN BALANCE CAIRAN

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A.	FASE ORIENTASI			
1.	Memberi salam	3		
2.	Memperkenalkan diri	3		
3.	Menjelaskan tujuan tindakan	4		
4.	Menjelaskan tujuan langkah prosedur	4		
5.	Menanyakan kesiapan pasien	3		
B.	FASE KERJA			
1	Menghitung intake makanan	6		
2	Menghitung intake minuman	6		
3	Menghitung intake parenteral	6		
4	Menentukan cairan metabolisme	6		
5	Menhitung output urine	6		
6	Menghitung output feses	6		
7	Menghitung output abnormal (muntah, darin, perdarahan)	6		
8	Menghitung output IWL	6		
9	Menghitung balance cairan	6		
C.	FASE TERMINASI			
1.	Melakukan evaluasi tindakan	4		
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3.	Berpamitan	3		
D.	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN			
1.	Ketenangan	3		
2.	Melakukan komunikasi terapeutik	3		
3.	Menjaga keamanan pasien	3		
4.	Menjaga keamanan perawat	3		
	TOTAL	100		

DAFTAR PUSTAKA

Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta. Salemba Medika.

Mansjoer, arif.dkk. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran ,Ed-3, jilid I*. Jakarta:FKUI Media Aesculapius

Potter, Perry. 2009. *Fundamental Keperawatan, Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.

Priharjo, Robert. 2007. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Smeltzer, C Suzanne dan Bare, Brenda G. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Ed-8*, Jakarta:EGC