

MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR 2



Penulis

Endang Zulaicha Susilaningsih

**DIPLOMA KEPERAWATAN
STIKES KUSUMA HUSADA SURAKARTA
TAHUN 2018**

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas limpahan berkah, pertolongan dan karunia-Nya modul praktikum ini dapat diselesaikan dan diterbitkan.

Modul praktikum keperawatan dasar ini menjelaskan tentang proses pembelajaran dari praktikum Keperawatan Dasar yang ada pada Kurikulum Pendidikan DIII Keperawatan tahun 2014, sebagai pegangan bagi dosen dan mahasiswa dalam melaksanakan proses pembelajaran di laboratorium sesuai dengan capaian pembelajaran yang telah ditetapkan, sehingga diharapkan konten pembelajaran yang dibahas selama proses belajar terstandar untuk semua dosen pada pendidikan DIII Keperawatan.

Pembelajaran praktikum ini telah disesuaikan dengan kurikulum dari segi kedalaman dan keluasan materi pembelajaran, serta menggunakan strategi pembelajaran menggunakan pendekatan *Student Center Learning* (SCL).

Dengan diterbitkannya modul ini diharapkan agar pembelajaran praktikum keperawatan dasar menjadi terarah, mudah, berorientasi pada pendekatan SCL dan terutama mempunyai kesamaan dalam keluasan dan kedalaman materi pembelajaran, sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas pembelajaran dan menghantar mahasiswa untuk berhasil dengan baik pada ujian akhir ataupun Uji Kompetensi.

Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada Kaprodi D III Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta dan segenap dosen serta semua pihak yang telah berkontribusi sampai terbitnya modul praktikum ini. Semoga modul ini dapat bermanfaat bagi dosen maupun mahasiswa program DIII Keperawatan.

Surakarta, Oktober 2018
Penulis,

Endang Zulaicha Susilaningsih, S.Kp., M.Kep.

DAFTAR ISI

COVER	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
PENJELASAN MATA KULIAH	vi

MODUL 2:

PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUHAN PENGENDALIAN INFEKSI, <i>VITAL SIGN</i> , MANAGEMEN NYERI, <i>PERSONAL HYGIENE</i> , DAN PEMERIKSAAN DASAR.....	1
KEGIATAN PRAKTIKUM 1	

PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUHAN

PENGENDALIAN INFEKSI	3
TUJUAN	3
POKOK MATERI	3
1. Mencuci Tangan Bersih	3
2. Mencuci Tangan Steril	6
3. Memakai dan melepaskan sarung tangan steril	8
4. Memakai Gown Steril	9
LATIHAN	12
RANGKUMAN	14
TEST FORMATIF 1	15
UJI KETERAMPILAN	15
UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT	15

KEGIATAN PRAKTIKUM 2

PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUHAN

<i>VITAL SIGN</i>	16
TUJUAN	16
POKOK MATERI	16

1. Suhu Tubuh	16
2. Frekuensi Nadi	18
3. <i>Respiration Rate</i>	19
4. Tekanan Darah.....	19
LATIHAN	23
RANGKUMAN	23
TEST FORMATIF 2	24
UJI KETERAMPILAN	24
UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT	26

KEGIATAN PRAKTIKUM 3

PRAKTIKUM MANAGEMEN NYERI	27
TUJUAN	27
POKOK MATERI	27
1. Relaksasi Napas Dalam.....	27
2. Relaksasi Otot Progresif.....	29
3. <i>Guided Imagery</i>	31
4. <i>Massage</i> pada punggung (<i>back rub</i>).....	35
LATIHAN	36
RANGKUMAN	37
TEST FORMATIF 3	37
UJI KETERAMPILAN	38
UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT	38

KEGIATAN PRAKTIKUM 4

PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUHAN	
<i>PERSONAL HYGIENE</i>	39
TUJUAN	39
POKOK MATERI	39
1. Memandikan klien	39
2. Mencuci rambut.....	42
3. Perawatan Kuku.....	44

4. <i>Oral Hygiene</i> pada klien sadar.....	46
5. <i>Oral Hygiene</i> klien tidak sadar.....	48
6. Perawatan Perineal	50
7. Mengganti alat tenun.....	51
LATIHAN	55
RANGKUMAN	56
TEST FORMATIF 4	56
UJI KETERAMPILAN	57
UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT	58
KEGIATAN PRAKTIKUM	5
PRAKTIKUM PEMENUHAN KEBUTUHAN	
PEMERIKSAAN DASAR DAN	
KOLABORATIF	65
TUJUAN	65
POKOK MATERI	65
1. Pemeriksaan Spesimen Darah.....	65
2. Pemeriksaan Faeces.....	67
3. Pemeriksaan Sputum Tenggorokan.....	69
4. Pemeriksaan Urine	71
5. Pemeriksaan Rumpel Leed.....	72
6. Pemberian Injeksi Intra Vena.....	74
LATIHAN	80
RANGKUMAN	81
TEST FORMATIF 5	81
UJI KETERAMPILAN	82
UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT	82
KUNCI JAWABAN	88
DAFTAR PUSTAKA	89

PENJELASAN MATA KULIAH

Saat ini Anda sedang mempelajari Modul Praktikum Keperawatan Dasar 2, Mata Kuliah Keperawatan Dasar ini mempunyai bobot kredit 3sks yang dikemas dalam 4 modul meliputi Modul Ajar Keperawatan Dasar 1, Modul Ajar Keperawatan Dasar 2, Modul Praktikum Keperawatan Dasar 1 dan Modul Praktikum Keperawatan Dasar 2. Mata Kuliah ini menjelaskan tentang konsep dan praktikum laboratorium keperawatan dasar kepada klien dalam pemenuhan kebutuhan oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur, keseimbangan suhu tubuh, rasa aman dan nyaman, memiliki dan dimiliki, harga diri, seksual, serta aktualisasi diri.

Secara terperinci mata kuliah ini membahas tentang konsep dan praktikum kebutuhan dasar yang meliputi kebutuhan bio, psiko, sosio, spiritual termasuk kebutuhan oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur, keseimbangan suhu tubuh, rasa aman dan nyaman, memiliki dan dimiliki, harga diri, seksual, serta aktualisasi diri. Penerapan proses keperawatan dilaksanakan berdasarkan kebutuhan dasar tersebut.

Modul mata kuliah Keperawatan Dasar ini terdiri dari empat modul, yaitu:

1. Modul Ajar Keperawatan Dasar 1
2. Modul Ajar Keperawatan Dasar 2
3. Modul Praktikum Keperawatan Dasar 1, membahas praktikum keperawatan dasar pada pemenuhan kebutuhan oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi dan aktivitas latihan.
4. Modul Praktikum Keperawatan Dasar 2, membahas praktikum keperawatan dasar pada pemenuhan kebutuhan pengendalian infeksi, pengukuran *vital sign*, manajemen nyeri, *personal hygiene*, serta pemeriksaan dasar dan kolaboratif

Setelah mempelajari modul pada mata kuliah keperawatan dasar, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang konsep pemenuhan kebutuhan dasar pada klien dan menerapkan prosedur keperawatan dasar pada panthom atau probandus (klien model) dengan menggunakan proses keperawatan.

Untuk memudahkan Anda mengikuti proses pembelajaran dalam modul ini, maka silahkan Anda mengikuti langkah-langkah belajar sebagai berikut:

1. Pelajari secara berurutan Modul Ajar Keperawatan Dasar 1 dan Modul Ajar Keperawatan Dasar 2
2. Selanjutnya pelajari dengan seksama Modul Praktikum Keperawatan Dasar 1 dan Modul Praktikum Keperawatan Dasar 2, dan demonstrasikan dengan bermain peran bersama teman Anda di laboratorium keperawatan.
3. Bacalah dengan teliti setiap materi yang disampaikan dalam setiap kegiatan belajar.
4. Kerjakan latihan-latihan pada materi yang dibahas dan diskusikan dengan teman Anda atau fasilitator I tutor pada saat kegiatan tatap muka.
5. Buatlah ringkasan dari materi yang dibahas untuk memudahkan Anda mengingat.
6. Kerjakan test formatif sebagai evaluasi proses pembelajaran untuk setiap materi yang dibahas dan cocokkan jawaban Anda dengan kunci yang disediakan pada halaman terakhir modul.
7. Apabila Anda mengalami kesulitan maka diskusikan dengan teman Anda dan konsultasikan kepada fasilitator.
8. Keberhasilan proses belajar Anda dalam mempelajari materi dalam modul ini tergantung dari ketelitian dan kesungguhan Anda dalam mengerjakan latihan.
9. Rutinlah belajar dan berlatih baik secara mandiri maupun berkelompok dengan teman sejawat Anda.

Penulis berharap Anda dapat mengikuti keseluruhan modul dan kegiatan belajar dalam modul ini dengan baik.

MODUL 2

PRAKTIKUM TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PEMENUHAN KEBUTUHAN PENGENDALIAN INFEKSI, *VITAL SIGN*, MANAGEMEN NYERI, *PERSONAL HYGIENE*, DAN PEMERIKSAAN DASAR.

Saat ini Anda sedang mempelajari Modul Praktikum Keperawatan Dasar 2 pada pemenuhan kebutuhan pengendalian infeksi, vital sign, manajemen nyeri, *personal hygiene* dan pemeriksaan dasar. Modul ini akan membahas tentang bagaimana mempraktekkan tindakan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan pengendalian infeksi yaitu: cara mencuci tangan bersih dan steril, cara memakai sarung tangan, cara memakai masker dan *gown*; pemenuhan kebutuhan *vital sign* yaitu: pengukuran suhu, nadi, frekuensi pernapasan dan tekanan darah; pemenuhan kebutuhan manajemen nyeri yaitu: relaksasi napas dalam, relaksasi progresif, *guide imagery*, dan *massage* pada punggung (*back rub*); pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* yaitu: memandikan klien diatas tempat tidur, mencuci rambut, memotong kuku, *oral hygiene* pada klien sadar, *oral hygiene* pada klien tidak sadar, perawatan perineal, dan mengganti alat tenun dengan klien diatas tempat tidur; serta pemeriksaan dasar yaitu: pemeriksaan sampel darah, urine, faeces, pemeriksaan *rumple leed*, dan pemberian injeksi.

Praktikum ini didesain dalam laboratorium keperawatan dengan menggunakan studi kasus dan peralatan yang mendukung antara lain: phantom dan probandus (klien model). Mahasiswa dianjurkan untuk mendemonstrasikan tindakan sesuai dengan prosedur.

Setelah mempelajari modul ini diharapkan Anda mampu melaksanakan tindakan/keterampilan keperawatan dasar pada pemenuhan kebutuhan pengendalian infeksi, *vital sign*, manajemen nyeri, *personal hygiene* dan pemeriksaan dasar dan kolaboratif.

Fokus pembahasan pada Modul Praktikum Keperawatan Dasar 2 ini adalah bagaimana mahasiswa mempraktekkan tindakan keperawatan yang sering

dilakukan pada keperawatan dasar dalam pemenuhan pengendalian infeksi, *vital sign*, manajemen nyeri, *personal hygiene* serta pemeriksaan dasar dan kolaboratif.

Kegiatan Praktikum pada modul ini dibagi sebagai berikut:

- A. Kegiatan Praktikum 1: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan Pengendalian Infeksi.
- B. Kegiatan Praktikum 2: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan *Vital Sign*.
- C. Kegiatan Praktikum 3: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan Manajemen Nyeri.
- D. Kegiatan Praktikum 4: Praktikum Pemenuhan Kebutuhan *Personal Hygiene*.
- E. Kegiatan Praktikum 5: Praktikum Pemeriksaan Dasar dan Kolaboratif.

Modul ini merupakan pedoman praktikum yang penting digunakan saat Anda mencoba mempraktekkan tindakan-tindakan keperawatan. Modul ini berisi petunjuk praktek yang akan disajikan berdasarkan langkah-langkah dari setiap tindakan keperawatan yang dilakukan sehingga akan memberikan pengalaman kepada Anda dalam melakukan intervensi keperawatan sebagai bagian dari asuhan keperawatan pada pemenuhan kebutuhan pengendalian infeksi, *vital sign*, manajemen nyeri, *personal hygiene* dan pemeriksaan dasar.

Adapun hal-hal yang harus Anda persiapkan sebelum melakukan praktek adalah:

- 1. Baca petunjuk praktikum dengan teliti
- 2. Baca setiap langkah yang tercantum dalam SOP.
- 3. Siapkan peralatan dan bahan sesuai kebutuhan untuk setiap tindakan/keterampilan yang akan dipraktekkan.
- 4. Perhatikan demonstrasi dari tutor dengan baik
- 5. Praktekkan/demonstrasikan setiap tindakan sesuai dengan prosedur.
- 6. Catat kesulitan yang Anda alami dan diskusikan dengan teman atau tutor.

Kami berharap Anda dapat mengikuti keseluruhan kegiatan praktek dalam modul ini dengan baik.

KEGIATAN PRAKTIKUM 1

PRAKTIKUM PEMENUHAN PENGENDALIAN INFEKSI

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami konsep pemenuhan kebutuhan pengendalian infeksi dan memahami tehnik pengkajian dalam pemenuhan kebutuhan pengendalian infeksi.

Kegiatan praktikum1 pada Modul 2 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana memberikan tindakan keperawatan dasar dalam pemenuhan kebutuhan pengendalian infeksi selama berinteraksi dengan klien.

TUJUAN PEMBELAJARAN PRAKTIKUM

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 1 ini, diharapkan Anda dapat melakukan dengan tepat prosedur dibawah ini:

1. Mencuci tangan bersih
2. Mencuci tangan steril
3. Memakai sarung tangan
4. Memakai masker dan *gown*

POKOK MATERI

1. Mencuci Tangan Bersih

Selama proses keperawatan, perawat melakukan kontak dengan banyak klien dirumah sakit, oleh karena itu perawat harus menyadari dan mengetahui akan prinsip-prinsip aseptik sebagai upaya untuk menghindari transfer kuman dari klien ke perawat, dari perawat ke klien, dari perawat ke perawat lain atau petugas kesehatan lain, serta dari satu klien ke klien lainnya.

Suatu objek atau benda dikatakan terkontaminasi apabila objek tersebut menjadi tidak steril atau dicurigai mengandung kuman patogen, contoh: tempat tidur yang telah dipakai oleh klien, lantai dan kasa basah yang telah dipakai. Mata rantai infeksi yang paling mudah untuk diputus adalah mencegah cara penularan. Dalam perawatan kesehatan lingkungan, mencuci

tangan merupakan teknik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan penularan infeksi nosokomial.

Mencuci tangan harus dilakukan oleh perawat dengan tepat sesuai prinsip enam langkah sebelum dan sesudah perawat melakukan tindakan kepada klien dan kontak dengan klien. Mencuci tangan yang kurang tepat menyebabkan klien dan tenaga perawatan kesehatan beresiko terkena infeksi atau penyakit. Tenaga perawatan kesehatan yang mencuci tangan kurang adekuat dapat memindahkan organisme-organisme seperti *staphylococcus*, *eschericia coli*, *pseudomonas* dan *klebsiella* secara langsung kepada hospes yang rentan, yang menyebabkan infeksi nasokomial dan endemik pada semua jenis lingkungan klien.

Tujuan mencuci tangan

Tujuan mencuci tangan adalah menurunkan *bioburden* (jumlah mikroorganisme) pada tangan dan untuk mencegah penyebarannya ke area yang tidak terkontaminasi.

Alat dan bahan

- a. Sabun antimikroba,
- b. Handuk kertas atau *air dry*
- c. Wastafel dengan air mengalir

Prosedur Mencuci Tangan Bersih

- a. Identifikasi kebutuhan mencuci tangan, mencuci tangan harus dilakukan pada saat:
 - 1) Memulai dan mengakhiri dinas shift
 - 2) Sebelum dan sesudah kontak dengan klien
 - 3) Kontak dengan material organik atau terkontaminasi seperti benda terkontaminasi oleh cairan tubuh, sekret tubuh, kulit yang tidak utuh, peralatan, dan balutan luka.
 - 4) Sebelum berpindah dari bagian tubuh yang terkontaminasi ke bagian bersih selama perawatan klien
 - 5) Sebelum menyiapkan obat atau makan
 - 6) Setelah menggunakan toilet

- 7) Sebelum dan sesudah makan
 - 8) Sebelum memakai sarung tangan dan setelah memakai sarung tangan
- b. Membutuhkan waktu 40-60 detik
 - c. Persiapan tangan :
 - 1) Inspeksi permukaan tangan: adanya lesi pada kutikel dan tangan
 - 2) Melepas perhiasan: cincin, gelang
 - 3) Melipat lengan baju sampai pertengahan lengan bawah
 - d. Menyiapkan alat
 - e. Melakukan cuci tangan:
 - 1) Berdiri didepan wastafel (jaga tangan dan seragam jauh dari permukaan wastafel)
 - 2) Mengalirkan air (nyalakan kran atau dorong pedal lutut kesamping atau tekan pedal dengan kaki)
 - 3) Basahi tangan sampai atas pergelangan (tangan dan lengan bawah lebih rendah dari siku)
 - 4) Ambil 3-5 ml sabun antiseptik, dan sabuni tangan sampai pergelangan
 - 5) Mencuci tangan dengan sabun dan gesekan minimal 15 detik
 - 6) Cuci tangan enam (6) langkah, setiap gerakan minimal 5 kali:
 - a) Gosok telapak tangan dengan telapak tangan
 - b) Telapak tangan kanan diatas punggung tangan kiri dengan jari-jari menjalin dan sebaliknya
 - c) Telapak tangan ke telapak tangan dengan jari-jari menjalin
 - d) Punggung jari melawan telapak tangan dengan jari-jari menyambung satu sama lain (mengunci)
 - e) Menggosok secara berputar ibu jari kiri dalam telapak tangan kanan, dan sebaliknya
 - f) Gosokan memutar kedepan dan kebelakang dengan jari-jari tangan kanan terenggam dalam telapak tangan kiri dan sebaliknya

- g) Bilas tangan dan pergelangan tangan (tangan dibawah dan siku diatas)



Gb 1. Cara cuci tangan 6 langkah

2. Mencuci Tangan Steril

Mencuci tangan steril dan memakai *gown* steril harus dilakukan oleh petugas di ruang bedah dan perawat yang menjadi asisten pembedahan maupun menjadi perawat sirkuler yang bertugas menyediakan peralatan pembedahan di ruang bedah.

Prosedur:

- Mempersiapkan alat: agen anti mikroba, spon pencuci tangan prabedah, pembersih kuku yang terbuat dari plastik, handuk steril
- Melepaskan gelang cincin, dan jarum tangan
- Pastikan ujung kuku dalam keadaan pendek, bersih, dan sehat.
- Memeriksa kutikula, tangan, dan lengan atas terhadap sayatan atau lesi terbuka
- Nyalakan air dengan menggunakan kontrol kaki atau jari jika alat masih manual
- Basahi tangan dan lengan dibawah air hangat yang mengalir dan berikan sabun sampai 5 cm di atas siku (tangan harus berada di atas siku)
- Cuci tangan dan lengan secara keseluruhan dibawah air mengalir



Gb 2. Cuci tangan dengan air mengalir

- h. Membersihkan bagian bawah kuku kedua tangan dan tangkai pembersih kuku, membuang setelah digunakan.



Gb 3. Bersihkan kuku dengan pembersih kuku

- i. Membasahi spon bersih dan pakai agen antimikroba.
- j. Membagi setiap jari, tangan, dan lengan menjadi empat bagian.
- k. Mencuci keempat bagian samping dengan efektif.
- l. Menggosok kuku satu tangan sebanyak 15 kali.
- m. Menggosok telapak tangan, setiap sisi ibu jari dan jari dan bagian posterior tangan masing masing 10 kali.



Gb 4. Gosok tangan sampai lengan dengan agen anti mikroba

- n. Membagi lengan menjadi tiga bagian dan menggosok setiap bagian 10 kali.
- o. Bilas sikat dan ulangi untuk tangan yang lainnya
- p. Buang sikat, fleksikan tangan dan bilas dari ujung jari ke siku dalam satu gerakan yang berkelanjutan, biarkan air mengalir turun kesiku
- q. Matikan air dengan kontrol kaki/siku jika alat masih manual, dengan tangan tetap berada diatas pinggul dan terulur

- r. Pegang salah satu ujung handuk steril dan keringkan satu tangan mulai dari jari kesiku dengan gerakan berputar
- s. Ulangi gerakan pengeringan untuk tangan yang lainnya dengan menggunakan bagian belakang handuk atau menggunakan handuk steril yang baru
- t. Jatuhkan handuk kedalam keranjang kain atau ke tangan perawat sirkuler
- u. Jaga tangan tetap didepan dan jauh dari badan (jari diatas siku)

3. Memakai dan Melepaskan Sarung Tangan Steril

Prosedur:

- a. Menyiapkan sarung tangan sesuai ukuran
- b. Memakai sarung tangan
 - 1) Lepaskan jam tangan, cincin dan lengan pakaian panjang di tarik ke atas
 - 2) Mencuci tangan dan keringkan
 - 3) Buka pembungkus bagian luar dari kemasan sarung tangan dengan memisahkan sisi-sisinya
 - 4) Jaga agar sarung tangan tetap di atas permukaan bagian dalam pembungkus
 - 5) Identifikasi sarung tangan kiri dan kanan, gunakan sarung tangan pada tangan yang dominan terlebih dahulu
 - 6) Dengan ibu jari dan telunjuk serta jari tangan yang non dominan pegang tepi manset sarung tangan untuk menggunakan sarung tangan dominan
 - 7) Dengan tangan yang dominan dan bersarung tangan selipkan jari-jari ke dalam manset sarung tangan kedua
 - 8) Kenakan sarung tangan kedua pada tangan non dominan
 - 9) Jangan biarkan jari-jari tangan yang sudah bersarung tangan menyentuh setiap bagian atau benda yang terbuka



Gb 5. Langkah-langkah memakai sarung tangan steril

10) Setelah kedua tangan bersarung tangan tautkan kedua tangan

c. Melepas sarung tangan

Prosedur:

- 1) Pegang bagian luar dari satu sarung tangan dengan tangan bersarung tangan, hindari menyentuh pergelangan tangan, lepaskan sarung tangan dengan dibalik bagian luar kedalam, buang pada bengkok
- 2) Lalu dengan ibu jari atau telunjuk yang tidak memakai sarung tangan, ambil bagian dalam sarung tangan lepaskan sarung tangan kedua dengan bagian dalam keluar, buang pada bengkok



Gb 6. Cara melepas sarung tangan

4. Memakai Gown Steril

Prosedur:

- a. Pakai penutup kepala, masker, kacamata, dan penutup kaki
- b. Mencuci tangan steril
- c. Ambil paket gaun steril yang telah disiapkan perawat asisten (bagian dalam leher baju terlipat keluar):
 - 1) Angkat ke atas gaun yang terlipat dan mundur ke belakang menjauhi meja, pegang dibagian leher yang terlipat keluar dan pegang bagian dalam gaun tepat di bawah bagian leher
 - 2) Biarkan lipatan gaun panjang terbuka, jaga agar bagian dalam gaun menghadap tubuh. Jangan menyentuh bagian luar gaun dengan tangan telanjang.
 - 3) Dengan tangan setinggi bahu, masukkan kedua lengan ke dalam lubang lengan secara simultan. Minta perawat asisten untuk membawa gaun ke bahu dengan meraih bagian dalam jahitan lengan dan menarik gaun ke arah tubuh sehingga lengan baju menutupi tangan.
 - 4) Minta perawat asisten mengikat bagian belakang baju panjang dengan kancing pada bagian leher dan pinggul
- d. Memakai sarung tangan tertutup yang sudah disiapkan asisten :
 - 1) Dengan tangan yang tertutup oleh lengan gaun, buka paket sarung tangan steril bagian dalam
 - 2) Dengan tangan dominan yang berada dalam lengah gaun, ambil sarung tangan untuk tangan non dominan dengan memegang bagian pergelangan yang terlipat.
 - 3) Dorong lengan atas dengan telapak tangan menghadap ke atas dan tempatkan bagian telapak sarung tangan pada telapak dari tangan non dominan. Jari sarung tangan akan berada searah dengan siku.
 - 4) Pegang bagian belakang ujung sarung tangan dengan tangan dominan yang tertutup dan balikkan ujung tepi sarung tangan dan lengan gaun dari tangan non dominan.

- 5) Pegang bagian atas sarung tangan dan lengan baju panjang dengan tangan dominan yang tertutup. Dengan perlahan masukkan jari ke dalam sarung tangan, yakinkan bagian pergelangan sarung tangan menutupi bagian lengan gaun.



Gb 7. Memakai sarung tangan setelah memakai gown

- 6) Sarungkan tangan dominan dengan cara yang sama dengan tangan yang berlawanan, lalu gunakan tangan non dominan yang telah memakai sarung tangan untuk menarik sarung tangan. Jaga tangan berada di dalam lengan gaun
- 7) Pastikan bahwa seluruh jari telah masuk ke dalam ke dua sarung tangan.
- 8) Berikan tali pengikat kepada anggota tim steril yang masih ada. Lakukan gerakan berputar ke kiri sehingga punggung tertutup lembaran panjang dari gaun. Ambil tali belakang dari anggota tim dan ikatan ke gaun.



Gb 8. Pakaian steril lengkap

LATIHAN

Latihan Praktikum 1: Pemenuhan Pengendalian Infeksi

Ilustrasi kasus:

Nn. Synthia, 19 tahun, perawat muda akan melakukan tindakan perawatan luka pada klien di Ruang Cendana RSUD Kusuma Husada. Perawat melakukan persiapan sebelum melakukan perawatan luka.

Soal: Apakah tindakan keperawatan yang harus dilakukan oleh perawat Synthia? Lakukan prosedur cuci tangan bersih dan memakai sarung tangan steril!

Tugas:

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 2 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat dan observer secara bergantian. Mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan peran sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan catatan pada tool tindakan.
2. Lakukan prosedur cuci tangan bersih dan memakai sarung tangan steril, dimulai dari persiapan alat dan persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap).
3. Gunakan SOP yang sesuai untuk prosedur cuci tangan bersih dan memakai sarung tangan steril.

Petunjuk Evaluasi Latihan

1. Lakukan evaluasi praktikum latihan dengan menggunakan format penilaian cuci tangan bersih dan memakai sarung tangan steril yang telah disediakan.
2. Hitunglah skor yang Anda peroleh, ulang kembali apabila penilaian Anda masih kurang.

SOP Mencuci tangan bersih

NO	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	YA	TIDAK
A.	FASE PRA INTERAKSI			
	Mempersiapkan alat: sabun	3		
B.	FASE KERJA			
	1. Lepaskan cincin, jam tangan dan gelang	6		
	2. Basahi kedua tangan dengan menggunakan air mengalir sampai siku,	6		
	3. Ambil sabun dan ratakan dengan kedua telapak tangan.	6		
	4. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.	7		
	5. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari.	7		
	6. Gosok jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.	7		
	7. Gosok ibu jari kiri putar dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya.	7		
	8. Gosok dengan memutar ujung jari-jari di telapak tangan kiri dan sebaliknya.	7		
	9. Membilas tangan dan lengan secara terpisah dengan air mengalir	7		
	10. Setelah bersih tahan kedua tangan mengarah ketas sebatas siku.	7		
	11. Jangan biarkan air bilasan mengalir ke area bersih.	6		
	12. Keringkan tangan mulai dari ujung jari sampai dengan siku.	6		
	13. Untuk tangan yang berbeda gunakan sisi handuk yang berbeda.	6		
	14. Gunakan handuk sekali pakai atau tissue towel untuk menutup kran.	6		
C.	FASE TERMINASI			
	Melakukan evaluasi tindakan	3		
D.	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN			
	Ketenangan	3		
Total		100		

SOP Menggunakan Sarung Tangan Steril

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
A.	Fase Pra Interaksi			
	Persiapan alat: Sarung tangan steril dan tidak steril sesuai ukuran	3		
B.	Fase Orientasi			
	Menyiapkan peralatan yang dibutuhkan	3		
C.	Fase Kerja			
	1. Mencuci tangan	10		
	2. Buka pembungkus kemasan bagian luar dengan hati-hati dan menyibakannya kesamping	15		
	3. Pertahankan sarung tangan pada permukaan dalam pembungkus tetap bersih atau steril	20		
	4. Memegang tepi sarung tangan dan masukkan jari tangan sesuai, pastikan ibu jari dan jari lainnya pada posisi yang tepat	20		
	5. Memastikan setelah keduanya terpasang, tangkupkan dan yakinkan hanya menyentuh pada bagian yang steril saja untuk prinsip steril	17		
D.	Tahap Terminasi			
	1. Mengevaluasi hasil tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
E.	Penampilan			
	Ketenangan dan keamanan selama melakukan tindakan	3		
Total		100		

RANGKUMAN

Pemenuhan pengendalian infeksi bertujuan untuk menjaga agar tidak terjadi kontaminasi silang pada saat hospitalisasi baik dari petugas ke klien, dari klien kepada petugas kesehatan, antar klien, dan antar petugas kesehatan. Pengendalian infeksi ini merupakan bagian dari intervensi manajemen *safety* di rumah sakit.

TEST FORMATIF 1

1. Mencuci tangan dilakukan pada kondisi dibawah ini, kecuali:
 - A. Kontak dengan material organik atau terkontaminasi
 - B. Sebelum berpindah dari bagian tubuh yang terkontaminasi ke bagian bersih selama perawatan klien
 - C. Sebelum menyiapkan obat atau makan
 - D. Setelah menggunakan toilet
 - E. Setelah memakai sarung tangan
2. Cuci tangan bersih terdiri dari ... langkah
 - A. 5
 - B. 6
 - C. 7
 - D. 8
 - E. 9
3. Sarung tangan steril dipakai pada saat:
 - A. Melakukan tindakan dengan prinsip steril
 - B. Sebelum melakukan pemasangan infus
 - C. Setelah melakukan tindakan steril
 - D. Melakukan pemberian injeksi intra selang
 - E. Melakukan *oral hygiene*

UJI KETRAMPILAN

Soal kasus:

Seorang perawat akan melakukan tindakan pemeriksaan *vital sign*. Sebelum melakukan tindakan apakah yang harus dilakukan oleh perawat?

Tugas:

1. Lakukan tindakan keperawatan untuk menjawab pertanyaan diatas.
2. Gunakan SOP secara tepat.

UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT

Pada saat melakukan uji ketrampilan, mintalah temanmu untuk menilai dengan menggunakan tool sesuai dengan SOP yang tepat, nilai berdasarkan hasil tindakan yang telah benar dilakukan dikalikan bobot yang tersedia.

KEGIATAN PRAKTIKUM 2

PRAKTIKUM PENGUKURAN *VITAL SIGN*

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami konsep pemenuhan pengendalian infeksi dan memahami kegiatan praktikum 1.

Kegiatan praktikum 2 akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana melakukan tindakan keperawatan untuk memenuhi pemeriksaan *vital sign*, yang meliputi: pengukuran suhu tubuh, pernapasan, nadi dan tekanan darah.

TUJUAN PEMBELAJARAN PRAKTIKUM

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 2 ini, diharapkan Anda dapat melakukan pemeriksaan *vital sign* yang terdiri dari pengukuran:

1. Suhu tubuh
2. Denyut nadi/ *Heart Rate* (HR)
3. Frekuensi pernapasan (RR)
4. Tekanan darah

POKOK MATERI

1. Suhu Tubuh

Suhu tubuh adalah standar ukuran yang digunakan untuk melihat kemampuan tubuh melakukan pengaturan panas. Respon tubuh terhadap penyakit yang paling umum dimulai dengan terjadinya perubahan suhu tubuh.

Peningkatan suhu tubuh disebabkan oleh peningkatan titik pengaturan suhu (set point) di hipotalamus. Demam memiliki pola tertentu yang merupakan indikasi dari suatu penyakit. Apabila fluktuasi suhu lebih dari 1 °C dalam 24 jam maka demam disebut dengan *remitten* sedangkan apabila mempunyai pola peningkatan suhu hanya terjadi pada satu periode tertentu dan siklus berikutnya kembali normal maka disebut *intermittent*.

Klasifikasi suhu adalah sebagai berikut:

- a. Hipotermia (dewasa $<35^{\circ}\text{C}$, bayi dan anak $\leq 36^{\circ}\text{C}$, hipotermia ekstrem pada bayi dan anakyaitu apabila suhu $<35,5^{\circ}\text{C}$)
- b. Normal (dewasa $36-37^{\circ}\text{C}$, bayi dan anak $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$)
- c. Pireksia/febris ($38-41^{\circ}\text{C}$)
- d. Hipertermia/ hiperpireksia ($>41,1^{\circ}\text{C}$)

Lokasi pengukuran suhu tubuh sebagai berikut:

- a. Mulut (oral) → tidak boleh dilakukan pada anak/bayi,
- b. Anus (rectal) → tidak boleh dilakukan pada klien dengan diare,
- c. Ketiak (aksila), telinga (timpani/aural/otic) dan dahi (arteri temporalis).

Tabel 1. Perbedaan suhu tubuh berdasarkan lokasi pengukuran

Lokasi pengukuran suhu	Perbedaan hasil temperatur
Suhu axila	Lebih rendah 10°C dari suhu oral
Suhu rektal	Lebih tinggi $0.4-0.5^{\circ}\text{C}$ dari suhu oral
Suhu aural/timpani	Lebih tinggi 0.8°C dari suhu oral

Macam-macam termometer:

- a. Termometer air raksa: termometer air raksa tidak lagi dianjurkan untuk digunakan karena bisa pecah dan membuat air raksa yang beracun ini menguap dan terhirup.
- b. Termometer digital: termometer digital terbuat dari plastik dan berbentuk seperti pensil, termometer ini menggunakan sensor panas elektronik untuk merekam suhu tubuh baik melalui mulut, ketiak, atau dubur.
- c. Termometer digital telinga atau termometer timpani (*tympanic thermometer*): termometer ini menggunakan sinar inframerah untuk mengukur suhu di dalam liang telinga. Ketepatan pengukuran termometer ini dapat terganggu jika terhalang kotoran telinga, atau lengkungan saluran telinga.
- d. Termometer dot digital: termometer dot digital cocok digunakan pada anak-anak yang menggunakan dot. Anak tinggal mengisap dot sampai

suhu yang paling tinggi muncul, sekitar 3-5 menit. Termometer ini memakan waktu lebih lama dalam pengukuran dan tidak seakurat jenis lainnya.

- e. Termometer arteri temporal (*temporal artery thermometer*): termometer jenis ini menggunakan inframerah untuk mengukur suhu dari arteri temporal.



Gb. 9. Termometer arteri temporal

- f. Termometer dahi: termometer ini terbuat dari plastik tipis dengan angka-angka tertulis pada plastik, cara penggunaannya tinggal menempelkan termometer pada dahi, termometer akan berubah warna atau menyala pada angka sesuai dengan suhu tubuh.

2. Frekuensi Nadi

Frekuensi denyut nadi dihitung dalam 1 menit, normal nadi adalah 60-100 x/menit pada orang dewasa.

Takikardi adalah denyut nadi diatas normal yaitu pada orang dewasa > 100 x/menit dan *Bradikardi* apabila denyut nadi kurang dari normal yaitu < 60 x/menit.

Lokasi pemeriksaan denyut nadi diantaranya :

- a. Arteri radialis
- b. Arteri ulnaris
- c. Arteri brachialis
- d. Arteri karotis
- e. Arteri temporalis superfisial
- f. Arteri maksiliaris eksterna
- g. Arteri femoralis

- h. Arteri dorsalis pedis
- i. Arteri tibialis posterior

3. *Respiration Rate (RR)/ Frekuensi Pernapasan*

Frekuensi pernapasan adalah jumlah kecepatan atau intensitas memasukkan dan mengeluarkan udara per menit, dari dalam ke luar tubuh dan dari luar ke dalam tubuh. Pada umumnya intensitas pernapasan pada manusia berkisar antara 16-24 kali per menit pada orang dewasa.

Beberapa aspek yang dinilai pada pengukuran pernapasan adalah: tipe pernapasan, frekuensi, kedalaman dan suara napas.

Respirasi normal/ *eupnea*: 16-24 x/mnt

Takipnea : RR > 24 x/menit

Bradipnea : RR < 10 x/menit

4. Tekanan Darah (TD)

Tekanan darah memiliki 2 komponen yaitu sistolik dan diastolik. Pada waktu ventrikel berkonstraksi, darah akan dipompakan ke seluruh tubuh. Keadaan ini disebut sistolik, dan tekanan aliran darah pada saat itu disebut tekanan darah sistolik. Pada saat ventrikel sedang rileks, darah dari atrium masuk ke ventrikel, tekanan aliran darah pada waktu ventrikel sedang rileks disebut tekanan darah diastolik.

Tabel.2. Kategori tekanan darah pada orang dewasa

Kategori	TD Sistolik (mmHg)	TD Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Hipertensi (derajat 1)	140-159	90-99
Hipertensi (derajat 2)	>160	>100

Prosedur Pengukuran Tanda-tanda Vital (suhu aksila, nadi, pernapasan dan tekanan darah):

- a. Menyiapkan alat: sphygmomanometer, stethoscope, tissue, termometer, arloji/jam tangan, sarung tangan bersih, desinfektan (alkohol swab), buku catatan dan pensil, bengkok
- b. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan
- c. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri, melakukan cek identifikasi klien dengan gelang identitas
- d. Melakukan interaksi terapeutik: menjelaskan tujuan dan prosedur dengan jelas
- e. Mempersiapkan klien: posisi yang tepat (berbaring atau duduk)
- f. Melakukan pemeriksaan suhu aksila:**
 - 1) Berdoa sebelum memulai tindakan
 - 2) Siapkan termometer: mengibaskan termometer sampai air raksa dibawah 35°C (untuk termometer air raksa)
 - 3) Buka aksila pada lengan yang jauh dengan perawat, pastikan aksila kering (usap dengan tissue), tempatkan termometer ditengah aksila klien
 - 4) Biarkan 1-2 menit untuk termometer digital (alarm berbunyi)
 - 5) Baca termometer selevel mata dan putar sampai garis air raksa terlihat jelas
- g. Pengukuran denyut nadi radial**
 - 1) Tempatkan 2 atau 3 jari tengah pada nadi radialis, tekan dengan lembut sampai denyut teraba



Gb.10. Menempatkan dua jari pada nadi radialis

- 2) Gunakan jam detik, hitung denyut selama satu menit (pemeriksaan awal); kaji irama dan amplitude (0-3), Nilai normal nadi adalah 60-100 x/menit

h. Pengukuran pernapasan

- 1) Hitung pernapasan dengan melihat turun naiknya dada sebagai satu kali pernapasan, sambil tangan dominan perawat memegang pergelangan tangan klien (siklus inspirasi dan ekspirasi = satu kali pernapasan)
- 2) Hitung selama 60 detik bila pernapasan tidak teratur (*irreguler*) atau 30 detik dikalikan dua bila pernapasan teratur (*reguler*) pada klien dewasa.
- 3) Catat kecepatan, keteraturan irama dan kemudahan bernapas (Nilai normal adalah 16-24 kali permenit)

i. Pengukuran tekanan darah

- 1) Menggulung lengan baju sampai manset tidak terhalang
- 2) Pasang manset: 2,5-4 cm diatas *fossa cubity*
- 3) Raba denyut arteria brachialis dan letakkan diafragma stetoskop diatas tempat denyut nadi tanpa menekan.

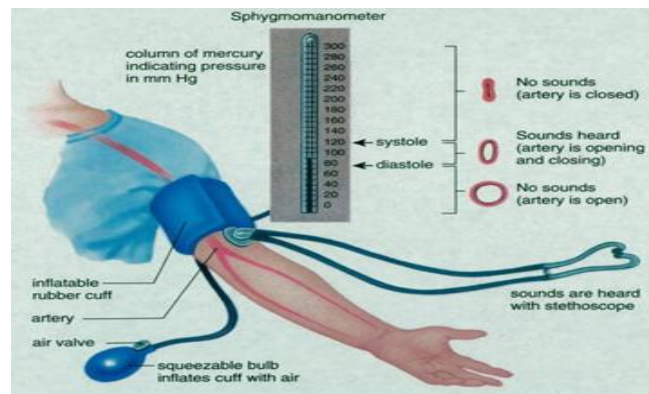


Gb.11.Cara memasang manset dan meletakkan diafragma stetoskop

- 4) Menutup sekrup balon, membuka pengunci air raksa/jarum, dan memompa manset

5) Auskultasi tekanan darah klien:

- a) Pompa balon sampai 20-30 mmHg diatas titik dimana arteri brachial/radial tidak teraba
- b) Lepaskan katub perlahan 2-3 mmHg
- c) Dengarkan bunyi denyut pertama (sistole) dan terakhir (diastole)
- d) Turunkan manset dengan cepat dan lepaskan manset



Gb 12. Auskultasi tekanan darah.

j. Lanjutkan pengukuran suhu aksila

- 1) Mengambil dan melap termometer dengan tissue kering kearah reservoir dan membaca hasilnya
- 2) Membersihkan termometer: mencelupkan kedalam air sabun, air bersih, larutan desinfektan, dan kedalam air bersih atau bersihkan termometer dengan alkohol swab
- 3) Keringkan termometer dengan tissue dan turunkan air raksa (untuk termometer kaca) kemudian disimpan
- 4) Merapikan klien dan menyampaikan hasil tindakan, mencuci tangan dan membaca doa
- 5) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan

LATIHAN

Latihan Praktikum 2: Pengukuran *Vital Sign*

Ilustrasi kasus:

Tn. Sardi, 38 tahun, dibawa ke RSUD Kusuma Husada karena sudah dua hari demam dan mengeluh kepala pening berputar-putar. Perawat melakukan pengkajian dengan melakukan pengukuran *vital sign*.

Soal: Bagaimana prosedur pengukuran *vital sign*?

Tugas:

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 3 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai probandus, perawat dan observer secara bergantian. Mahasiswa yang berperan sebagai probandus maka dia berperan sebagai klien yang sakit yang akan melakukan kegiatan yang diinstruksikan oleh perawat, peran perawat akan melakukan prosedur, dan peran sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada tool tindakan.
2. Lakukan prosedur pengukuran *vital sign*, dimulai dari persiapan alat dan persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap).
3. Gunakan SOP yang sesuai untuk prosedur pengukuran *vital sign*.

Petunjuk Evaluasi Latihan

1. Lakukan evaluasi praktikum latihan dengan menggunakan format penilaian pengukuran *vital sign* yang telah disediakan.
2. Hitunglah skor yang Anda peroleh, ulang kembali apabila penilaian Anda masih kurang.

RANGKUMAN

Pengukuran *vital sign* merupakan tindakan yang penting, untuk melakukan validasi terhadap keluhan klien dan mengetahui keadaan klien apakah normal ataukah mengalami gangguan. Pengukuran yang tepat akan membantu menemukan masalah klien secara akurat.

TEST FORMATIF 2

1. Pengukuran nadi lazim dilakukan di daerah pergelangan tangan, yaitu pada arteri:
 - A. Radialis
 - B. Ulnaris
 - C. Brachialis
 - D. Karotis
 - E. Dorsalis pedis
2. Frekuensi pernapasan yang normal pada orang dewasa adalah:
 - A. 12-16 x/menit
 - B. 16-24 x/menit
 - C. 12-24 x/menit
 - D. 16-28 x/menit
 - E. 20-30 x/menit
3. Pengukuran vital sign sebaiknya dilakukan dalam posisi:
 - A. Berdiri
 - B. Duduk atau berbaring
 - C. Telungkup
 - D. Hiperekstensi
 - E. Miring

UJI KETRAMPILAN

Soal kasus:

Ny. Salesmi, usia 53 tahun, 5 jam yang lalu jatuh dari lantai 2, ada riwayat tidak sadarkan diri, saat ini mengeluh pusing kepala dan nyeri di seluruh tubuh. Tindakan apakah yang harus dilakukan oleh perawat kepada Ny. Salesmi sebagai pengkajian awal?

Tugas:

1. Lakukan tindakan keperawatan pengukuran vital sign pada Ny. Salesmi!
2. Gunakan SOP secara tepat.

SOP Pengukuran Tanda-tanda Vital

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	Persiapan Alat: sphygmomanometer, stethoscope, tissue, termometer, arloji/jam tangan, sarung tangan bersih, desinfektan (alkohol swab), buku catatan dan pensil, bengkok	3		
A.	Tahap Prainteraksi			
	1.Lakukan verifikasi kebutuhan pemeriksaan	3		
	2.Siapkan alat-alat	2		
B.	Tahap Orientasi			
	1. Memberi salam pada klien	2		
	2. Memperkenalkan diri perawat, melakukan identifikasi klien dan cek gelang identitas klien	3		
	3. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga	2		
C.	Tahap Kerja			
	1. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan bersih	3		
	2. Memposisikan klien: berbaring atau duduk	2		
	Melakukan pemeriksaan suhu aksila			
	3. Menyiapkan termometer: bersihkan thermometer menggunakan alcohol swab sari ujung keatas, mengibaskan termometer sampai air raksa dibawah 35°C (untuk termometer air raksa)	3		
	4. Buka aksila pada lengan yang jauh dengan perawat, pastikan aksila kering (usap dengan tissue), tempatkan termometer ditengah aksila klien	3		
	5. Biarkan 1-2 menit untuk termometer digital (alarm berbunyi) dan 5 menit untuk thermometer air raksa	3		
	6. Baca termometer digital dan lanjutkan pemeriksaan tanda vital lain pada termometer air raksa non digital	3		
	Melakukan pemeriksaan nadi			
	7. Tempatkan 2 atau 3 jari tengah pada nadi radialis, tekan dengan lembut sampai denyut teraba	3		
	8. Gunakan jam detik, hitung denyut selama satu menit (pemeriksaan awal); kaji irama dan amplitude (0-3)	2		
	Mengukur frekuensi pernapasan			
	9. Hitung pernapasan dengan melihat turun naiknya dada sebagai satu kali pernapasan, tangan dominan perawat memegang pergelangan tangan klien	5		
	10. Hitung selama 60 detik bila pernapasan tidak teratur atau 30 detik dikalikan dua bila pernapasan teratur	3		
	Mengukur tekanan darah			
	11. Menggulung lengan baju keatas	2		
	12. Pasang manset: 2,5-4 cm diatas <i>fossa cubity</i>	3		
	13. Menggunakan tangan dominan, raba denyut arteria brachialis dan letakkan diafragma stetoskop diatas tempat denyut nadi tanpa menekan	3		
	14. Tangan non dominan menutup sekrup balon, membuka pengunci air raksa/jarum, dan memompa manset	2		
	15. Pompa balon sampai 20-30 mmHg diatas titik dimana arteri brachial/radial tidak teraba	2		

	16. Pasang stetoskop pada telinga perawat dan lakukan auskultasi	3		
	17. Pompa lagi balon sampai 20-30 mmHg diatas titik dimana arteri brachial/radial tidak teraba dan lepaskan katub perlahan 2-3 mmHg	3		
	18. Dengarkan bunyi denyut pertama (<i>sistole</i>) dan terakhir (<i>diastole</i>)	3		
	19. Turunkan manset dengan cepat dan lepaskan manset	2		
	Lanjutkan pengukuran suhu aksila			
	20. Pada termometer air raksa: ambil dan lap termometer dengan tissue kering kearah reservoir dan membaca hasilnya	3		
	21. Membersihkan termometer menggunakan alkohol swab dari atas kebawah	3		
	22. Keringkan termometer dengan tissue dan turunkan air raksa (untuk termometer kaca) kemudian disimpan	3		
	23. Menyampaikan dan mendokumentasikan hasil pemeriksaan	5		
	24. Merapikan alat dan mencuci tangan	3		
D.	Terminasi			
	1.Melakukan evaluasi tindakan	2		
	2.Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	2		
	3.Berpamitan	2		
E.	Penampilan			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Keamanan dan ketelitian dalam melakukan tindakan	3		
Total		100		

UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT

Pada saat melakukan uji ketrampilan, mintalah temanmu untuk menilai dengan menggunakan tool sesuai dengan SOP yang tepat, nilai berdasarkan hasil tindakan yang telah benar dilakukan dikalikan bobot yang tersedia.

KEGIATAN PRAKTIKUM 3

PRAKTIKUM MANAGEMEN NYERI

Sebelum mengikuti kegiatan praktek ini, pastikan bahwa Anda telah memahami konseppemenuhan pengendalian infeksi dan pemeriksaan *vital sign* pada praktikum 1 dan 2.

Kegiatan praktikum 3 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda tentang bagaimana mengelola nyeri dengan menggunakan: relaksasi napas dalam, relaksasi progresif, *guided imagery* dan *massage* pada punggung (*back rub*).

TUJUAN PEMBELAJARAN PRAKTIKUM

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 3 ini, diharapkan Anda dapat melakukan prosedur:

1. Relaksasi napas dalam
2. Relaksasi progresif
3. *Guide imagery*
4. *Massage* pada punggung (*back rub*)

POKOK MATERI

1. Relaksasi Napas Dalam

Tehnik relaksasi adalah suatu cara merilekskan ketegangan otot, merupakan metode efektif dalam penatalaksanaan klien yang mengalami nyeri.

Tujuan:

- a. Mengurangi dan mengatasi nyeri ringan dan sedang serta nyeri kronis.
- b. Menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernapasan, frekuensi jantung, dan ketegangan otot
- c. Mengurangi ansietas
- d. Meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah

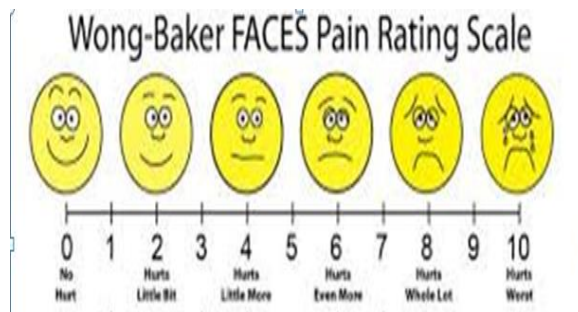
Prosedur:

- a. Mencuci tangan, keringkan dan memakai handsoen

b. Mengkaji klien :

1) Mengkaji skala nyeri klien:

- a) Dewasa menggunakan Skala numerik Numerik 0-10
- b) Anak 0-5 tahun menggunakan Wong Baker FACES



Gb 13. Pengkajian nyeri FACES pada anak

- 2) Mengkaji ekspresi wajah dan indikasi ketidaknyamanan secara verbal (antara lain: wajah meringis, menangis, suara mengerang, tonus suara meninggi, posisi tubuh, gerakan)
- 3) Mengkaji karakteristik pernapasan
- 4) Mengkaji penyebab nyeri dan tempat nyeri
- c. Mempersiapkan lingkungan: mengontrol pencahayaan, membatasi pengunjung, suhu nyaman, menutup pintu dan korden
- f. Perintahkan klien untuk duduk nyaman dengan kaki tidak disilang atau posisi supine dengan bantal kecil dibawah kepala
- g. Tempatkan satu tangan klien di dada dan tangan lain di abdomen
- h. Melatih klien untuk menghirup napas dalam melalui hidung, biarkan abdomen naik dan tangan bergerak keluar
- i. Meminta klien untuk melanjutkan bernapas dan membiarkan dada mengembang bergerak keatas, tangan arah luar
- j. Tahan beberapa detik
- k. Minta klien menghembuskan napas perlahan melalui bibir dikerutkan perlahan, kontrol pelepasan udara



Gb 14. Menghembuskan napas melalui bibir

- l. Ulangi 4-6 menit
- m. Mengobservasi respirasi klien, posisi tubuh, ekspresi wajah, tonus suara, mood, ketidaknyamanan verbal maupun non verbal
- n. Meminta klien untuk menskor skala nyeri dari 0-10
- o. Menganjurkan klien melakukan teknik relaksasi pada waktu stres.
- p. Mendokumentasikan: waktu, tanggal, respon klien, skala nyeri
- q. Mencuci tangan dan membaca doa

2. Relaksasi Otot Progresif

Relaksasi otot progresif atau *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) adalah suatu metode non-farmakologis untuk relaksasi otot yang dalam. Ketegangan otot merupakan respons psikologis tubuh terhadap pikiran-pikiran yang memicu kecemasan, melakukan relaksasi otot dapat menghambat kecemasan.

Tujuan:

- a. Mengurangi dan mengatasi nyeri ringan dan sedang serta nyeri kronis.
- b. Mengurangi ansietas

Prosedur:

- a. Mencuci tangan, keringkan dan memakai handscoen
- b. Mengkaji klien: (seperti pada relaksasi napas dalam)
- c. Mempersiapkan lingkungan: mengontrol pencahayaan dan membatasi pengunjung, suhu nyaman, menutup pintu dan korden
- d. Minta klien untuk mengambil posisi duduk yang nyaman atau sesuai keinginan klien
- e. Minta klien mengambil napas perlahan beberapa kali, napas dalam diafragma
- f. Minta klien menutup mata

- g. Minta klien melakukan napas teratur
 - 1) Melatih klien melokalisir ketegangan otot dan bergantian mengencangkan dan merelaksasikan otot kaki 6-7 detik (hitung 1-7)
 - 2) Minta klien mengencangkan otot selama inhalasi dan merelaksasikan otot selama ekhalasi
 - 3) Minta klien menikmati perasaan rileks dan biarkan pikiran mengalir memikirkan betapa nikmatnya dirilekskan, minta klien bernapas dalam
- h. Ulangi prosedur diatas untuk otot bahu



Gb 15.Mengencangkanotot bahu

- i. Ulangi prosedur untuk otot lengan



Gb 16.Mengencangkan otot lengan

- j. Ulangi prosedur diatas untuk otot kepala
- k. Setelah selesai, minta klien menarik napas dalam, menghembuskan dan bergerak perlahan beberapa menit
- l. Mengobservasi respirasi klien, posisi tubuh, ekspresi wajah, tonus suara, mood, ketidaknyamanan verbal non verbal
- m. Meminta klien untuk menskor skala nyeri dari 0-10
- n. Meminta klien mendemonstrasikan teknik relaksasi pada waktu stres
- o. Mengembalikan peralatan
- p. Mendokumentasikan: waktu, tanggal, respon klien, skala nyeri

3. *Guided Imagery*

Guided imagery adalah teknik untuk membimbing dan mengarahkan seseorang kepada imajinasi yang menyenangkan menggunakan *audio visual kinestetik*.

Tujuan: mengurangi rasa nyeri, memberikan kenyamanan dan ketenangan.

Prosedur:

- a. Menyiapkan peralatan: Audio tape, tape player, DVD
- b. Mencuci tangan, keringkan dan memakai handsoen
- c. Mengkaji klien: (seperti pada relaksasi napas dalam)
- d. Mengkaji tipe “*image*” yang disukai klien untuk digunakan dalam *guided imagery*
- e. Mempersiapkan lingkungan: mengontrol pencahayaan dan membatasi pengunjung, suhu nyaman, menutup pintu dan korden
- i. Mengarahkan klien melakukan latihan: minta klien membayangkan bahwa udara yang dihirup adalah sebuah bola energi penyembuh
- j. Minta klien membayangkan udara yang dihirup mengalir berjalan ke area nyeri
- k. Minta klien mulai bernapas dalam perlahan, menutup mata
- l. Minta klien memikirkan sedang berada di tempat yang menyenangkan (pantai, taman bunga, gunung)
- m. Arahkan klien untuk merasakan semua aspek sensory ditempat tersebut (misalnya udara yang nyaman, suara ombak, suara gemericik air, burung, dan lain-lain)
- n. Arahkan klien untuk melanjutkan napas dalam, pelan, teratur agar mencapai relaksasi
- o. Dampingi klien sampai mencapai relaksasi
- p. Mengarahkan klien menghitung sampai tiga, tarik napas dan buka mata. Mengakhiri pengalaman. “Rasakan kenyamanan dan relaksasi, saat kamu membuka mata, kamu akan merasa siap dan segar kembali”, tarik napas dalam, sadar dimana kamu sekarang, peregangannya perlahan dan membuka mata

- q. Mengobservasi respirasi klien, posisi tubuh, ekspresi wajah, tonus suara, mood, ketidaknyamanan verbal non verbal
- r. Meminta klien untuk menskor skala nyeri dari 0-10
- s. Menganjurkan klien melakukan *guide imagery* pada waktu merasakan ketidaknyamanan
- t. Mengembalikan peralatan
- u. Mendokumentasikan: waktu, tanggal, respon klien, skala nyeri
- v. Mencuci tangan dan membaca doa

4. *Massage pada punggung (back rub)*

Massage adalah gerakan memijat dengan menggunakan beberapa tehnik. Pijatan ini bisa bermanfaat untuk kesehatan, antara lain mengurangi rasa nyeri, melancarkan peredaran tubuh, mengurangi ansietas dan meningkatkan rileksasi.

Back rub (massage punggung) adalah suatu bentuk *massage* pada punggung yang bertujuan untuk merelaksasi dan mengurangi tekanan. Gosokan pada punggung dari prosedur ini akan menghasilkan panas pada permukaan kulit dan dilatasi pembuluh-pembuluh darah sehingga akan meningkatkan *supplai* darah ke daerah tersebut. Pada klien yang harus istirahat di tempat tidur sering mengalami penekanan di daerah punggung, maka dibutuhkan tindakan yang bertujuan agar otot-otot relaksasi, stimulasi ini juga bermanfaat agar jaringan mendapatkan nutrisi dan oksigen. Back rub juga bisa dilakukan pada saat setelah memandikan klien.

Prosedur tindakan:

- a. Mempersiapkan alat: musik, lotion, handuk, baju ganti
- b. Memulai tindakan dengan membaca doa
- c. Mencuci tangan, keringkan dan memakai handscoen
- d. Mengkaji klien: (seperti pada relaksasi napas dalam)
- e. Menutup pintu ruangan dan korden
- f. Mengajarkan klien cara menggunakan skala nyeri (menjelaskan rentang intensitas skor nyeri)

- g. Mempersiapkan lingkungan: menaikkan tempat tidur pada posisi kerja yang nyaman, setinggi siku perawat dan menurunkan *side rail*
- h. Menempatkan klien pada posisi nyaman: *prone* atau *side lying* (jika klien mengalami kesulitan bernapas maka berbaring miring dengan kepala tempat tidur dinaikkan); membuka selimut dan baju klien didaerah punggung hanya daerah yang akan dilakukan *massage*, yaitu dari bahu ke area sakrum. Menyelimuti klien dengan selimut mandi sesuai kebutuhan.
- i. Menyalakan musik lembut dan menyenangkan sesuai kesukaan klien
- j. Memastikan klien tidak alergi terhadap lotion; menghangatkan lotion ditelapak tangan perawat, atau menempatkan botol di waskom kecil berisi air hangat
- k. Mendorong klien bernapas dalam, pelan dan rileks selama *massage*
- l. Selama *massage*, observasi kulit klien adanya kemerahan atau area terbuka. Perhatikan terutama kulit diatas tulang menonjol
- m. Memijat Punggung
 - 1) Menggunakan satu tangan untuk area sakrum, memijat dengan gerakan sirkuler
 - 2) Menekan kearah atas dari bokong ke bahu. Memijat bagian atas skapula dengan lembut, dan gerakan kuat. Lanjutkan dengan gerakan lembut pada lengan atas dan bagian lateral punggung bawah ke *iliac crest*
 - 3) Melanjutkan *massage* selama 3 menit
 - 4) Menggunakan *effleurage* sepanjang otot pada tulang belakang dengan gerakan kearah atas dan keluar
 - 5) Menggunakan *petrissage* pada otot setiap bahu kearah depan klien
 - 6) Menggunakan telapak tangan dengan gerakan sirkuler kearah atas dan keluar dari bawah ke leher
 - 7) Menggunakan gerakan *friction*, Meremas otot punggung atas dan bahu dengan jari telunjuk
 - 8) Menggunakan kedua tangan untuk meremas otot satu sisi punggung, kemudian sisi yang lain

- 9) Selanjutnya melakukan gerakan *tapotement*, dengan *cupping*, *hacking* dan *pincing*
 - 10) Mengakhiri massage dengan gerakan *effleurage* menekan dan memanjang
- n. Menggunakan handuk untuk mengeringkan dan membersihkan lotion, mengatakan bahwa *massage* selesai dan meminta klien menarik napas dalam, minta klien bergerak perlahan setelah istirahat beberapa menit
 - o. Melepas sarung tangan, membantu memakai baju dan selimut, menaikkan pembatas tempat tidur, dan menurunkan bed.
 - p. Membantu klien pada posisi nyaman, mencuci tangan
 - r. Mengevaluasi respon klien dan mengkaji kembali tingkat nyeri dan mengucapkan doa
 - s. Mendokumentasikan tindakan

Keterangan:

a. ***Effleurage*:**

Gerakan *massaged* dengan memijat menggunakan seluruh tangan, menekan dengan gerakan meluncur dan irama panjang; gerakan penekanan kuat diarahkan ke jantung untuk membantu aliran darah balik; tekanan ringan saat gerakan menjauh dari jantung.



Gb 17. Gerakan *effleurage*

b. ***Petrissage***

Gerakan memijat dengan cara menekan, meremas, dan menggulung dengan dua tangan, bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi dalam, gerakan bentuk C menstimulasi otot tubuh dan meningkatkan relaksasi otot.

c. Friction

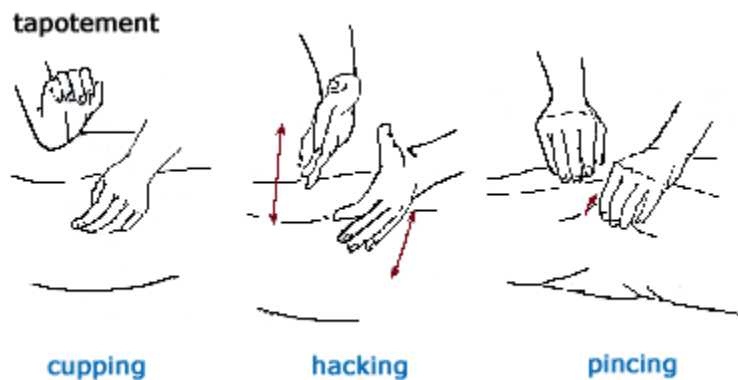
Gerakan memijat menggunakan bantalan ibu jari, tumit tangan, atau ujung jari, melakukan gerakan sirkuler, dalam dan fokus. Selanjutnya gerakan menembus lapisan otot lebih dalam, dilakukan setelah *effleurage and petrissage*.



Gb 18. Gerakan *friction*

d. Tapotement

Gerakan memijat dengan menggunakan pukulan ringan yang dilakukan secara berirama yang ditujukan pada bagian yang berdaging, bertujuan untuk mendorong atau memudahkan sirkulasi darah.



Gb 19. Gerakan *tapotement*

LATIHAN

Latihan Praktikum 3: Manajemen Nyeri

Ilustrasi kasus:

Ny. Candra, 19 tahun, dirawat di RSUD Kusuma Husada *post appendectomy* hari kedua, keluhan saat ini mengalami nyeri skala 5 di area luka operasi, dahi berkerut, akral dingin, tekanan darah 130/85 mmHg.

Soal: Apakah tindakan keperawatan yang dilakukan untuk Ny. Candra? Lakukan prosedur manajemen nyeri!

Tugas:

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 3 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai klien model (probandus), perawat dan observer secara bergantian. Mahasiswa yang berperan sebagai probandus berakting sebagai klien (Ny. Candra) yang sedang kesakitan dan melakukan semua kegiatan yang diinstruksikan oleh perawat, mahasiswa yang berperan sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan peran sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan catatan pada tool tindakan.
2. Lakukan prosedur (relaksasi napas dalam atau *guide imagery*), dimulai dari persiapan alat dan persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap).
3. Gunakan SOP yang sesuai untuk prosedur relaksasi napas dalam dan *guide imagery*.

Petunjuk Evaluasi Latihan

1. Lakukan evaluasi praktikum latihan dengan menggunakan format penilaian relaksasi napas dalam dan *guide imagery* yang telah disediakan.
2. Hitunglah skor yang Anda peroleh, ulang kembali apabila penilaian Anda masih kurang.

RANGKUMAN

Nyeri yang dirasakan klien pada saat rawat inap harus ditanggulangi sebagai wujud dari prinsip *patient safety* dan klien harus terbebas dari rasa nyeri, untuk mendukung kesembuhan klien. Manajemen nyeri yang digunakan oleh tim keperawatan bersifat non farmakologis, antara lain dapat dilakukan dengan relaksasi napas dalam, relaksasi progresif, *guide imagery*, dan *back rub*.

TEST FORMATIF 3

1. Manajemen nyeri secara non farmakologi dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut, kecuali:
 - A. *Back rub*
 - B. Relaksasi napas dalam
 - C. Relaksasi progresif
 - D. *Guide imagery*
 - E. Minum susu
2. Penilaian nyeri pada orang dewasa dapat dilakukan dengan:
 - A. Wong Baker *Face*
 - B. FLACC
 - C. Skala numerik
 - D. HARS
 - E. NIPS
3. Gerakan pemijatan *back rub* dapat dilakukan dengan cara dibawah ini, kecuali:
 - A. *Tapotement*
 - B. *Friction*
 - C. *Rotation*
 - D. *Petrissage*
 - E. *Effleurage*

UJI KETRAMPILAN

Soal kasus:

Seorang klien perempuan Ny. Kelcy 47 tahun akan dilakukan pemeriksaan laboratorium, klien mengatakan cemas takut bila nyeri, tampak keringat keluar dari dahi klien, akral dingin. Sebelum klien dilakukan pemeriksaan laboratorium apakah yang harus dilakukan oleh perawat?

Tugas:

1. Lakukan tindakan keperawatan untuk menjawab pertanyaan diatas.
2. Gunakan SOP secara tepat.

UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT

Pada saat melakukan uji ketrampilan, mintalah temanmu untuk menilai dengan menggunakan tool sesuai dengan SOP yang tepat, nilai berdasarkan hasil tindakan yang telah benar dilakukan dikalikan bobot yang tersedia.

KEGIATAN PRAKTIKUM 4

PRAKTIKUM KEPERAWATAN PADA PEMENUHAN KEBUTUHAN

PERSONAL HYGIENE

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami konsep pengendalian infeksi, pemeriksaan vital sign dan manajemen nyeri pada kegiatan praktikum 1, 2, dan 3.

Kegiatan praktikum 4 akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana melakukan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan *personal hygiene*, yaitu meliputi: memandikan klien diatas tempat tidur, mencuci rambut, perawatan kuku, *oral hygiene* pada klien sadar dan tidak sadar, perawatan perineal, dan mengganti alat tenun dengan klien diatasnya.

TUJUAN PEMBELAJARAN PRAKTIKUM 4

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 4 ini, diharapkan Anda dapat melakukan:

1. Memandikan klien diatas tempat tidur
2. Mencuci rambut
3. Perawatan kuku
4. *Oral hygiene* pada klien sadar
5. *Oral hygiene* pada klien tidak sadar
6. Perawatan perineal
7. Mengganti alat tenun dengan klien diatasnya

POKOK MATERI

1. Memandikan klien diatas tempat tidur

Prosedur tindakan:

- a. Mengkaji toleransi klien terhadap mandi, aktifitas, tingkat kenyamanan, kemampuan kognitif, fungsi muskuloskeletal dan adanya sesak napas.
- b. Mengkaji status visual klien, kemampuan duduk tanpa bantuan, tangan dapat berpegangan, rentang gerak ekstremitas

- c. Tanyakan kebiasaan klien mandi: frekuensi dan waktu
- d. Tanyakan apakah klien melihat tanda tertentu di kulit: kelembaban yang berlebihan, peradangan, cairan dari lesi atau rongga tubuh, ruam kulit
- e. Perhatikan kondisi kulit klien: kaji adanya kekeringan yang ditandai dengan mengelupas/ sisik, kemerahan dan pecah-pecah/ retakan kulit
- f. Menjelaskan prosedur dan tanyakan keinginan klien untuk mandi sendiri
- g. Jaga *privacy*(tutup pintu, jendela dan tirai/ sekat)
- h. Siapkan peralatan dan perlengkapan
- i. Menawarkan klien akan bab/bak terlebih dahulu.
- j. Mencuci tangan, keringkan dan memakai sarung tangan. Pastikan klien tidak alergi terhadap lateks
- k. Memposisikan klien dengan nyaman
- l. Mengganti selimut tidur dengan selimut mandi
- m. Jika selimut klien digunakan kembali, lipat dan gunakan untuk nanti, jika kotor masukkan dalam tempat linen kotor
- n. Melepaskan pakaian atas klien, jika ekstremitas terdapat luka atau terpasang infus, mulai dari sisi yang tidak terdapat luka atau tidak terpasang infus dulu(klem infus).
- o. Tinggikan *side rail*, isi baskom atau bak cuci dengan air hangat, minta klien memeriksa suhu air dengan mencelupkan jari pada baskom.
- p. Memandikan muka dan kepala:
 - 1) Pindahkan bantal jika diizinkan, dan naikkan bagian kepala tempat tidur 30 sampai 45 derajat, tempatkan handuk mandi di bawah kepala klien dan handuk mandi kedua diatas dada klien
 - 2) Rendam washlap dalam air dan peras
 - 3) Menanyakan jika klien memakai lensa kontak. Cuci mata klien dengan menggunakan air hangat biasa, dan melakukan perawatan mata yang diperlukan, dari dalam ke luar kantung, menggunakan sisi washlap yang berbeda untuk setiap mata, keringkan mata dengan lembut.

- 4) Menanyakan kepada klien lebih memilih untuk menggunakan sabun di wajah atau tidak. Selanjutnya lakukan cuci, bilas, dan keringkan baik dahi, pipi, hidung, leher dan telinga.
- q. Memandikan dada dan perut
- 1) Singkirkan selimut mandi dari lengan klien yang paling dekat dengan perawat. Tempatkan handuk mandi memanjang di bawah lengan
 - 2) Mandikan lengan dengan sabun dan air, usap dari daerah distal ke proksimal(jari menuju aksila). Angkat dan topang lengan saat mengusap ketiak
 - 3) Bilas dan keringkan lengan dan ketiak secara menyeluruh. Gunakan deodoran jika klien biasa menggunakannya
 - 4) Naikkan *side rail* dan pindah ke sisi lainnya. Turunkan *side rail*, dan ulangi langkah untuk lengan sebelahnya
 - 5) Periksa suhu air mandi dan mengganti air jika perlu
 - 6) Menutup dada klien dengan handuk dan lipat selimut mandi sampai ke umbilikus. Menggunakan satu tangan, angkat tepi handuk menjauhi dada, usap dada dengan waslap dengan gerakan panjang dan tegas. Selalu tutupi dada klien pada saat periode cuci dan membersihkan, selanjutnya keringkan dengan baik.
 - 7) Tempatkan handuk mandi memanjang di dada dan perut (dua handuk mungkin diperlukan), lipat selimut turun ke tepat di atas daerah kemaluan
 - 8) Dengan satu tangan, angkat handuk mandi. Mandikan perut, pusar dan lipatan yang ada, gerakan dimulai dari sisi samping ke sisi samping lainnya. Menutup perut di antara periode cuci dan membersihkan, lalu keringkan dengan baik.
 - 9) Pakaikan pakaian bersih. Jika salah satu ekstremitas terluka atau terimobilisasi, kenakan pakaian dari sisi yang sakit terlebih dahulu
 - 10) Tutupi dada dan perut dengan bagian atas selimut mandi.

r. Memandikan kaki

- 1) Membuka bagian kaki dengan melipat selimut ke arah garis tengah, pastikan kaki lainnya dan perineum tertutup.
- 2) Menekuk kaki klien. Apabila tidak ada kontraindikasi maka lakukan gerakan panjang dan tegas saat mencuci pergelangan kaki sampai lutut dan dari lutut sampai ke paha, kemudian keringkan
- 3) Angkat *side rail* dan pindah ke sisi lain dari tempat tidur. Turunkan *side rail*, dan ulangi langkah untuk kaki yang lain
- 4) Menutupi klien dengan selimut mandi, menaikkan *side rail* dan mengganti air mandi

s. Memandikan punggung

- 1) Rendahkan *side rail*, bantu klien posisi pronasi atau miring. Tempatkan handuk memanjang sepanjang sisi klien
- 2) Tutupi klien dengan menggeser selimut mandi ke bahu dan paha. Mencuci dan mengeringkan punggung dari leher sampai bokong dengan gerakan panjang dan tegas, perhatikan lipatan bokong dan anus.
- 3) Membantu klien terlentang

t. Buang sarung tangan pada bengkok

u. Oleskan lotion pelembab yang diinginkan

v. Membantu klien dalam berpakaian, merapikan klien

w. Membersihkan tempat tidur klien

x. Bereskan alat, membaca doa dan dokumentasikan tindakan

2. Mencuci rambut diatas tempat tidur

Mencuci rambut dan kulit kepala dengan mempergunakan shampoo

Tujuan:

- a. Membersihkan kulit kepala dan rambut
- b. Menghilangkan bau dan memberikan rasa nyaman

Indikasi:

- a. Klien yang rambutnya kotor dan tidak memungkinkan ke kamar mandi

- b. Pada klien yang akan menjalani operasi besar

Peralatan:

Handuk 2 buah, talang/washbak, peniti, kain pel, baskom berisi air hangat, gayung, shampoo dalam tempatnya, sisir 2 buah, kain kassa dan kapas, ember kosong, sarung tangan bersih, bengkok berisi larutan desinfektan 2–3%, skort untuk petugas, alat pengering rambut

Prosedur:

a. Tahap Pra Interaksi

- 1) Melakukan pengecekan program terapi
- 2) Mencuci tangan
- 3) Menempatkan alat di dekat klien dengan benar

b. Tahap Orientasi

- 1) Memberikan salam dan cek nama dan gelang identitas klien
- 2) Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
- 3) Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien

c. Tahap Kerja

- 1) Menjaga *privacy*
- 2) Mengenakan sarung tangan dan skort
- 3) Mengganti selimut klien dengan selimut mandi
- 4) Mengatur posisi tidur klien dengan kepala dipinggir tempat tidur



Gb20. Mencuci rambut diatas tempat tidur

- 5) Memasang handuk dibawah kepala
- 6) Memasang ember dialasi kain pel
- 7) Memasang talang dengan ujung berada didalam ember
- 8) Menutup dada dengan handuk sampai ke leher

- 9) Menyisir rambut
 - 10) Menutup lubang telinga dengan kapas dan mata dengan kain kassa/sapu tangan klien
 - 11) Menyiram dengan air hangat, menggosok (memijit-mijit) kulit kepala dan rambut dengan shampoo
 - 12) Membilas rambut dengan air hangat sampai bersih
 - 13) Melepas kapas penutup lubang telinga dan kain kassa penutup mata
 - 14) Mengangkat talang, mengeringkan rambut dengan handuk, kemudian dengan pengering
 - 15) Menyisir rambut
 - 16) Meletakkan kepala pada bantal yang telah dialasi handuk kering
 - 17) Merapikan klien, ganti selimut mandi dengan selimut tidur
- d. Tahap Terminasi
- 1) Mengevaluasi hasil tindakan
 - 2) Berpamitan dengan klien
 - 3) Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula
 - 4) Mencuci tangan
 - 5) Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

3. Perawatan kuku

Prosedur Tindakan:

- a. Membaca doa
- b. Mengidentifikasi indikasi perawatan kuku dan kaki
- c. Berkomunikasi terapeutik, menyampaikan salam, tujuan dan cek identitas klien
- d. Melakukan inspeksi semua area jari kaki, sela-sela jari kaki, kaki, tumit, kuku dan telapak kaki. Perhatikan adanya area yang kering, inflamasi, atau pecah-pecah
- e. Mengkaji warna dan suhu jari kaki. Mengecek *capillary refill time*
- f. Melakukan palpasi denyut radial dan ulnar pada masing-masing tangan dan denyut dorsalis pedis pada kaki, catat karakteristik denyutan.

- g. Mengobservasi gaya berjalan klien
- h. Menanyakan pada klien wanita, apakah mereka menggunakan cat kuku dan menghapusnya secara rutin
- i. Mengkaji tipe alas kaki yang dipakai oleh klien: apakah klien menggunakan kaos kaki? Apakah sepatu ketat atau longgar? Apakah alas kaki bersih?
- j. Mengkaji jenis obat yang digunakan klien di rumah untuk masalah kaki
- k. Mengkaji kemampuan klien untuk melakukan perawatan kuku atau kaki: periksa adanya gangguan penglihatan, kelemahan otot
- l. Mengkaji pengetahuan klien tentang perawatan kaki dan kuku
- m. Mencuci tangan, keringkan dan memakai handcoen; menyiapkan dan meletakkan alat dekat tempat tidur klien: baskom berisi air hangat, sarung tangan, pemotong kuku, pengikir kuku, stik, perlak, handuk, sikat kuku, lotion
- n. Menjaga privasi, membantu klien duduk, menempatkan perlak atau handuk di bawah kaki klien, mengisi baskom dengan air hangat
- o. Menempatkan baskom diatas perlak dan memasukkan kaki klien ke baskom, membiarkan kaki dan kuku jari kaki terendam selama 10-20 menit
- p. Membersihkan perlahan kuku jari bagian dalam dengan stik. Pindahkan baskom dan keringkan jari kuku, memotong kuku dengan lurus menggunakan pemotong kuku, kemudian dikikir (jika klien mengalami masalah sirkulasi, jangan memotong kuku klien)
- q. Menggunakan sikat lembut kutikula atau sikat kuku sekitar kutikula, gosok area kalus pada kaki dengan kassa
- r. Membersihkan kuku jari kaki bagian dalam perlahan dengan stick. Pindahkan kaki dari baskom dan keringkan dan membersihkan jari kuku (jangan mengikir sudut kuku kaki)
- s. Mengoleskan pelembab pada kaki dan tangan, bantu klien kembali ke tempat tidur dan berikan posisi nyaman
- t. Melepas sarung tangan dan rapikan alat, mencuci tangan

- u. Menginspeksi kuku dan permukaan kulit sekitarnya setelah prosedur
- v. Meminta klien untuk menjelaskan atau mendemonstrasikan perawatan kuku
- w. Mengobservasi cara berjalan klien setelah perawatan jari kaki
- x. Membaca doa, mendokumentasi prosedur dan hasil observasi (luka pada kulit, inflamasi, ulser)

4. *Oral hygiene* pada klien sadar

Prosedur Tindakan:

- a. Mencuci tangan bersih dan menggunakan sarung tangan bersih
- b. Mengkaji integritas bibir, gigi, mukosa bukal, gusi, langit-langit, dan lidah.
- c. Mengidentifikasi adanya masalah gigi umum (karies gigi, gingivitis, periodontitis, halitosis, cheilosis, stomatitis)



Gb 21. Mengkaji masalah gigi dan rongga mulut

- d. Mengkaji adanya risiko aspirasi pada klien: gangguan menelan, penurunan refleks muntah
- e. Menentukan kemampuan klien untuk melakukan gosok gigi
- f. Mencuci tangan dan mengganti sarung tangan
- g. Menyiapkan peralatan di samping tempat tidur: sikat gigi, pasta gigi, obat kumur khusus (bila diperlukan), bengkok, kom kumur, tissue, air matang untuk kumur-kumur, sedotan bila perlu, handuk, perlak pengalas
- h. Menjelaskan prosedur kepada klien dan penggunaan alat bantu untuk membersihkan gigi
- i. Menempatkan pengalas di atas meja atas tempat tidur dan atur peralatan lainnya sehingga mudah untuk dijangkau

- j. Menaikkan tempat tidur pada posisi yang nyaman untuk melakukan gosok gigi. Naikkan bagian kepala tempat tidur (jika tidak kontraindikasi) dan naikkan *side rail*. Memposisikan klien miring jika diperlukan
- k. Menempatkan handuk di atas dada klien
- l. Memberikan pasta gigi pada sikat, pegang sikat diatas baskom. Tuangkan sedikit air di atas pasta gigi
- m. Mengizinkan klien membantu menyikat, sesuai kemampuannya:
 - 1) Tahan bulu sikat gigi di sudut 45 derajat pada garis gusi
 - 2) Sikat permukaan dalam dan luar gigi atas dan bawah dengan menyikat dari gusi ke mahkota setiap gigi
 - 3) Minta klien untuk menyatukan gigi atas dan bawah, bersihkan permukaan gigi dengan menggunakan bagian atas bulu sejajar dengan gigi dan menyikat dengan lembut memutar
 - 4) Sikat bagian sisi gigi dengan menggerakkan bulu memutar



Gb 22. Cara menggosok gigi

- 5) Anjurkan (bila memungkinkan) klien menyikat pada sudut 45 derajat bagian atas permukaan dan sisi lidah. Hindari merangsang refleks muntah



Gb 23. Membantu klien gosok gigi

- n. Membantu klien untuk membilas secara menyeluruh dengan mengambil beberapa teguk air, membasahi seluruh permukaan gigi dan membuang ke dalam bengkok
- o. Membantu klien untuk berkumur untuk membilas dengan obat kumur yang diinginkan
- p. Membantu dalam membersihkan mulut klien dengan tisu
- q. Menawarkan klien untuk membersihkan sisa-sisa kotoran pada gigi dengan menggunakan benang gigi (apabila klien menginginkan)
- r. Membantu klien untuk memberikan posisi yang nyaman, pindahkan baskom dan alat lain diatas tempat tidur, pasang pengaman pada sisi tempat tidur kliendan posisikan tempat tidur ke posisi semula
- s. Melepaskan sarung tangan kotor dan rapikan peralatan ke tempat yang tepat dan mencuci tangan
- t. Melakukan evaluasi kondisi rongga mulut dan perasaan klien setelah pembersihan.
- u. Mendokumentasikan pada catatan keperawatan, membaca doa

5. *Oral hygiene* pada klien tidak sadar

Prosedur tindakan:

- a. Mempersiapkan alat: oropharingeal airway, *suction*, sikat gigi dengan bulu lembut, kassa atau *deppers*, tissue, pinset anatomis dan *cirrurgies*, handsoen bersih, NaCl steril, pasta gigi atau chlorhexidine atau natrium bikarbonat

- b. Melakukan cuci tangan bersih, keringkan dan memakai handscoen
- c. Mengucapkan salam, identifikasi dan cek gelang tangan klien
- d. Mengkaji: kondisi rongga mulut dan mengkaji refleks muntah dengan menempatkan *tongue blade* (sudip lidah) di setengah belakang lidah klien.
- e. Menempatkan handuk kertas di atas meja atau tempat tidur dan mengatur peralatan. Siapkan mesin suction dan menghubungkan pipa untuk hisap kateter.
- f. Menarik tirai di sekitar tempat tidur atau menutup pintu kamar
- g. Menaikkan tempat tidur sesuai dengan tinggi pinggang perawat, kemudian kunci pada sisi bawah
- h. Memposisikan klien dekat sisi tempat tidur, miringkan kepala klien ke arah kasur, posisikan sims.
- i. Menempatkan handuk di bawah kepala klien dan bengkok bawah dagu
- j. Pasang *oropharyngeal airway*, masukkan terbalik, kemudian berbelok ke samping jalan napas dan kemudian di atas lidah untuk menjaga gigi terpisah.
- k. Membersihkan mulut dengan menggunakan sikat yang telah dibasahi dengan bahan pembersih gigi, seperti larutan natrium bikarbonat atau chlorhexidine, perhatikan tidak boleh ada air yang masuk sehingga setiap selesai membersihkan maka langsung lap dengan kassa atau lakukan suction
- l. Membersihkan dalam dan permukaan gigi yang tersembunyi
- m. Membersihkan bagian luar permukaan gigi
- n. Menggunakan swab bersihkan langit-langit mulut, gusi dan pipi bagian dalam
- o. Menggosok dengan lembut menggunakan swab atau sikat lidah tapi hindari merangsang refleks muntah
- p. Melembabkan dan bersihkan swab dengan air untuk membilas
- q. Ulangi membilas beberapa kali
- r. Menghisap sekret yang menumpuk pada mulut



Gb 24. Membantu *oral hygiene* pada klien tidak sadar

- s. Setelah selesai, kembalikan posisi klien yang nyaman, memasang pengaman pada sisi tempat tidur yang sesuai dan kembalikan tempat tidur ke posisi semula
- t. Menggunakan sarung tangan bersih dan mengevaluasi rongga mulut
- u. Mendokumentasikan tindakan dan evaluasi yang dilakukan

6. Perawatan Perineal

Prosedur tindakan

- a. Membaca doa, mengidentifikasi indikasi perawatan perineal (antara lain: terpasang kateter, inkontinensia fekal)
- b. Berkomunikasi terapeutik: sampaikan salam, tujuan, prosedur pelaksanaan. Melakukan identifikasi identitas klien
- c. Menyiapkan alat: selimut mandi, handuk mandi, sabun, sarung tangan, kom, zinc oxide, pengalas, tissue
- d. Mencuci tangan dan memakai handscoen
- e. Mengkaji fungsi kognitif, visual dan muskuloskeletal serta toleransi aktivitas
- f. Mengkaji pengetahuan klien tentang pentingnya kebersihan perineal
- g. Mengkaji genitalia dari tanda peradangan, luka atau infeksi
- h. Melepaskan sarung tangan, mencuci tangan dan ganti sarung tangan bersih
- i. Menutup pintu, menjaga privasi
- j. Mengganti selimut dengan selimut mandi
- k. Mengisi baskom dengan air hangat. Tempatkan baskom dan tissue diatas meja tempat tidur

- l. Memasang perlak pengalas dibawah pantat klien. Memposisikan klien *dorsal recumbent*. Mengatur selimut dengan posisi “diamon”
- m. Mencuci dan mengeringkan paha atas
- n. Membersihkan labia mayora: Menggunakan tangan non dominan untuk membuka labia dan tangan dominan untuk membersihkan dengan hati-hati, usap dari perineum menuju rektum (depan ke belakang)
- o. Ulangi pada sisi satunya
- p. Dengan tangan non dominan membuka meatus uretra dan lubang vagina dan tangan dominan membersihkan dari area pubis ke rectum dengan satu usapan dan ulangi
- q. Membersihkan daerah labia minora, klitoris dan lubang vagina
- r. Mengeringkan dengan menggunakan metode depan ke belakang
- s. Tutupi kembali klien dengan selimut. Bantu klien ke posisi nyaman
- t. Kembalikan selimut mandi menutupi area perineal, dan bantu klien untuk posisi miring
- u. Jika klien mengalami inkontinensia urine atau bowel, oleskan tipis petrolatum atau zinc oxide di kulit sekitar anal dan perineal
- v. Inspeksi permukaan kulit genitalia luar dan sekitarnya setelah dibersihkan. Observasi adanya *discharge* abnormal dari vagina
- w. Mengganti selimut mandi dengan selimut klien yang bersih. Rapiakan klien dan alat. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan
- x. Membaca doa. Menyampaikan evaluasi kepada klien
- y. Mendokumentasikan tindakan

7. Mengganti alat tenun dengan klien diatasnya

Mengganti alat tenun kotor dengan alat tenun yang bersih pada tempat tidur klien pada saat dan dengan klien di atas tempat tidur. Mengganti alat tenun (*bed making*) dengan klien diatasnya merupakan seni keperawatan sekaligus ketrampilan keperawatan yang memerlukan teknik yang tepat sehingga klien tetap aman dan terhindar dari *injury*. Teknik mengganti alat tenun pada saat

klien berada diatasnya yang dilakukan secara profesional akan memberikan keamanan dan kenyamanan untuk peningkatan kesejahteraan klien.

Tujuan

- a. Memberikan lingkungan yang bersih, tenang & nyaman
- b. Meminimalkan hal-hal yang dapat mengiritasi kulit dengan menciptakan alat tidur & selimut yang bebas dari kotoran/lipatan
- c. Meningkatkan gambaran diri & harga diri klien dengan menciptakan tempat tidur yang bersih, rapi & nyaman.
- d. Mengontrol penyebab mikroorganisme
- e. Mencegah terjadinya infeksi nosokomial

Prinsip mengganti alat tenun, adalah:

- a. Menggunakan prinsip asepsis dengan menjaga alat tenun yang telah dipakai agar jauh dari badan perawat (tidak menempel pada seragam)
- b. Jangan mengibaskan alat tenun yang telah dipakai, karena hal ini dapat menyebarkan mikroorganisme lewat udara
- c. Linen yang sudah dipakai klien jangan diletakkan dilantai untuk mencegah penyebaran infeksi
- d. Pada saat mengganti alat tenun, pertahankan prinsip *body* mekanik
- e. Jaga privasi, kenyamanan dan keamanan klien
- f. Bila klien kurang kooperatif, lakukan pengamanan dengan bantuan perawat lain

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam perawatan tempat tidur:

- a. Perawat harus tetap memperhatikan keadaan umum klien selama melaksanakan tindakan, hindari klien menjadi kelelahan
- b. Jaga privasi klien
- c. Ketika akan mengganti linen pada tempat tidur klien, maka siapkan linen sesuai kebutuhan tidak berlebihan untuk menghindari terjadinya

kontaminasi kuman/mikroorganisme dan infeksi nosokomial dari satu klien ke klien lainnya.

- d. Hindari kontaminasi pada linen bersih
- e. Saat memasang linen/alat tenun pada tempat tidur klien, gunakan cara yang efektif dan gunakan pada satu sisi dulu setelah selesai baru pindah ke sisi lain.
- f. Jangan menempatkan linen kotor pada tempat tidur klien, meja, atau peralatan klien lainnya. Tempatkan linen/alat tenun yang kotor pada tempat yang tertutup (ember yang ada tutupnya).

Prosedur Tindakan

- a. Mulailah pekerjaan dengan membaca doa
- b. Jelaskan prosedur tindakan kepada klien
- c. Persiapkan alat dan bahan: troley, kantong linen, pengalas, spreng (laken), sarung bantal, stik laken, perlak, sarung tangan sekali pakai, tempat alat tenun kotor, bengkok
- d. Cuci tangan, keringkan dan memakai sarung tangan bersih
- e. Letakkan peralatan di dekat klien di samping tempat tidur, tutup gordenn ruangan dan pintu
- f. Atur ketinggian tempat tidur pada posisi yang nyaman, turunkan pengaman tempat tidur disisi perawat
- g. Longgarkan spreng atas pada kaki tempat tidur, pindahkan spreng dan selimut terpisah dan letakan dalam kantong linen
- h. Minta klien miring tidur membelakangi perawat (Gambar 25)



Gb 25. Mengganti alat tenun dengan klien diatasnya

- i. Posisikan klien disamping sisi tempat tidur yang jauh menghadap ke belakang, pastikan pengaman terpasang
- j. Longgarkan linen yang akan diganti bagian bawah dan kepala, gulung dan geser ke tengah tempat yang jauh dari perawat
- k. Letakan spreng bersih pada sebagian permukaan tempat tidur, pasang spreng bagian sisi dekat perawat dengan rapi sambil memperhatikan kondisi klien
- l. Pasang perlak jika diperlukan pada daerah bokong
- m. Naikkan pengaman tempat tidur pada area sisi kerja dan pindah kesisi yang lain, turunkan *side rail* dan bantu klien berguling perlahan kesisi linen yang sudah bersih

- n. Longgarkan linen yang kotor dibawah matras lalu buka secara pelan agar tidak mengenai linenbersih dan pakaian perawat, gulung dan masukkan pada tempat linen kotor
- o. Bentangkan gulungan linen bersih secara perlahan diatas tepi matras dari kepala ke kaki tempat tidur
- p. Buat sudut dari spreng bawah apabila memasukan sudut pastikan spreng itu halus dan bebas kerutan
- q. Pasangkan perlak dengan seksama tanpa mengganggu kondisi klien
- r. Minta klien tidur terlentang dan tetap kondisi rileks, pasang selimut klien pada area kaki sampai terlihat rapi
- s. Ganti sarung bantal yang kotor dengan yang bersih lalu kenakan di bawah kepala klien dengan perlahan-lahan
- t. Naikkan pengaman tempat tidur sambil memperhatikan kondisi klien, atur posisi tempat tidur yang nyaman
- u. Buka tirai ruangan gordenn dan pintu,atur kembali benda-benda pribadi klien dalam jangkauan yang mudah di atas meja samping tempat tidur
- v. Pastikan linen kotor masuk ke dalam ember tertutup, lepas sarung tangan lalu cuci tangan
- w. Dokumentasikan semua prosedur dan hasil temuan jika ada
- x. Akhiri prosedur dengan membaca doa

LATIHAN

Latihan Praktikum 4: Pemenuhan Kebutuhan *Personal Hygiene*

Ilustrasi kasus:

Tn. Kadir, usia 65 tahun dirawat di ICU RS Kusuma Husada, seluruh pemenuhan Kebutuhan dasar harus dibantu oleh perawat. Perawat akan melakukan tindakan personal hygiene: memandikan klien, oral hygiene dan bed making.

Soal: Lakukan prosedur *personal hygiene*: memandikan klien, *oral hygiene* dan *bed making* pada Tn. Kadir.

Tugas:

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 3 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai perawat yang melakukan tindakan, perawat asisten, dan observer secara bergantian. Mahasiswa yang berperan sebagai perawat pelaksana akan melakukan prosedur, perawat asisten menjadi asisten membantu perawat pelaksana, dan peran sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada tool tindakan.
2. Lakukan prosedur memandikan, oral hygiene dan bed making, dimulai dari persiapan alat dan persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap).
3. Gunakan SOP yang sesuai untuk prosedur yang akan dilakukan.

Petunjuk Evaluasi Latihan

1. Lakukan evaluasi praktikum latihan dengan menggunakan format penilaian yang telah disediakan.
2. Hitunglah skor yang Anda peroleh, ulang kembali apabila penilaian Anda masih kurang.

RANGKUMAN

Pemenuhan *personal hygiene* pada klien merupakan bagian dari kebutuhan dasar yang harus diberikan kepada klien, baik dilakukan oleh klien sendiri dengan bantuan perawat atau dilakukan oleh perawat secara total. Terpenuhinya *personal hygiene* akan menyebabkan klien dapat memperoleh kesehatan dan kesembuhan secara paripurna, karena dengan *personal hygiene* maka akan meningkatkan rasa nyaman klien, mencegah infeksi dan penyebarannya, mencegah komplikasi dan meningkatkan stamina tubuh klien.

TEST FORMATIF 4

1. Prinsip-prinsip melakukan bed making dibawah ini adalah:
 - A. Alat tenun yang kotor dikumpulkan di lantai dulu sebelum dibawa ke ruang khusus linen kotor

- B. Ketika mengganti alat tenun, gunakan prinsip *body* mekanik
 - C. Perawat harus tetap memperhatikan keadaan umum klien selama melaksanakan tindakan, hindari klien menjadi kelelahan
 - D. A dan B benar
 - E. B dan C benar
2. Posisi perawatan perianal yang benar adalah:
- A. Litotomi
 - B. Supine
 - C. Miring
 - D. Dorsal recumbent
 - E. Fowler
3. Alat atau bahan dibawah ini yang dibutuhkan untuk melakukan oral hygiene pada klien tidak sadar, yaitu:
- A. Klem
 - B. Syringe
 - C. Kapas
 - D. Deppers
 - E. Obat kumur

UJI KETRAMPILAN

Soal kasus:

Tn. Kardi, usia 61 tahun dirawat di RSU Kusuma Husada, dirawat inap karena diare dehidrasi sedang, saat ini sudah tidak diare, pemeriksaan vital sign dalam keadaan normal. Klien mengeluh rambut dan kepala terasa gatal, hasil pemeriksaan kepala lembab, berminyak, klien dirawat selama satu minggu belum pernah keramas.

Tugas:

1. Lakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah Tn. Kardi.
2. Gunakan SOP secara tepat.

UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT

Pada saat melakukan uji ketrampilan, mintalah temanmu untuk menilai dengan menggunakan tool sesuai dengan SOP yang tepat, nilai berdasarkan hasil tindakan yang telah benar dilakukan dikalikan bobot yang tersedia.

SOP Menolong Klien BAB di Atas Tempat Tidur

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	YA	TIDAK
	Persiapan alat: skort/celemek, pispot, botol berisi air cebok, kapas cebok dalam tempatnya, selimut mandi, sarung tangan, tissue, perlak dan pengalas	3		
A.	Fase Pra Interaksi			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mempersiapkan alat	3		
B.	Fase Orientasi			
	1. Memberi salam	3		
	2. Memperkenalkan diri dan identifikasi klien	3		
	3. Menjelaskan tujuan tindakan dan langkah prosedur	3		
C.	Fase Kerja			
	1. Cuci tangan, pakai skort dan sarung tangan	4		
	2. Jaga privasi, tutup tirai dan gordena	5		
	3. Pasang side rail tempat tidur pada sisi berlawanan dengan perawat	5		
	4. Pasang selimut madi	5		
	5. Buka pakaian bawah dan tutup dengan menggunakan selimut	5		
	6. Berikan posisi miring berlawanan dengan perawat, kemudian pasang perlak dan pengalas	5		
	7. Anjurkan klien untuk menekuk lutut dan mengangkat bokong	5		
	8. Letakkan pispot tepat dibagian bawah bokong	5		
	9. Bila tidak ada kontraindikasi, tinggikan kepala tempat tidur 30°C	6		
	10. Yakinkan posisi klien tepat dan nyaman, tutup bagian bawah dengan selimut	5		
	11. Anjurkan klien BAB	5		
	12. Bila sudah selesai BAB, anjurkan kaki klien untuk diregangkan, bersihkan daerah anus dan bokong dengan menggunakan (air cebok, kapas cebok) sampai bersih dan keringkan dengan menggunakan tissue. Selanjutnya angkat pispot, tutup dan turunkan.	5		

	13. Ganti selimut mandi dengan selimut klien, lepaskan sarung tangan, skort dan cuci tangan	4		
D.	Terminasi			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak rencana tindak lanjut	3		
	3. Berpamitan	3		
E.	Penampilan Selama Tindakan			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
Total		100		

SOP Menolong Klien BAK di Atas Tempat Tidur

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	YA	TIDAK
	Persiapan alat: urinal/ pispot, botol berisi air cebok, kapas cebok dalam tempatnya, selimut mandi, sarung tangan, tissue, perlak dan pengalas	3		
A.	Fase Pra Interaksi			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Mempersiapkan alat	3		
B.	Fase Orientasi			
	1. Memberi salam	3		
	2. Memperkenalkan diri dan identifikasi klien	3		
	3. Menjelaskan tujuan tindakan dan langkah prosedur	3		
C.	Fase Kerja			
	1. Cuci tangan, pakai skort dan sarung tangan	5		
	2. Jaga privasi, tutup tirai dan gordena	6		
	3. Pasang side rail tempat tidur pada sisi berlawanan dengan perawat	6		
	4. Pasang selimut madi	6		
	5. Buka pakaian bawah dan tutup dengan menggunakan selimut	6		
	6. Berikan posisi miring berlawanan dengan perawat, kemudian pasang perlak dan pengalas	6		
	7. Bantu klien BAK (pria: masukkan ujung penis klien dalam urinal dan anjurkan klien untuk memegang urinal jika mampu; sedangkan pada wanita: berikan pispot, letakkan di bawah bokong)	6		
	8. Yakinkan posisi klien tepat dan nyaman, tutup bagian bawah dengan selimut	6		
	9. Anjurkan klien BAK	6		

	10. Bila sudah selesai BAK, bersihkan daerah genitalia dengan menggunakan (air cebok, sabun, kapas cebok) sampai bersih dan keringkan dengan menggunakan tissue. Selanjutnya angkat pispot/ urinal, tutup dan turunkan.	6		
	11. Lepas skort dan sarung tangan, cuci tangan	5		
D.	Terminasi			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak rencana tindak lanjut	3		
	3. Berpamitan	3		
E.	Penampilan Selama Tindakan			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
	Total	100		

SOP MemandikanKliendi Atas Tempat Tidur

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	Persiapan Alat: 2 kom berisi air hangat, 3 waslap, 2 handuk besar, 1 handuk kecil, skort, sabun dalam tempatnya, pakaian bersih, botol berisi air untuk membilas sesudah BAB/ BAK, 2 selimut mandi, sarung tangan, ember tertutup tempat linen dan baju kotor.	3		
A.	Fase Orientasi			
	1. Memberi salam	3		
	2. Memperkenalkan diri dan identifikasi klien	3		
	3. Menjelaskan tujuan dan langkah prosedur	3		
B.	Fase Kerja			
	1. Cuci tangan, pakai skort dan sarung tangan	3		
	2. Jaga privasi, tutup tirai dan pintu	3		
	3. Tanyakan apakah klien ingin BAB atau BAK terlebih dahulu	3		
	4. Atur posisi yang nyaman untuk klien	3		
	5. Dekatkan alat sehingga mudah dijangkau	3		
	6. Pasang selimut mandi	4		
	7. Lakukan pengkajian sebelum tindakan: toleransi klien terhadap mandi, aktifitas, tingkat kenyamanan, kemampuan kognitif, fungsi muskuloskeletal dan adanya sesak napas	3		
	8. Membersihkan wajah: letakkan handuk kecil dibawah kepala klien. Kemudian bersihkan	5		

	muka, telinga, leher dan keringkan dengan handuk			
	9. Membersihkan lengan: buka pakaian atas, pindahkan handuk dan letakkan memanjang melewati dada hingga di bawah lengan. Bersihkan tangan kiri dan kanan klien dari distal ke proksimal kemudian mengeringkan	5		
	10. Membersihkan dada dan perut: menganjurkan klien meletakkan tangan ke atas sisi kepala. Kemudian, meletakkan handuk memanjang di samping dada dan perut klien. Selanjutnya bersihkan dada, perut dan keringkan dengan handuk	5		
	11. Membersihkan Punggung: menganjurkan klien miring ke kiri. Handuk dibentangkan dibawah punggung sampai bokong. Bersihkan pada daerah punggung sambil <i>massage</i> , kemudian keringkan dengan handuk. Selanjutnya pakaikan pakaian atas klien	5		
	12. Membersihkan kaki: lepaskan pakaian bawah klien. Tempatkan handuk di bawah kaki klien. Bersihkan kaki kiri dan kanan dari distal ke proksimal lalu keringkan dengan handuk	5		
	13. Membersihkan perineum: menganjurkan posisi <i>dorsal recumbent</i> , letakkan handuk di bawah bokong, bersihkan daerah <i>perineum</i> . Selanjutnya, menganjurkan klien posisi <i>sim's</i> dan bersihkan anus	5		
	14. Kenakan pakaian bawah klien	3		
	15. Lepaskan selimut mandi dan anti dengan selimut bersih	3		
	16. Merapikan klien dan membereskan alat	3		
	17. Lepas skort, sarung tangan dan cuci tangan	3		
C	Terminasi			
	1. Mengevaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
D	Penampilan			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
Total		100		

SOP Mengganti Alat Tenun dengan Klien di Atas Tempat Tidur

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	Persiapan alat: sarung tangan, skort, masker kalau perlu, sarung bantal/guling,selimut, stek laken, perlak, spreï	3		
A.	FASE PRA INTERAKSI			
	1. Melakukan verifikasi data	3		
	2. Persiapan alat	3		
B.	FASE ORIENTASI			
	1. Memberi salam	3		
	2. Memperkenalkan diri dan identifikasi klien	3		
	3. Menjelaskan tujuan tindakan dan langkah prosedur	3		
C.	FASE KERJA			
	1. Menanyakan kesiapan klien	5		
	2. Mencuci tangan, memakai skort dan sarung tangan	8		
	3. Memastikan alat tenun telah tersusun dengan benar sesuai kebutuhan. (dari bawah ke atas: sarung bantal/ guling,selimut, stek laken, perlak, spreï).	8		
	4. Memakai sarung tangan	8		
	5. Ambil bantal dan atau guling letakkan ke samping atau tempat lain	10		
	6. Angkat selimut dan masukkan ke keranjang cucian	8		
	7. Ambil stek laken dan masukkan ke tempat kotor	10		
	8. Bersihkan perlak dan sisi tempat tidur dengan desinfektan, bilas dengan air bersih kemudian keringkan dengan lap kering	7		
	9. Lepas skort, sarung tangan dan cuci tangan	5		
D.	FASE TERMINASI			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak rencana tindak lanjut	3		
	3. Berpamitan	3		
E.	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	3		
Total		100		

SOP Mencuci Rambut

No	Aspek yang dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	Persiapan alat: 2 handuk besar, skort, perlak besar, shampoo, sisir, kapas, ember berisi air hangat, ember kosong, sarung tangan, kain pel, selimut mandi	2		
A.	FASE PRA INTERAKSI			
	1. Melakukan verifikasi data	2		
	2. Persiapan alat	2		
B.	FASE ORIENTASI			
	1. Memberi salam	2		
	2. Memperkenalkan diri dan identifikasi klien	2		
	3. Menjelaskan tujuan tindakan dan langkah prosedur	2		
C.	FASE KERJA			
	1. Mencuci tangan, memakai skort dan sarung tangan	3		
	2. Menjaga privacy dengan menutup pintu, jendela/ tirai	3		
	3. Mengatur posisi tempat tidur	3		
	4. Mengatur posisi klien secara diagonal menyilang pada tempat tidur	3		
	5. Memasang selimut mandi	3		
	6. Mengangkat bantal dari kepala klien	3		
	7. Meletakkan handuk dan perlak dibawah kepala klien	3		
	8. Memasang talang plastik melalui samping ke bawah tempat tidur menuju ember	3		
	9. Memasang handuk kecil untuk dipasang di krag klien	3		
	10. Menutup mata klien dengan kassa lembab dan telinga dengan kassa kering	3		
	11. Memeriksa kembali suhu air yang akan digunakan	4		
	12. Memasang handuk di dada klien	3		
	13. Memakai sarung tangan	3		
	14. Menuangkan air secara perlahan dari pangkal sampai ke seluruh bagian rambut	4		
	15. Memberi shampoo pada seluruh bagian rambut	4		
	16. Memijat dan menggosok kulit kepala dengan membalikkan kepala pada sisi yang lain sehingga semua kulit kepala bersih	4		
	17. Membilas rambut sampai bersih	3		

	18. Lepaskan kassa yang menutupi mata dan telinga klien dan ganti selimut mandi dengan selimut klien	3		
	19. Mengeringkan rambut dengan handuk	3		
	20. Mengeringkan telinga, leher dan muka dengan handuk	3		
	21. Membungkus kepala dengan handuk	3		
	22. Mengangkat alas pencuci rambut	3		
	23. Membantu klien duduk dan menyisir rambut klien	3		
	24. Melepas skort, sarung tangan dan cuci tangan	3		
D.	FASE TERMINASI			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	2		
	2. Menyampaikan rencana tindak lanjut	2		
	3. Berpamitan	2		
E.	PENAMPILAN SELAMA TINDAKAN			
	1. Ketenangan selama tindakan	2		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik	2		
	3. Ketelitian dan keamanan selama tindakan	2		
	Total	100		

KEGIATAN PRAKTIKUM5

PEMERIKSAAN DASAR DAN KOLABORATIF

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami konsep pengendalian infeksi, pemeriksaan vital sign, manajemen nyeri, dan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* pada praktikum 1, 2, 3 dan 4.

Kegiatan praktikum 5 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana memberikan tindakan keperawatan dasar pada pemenuhan kebutuhan pemeriksaan dasar dan kolaboratif, yaitu: pemeriksaan sampel darah, urine, faeces dan rumple leed dan pemberian injeksi intra vena.

TUJUAN PEMBELAJARAN PRAKTIKUM

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 5 ini, diharapkan Anda dapat mengatur klien:

1. Pemeriksaan spesimen darah
2. Pemeriksaan faeces
3. Pemeriksaan sputum tenggorokan
4. Pemeriksaan urine
5. Pemeriksaan rumple leed.
6. Pemberian injeksi: intra vena

POKOK MATERI

1. Pemeriksaan Spesimen Darah

Pemeriksaan darah merupakan pemeriksaan dengan bahan atau spesimen darah untuk pemeriksaan diagnostic. Peran perawat melakukan tindakan kolaboratif. Pada pemeriksaan spesimen darah, darah yang diambil dapat merupakan darah vena, kapiler, atau arteri tergantung kebutuhan.

a. Darah vena

Pemeriksaan darah vena biasanya diambil dari vena median cubiti pada orang dewasa, dan pada bayi pada vena jugularis superficialis atau sinus

sagitalis superior. Jenis pemeriksaan dapat berupa CBC (*Complete Blood Count*), elektrolit serum, dan kimia darah.

Cara pengambilan darah vena:

- 1) Cek kesesuaian nama klien dan kebutuhan pemeriksaan laboratorium.
- 2) Cuci tangan, keringkan dan pakai sarung tangan.
- 3) Pasang torniquet pada 5-10 cm diatas pembuluh darah vena yang akan diambil, minta tangan klien dikepalkan apabila klien sadar dan kooperatif.
- 4) Tentukan vena yang akan diambil darahnya.
- 5) Lakukan desinfeksi pada area yang akan diinsersi menggunakan alcohol swab, biarkan mengering.
- 6) Insersikan jarum dengan sudut 45° dengan jarum <1,25 inchi, selanjutnya turunkan ke posisi 30°.
- 7) Apabila menggunakan syringe, sedot darah perlahan sampai pada volume darah yang dibutuhkan. Apabila menggunakan jarum tanpa spuit, biarkan darah langsung mengalir ke media. Ambil darah sesuai dengan volume yang dibutuhkan.
- 8) Lepaskan torniquet, kemudian tekan dengan lembut daerah pengambilan darah dengan alcohol swab, tarik jarum perlahan-lahan dan tutup luka dengan plester.
- 9) Berikan label nama dan tanggal pada tabung/botol specimen darah yang diambil.

b. Darah kapiler

Digunakan pada pemeriksaan glukosa darah atau saat pengambilan vena gagal. Pada orang dewasa biasanya diambil pada ujung jari tangan/ kaki atau daun telinga bagian bawah. Pada tetesan pertama dibuang dengan menggunakan kapas kering, agar tidak bercampur dengan alcohol. Digunakan dalam pengambilan sampel darah dengan volume yang sedikit, biasanya untuk screening test.

Cara pengambilan darah kapiler:

- 1) Cek nama klien dan ketepatan pemeriksaan.

- 2) Cuci tangan, keringkan dan pakai sarung tangan.
- 3) Lakukan tindakan aseptik dengan alcohol swab.
- 4) Tusuklah dengan cepat memakai lanset steril. Pada jari tusukkan arah tegak lurus pada garis-garis sidik kulit jari dan tidak boleh sejajar bila yang akan diambil spesimennya. Pada anak daun telinga tusukkan pinggirnya dan jangan sampai sisinya mengeluarkan darah.
- 5) Setelah penusukkan selesai, tempat tusukan ditutup dengan alcohol swab dan biarkan sampai darah tidak keluar.

c. Darah arteri

Dilakukan untuk pemeriksaan AGD (Analisis Gas Darah) dan elektrolit. AGD dilakukan untuk mengetahui status respirasi atau status asam basa darah. Area yang diambil adalah arteri radialis, brachialis atau femoralis.

Prosedur pengambilan darah arteri:

- 1) Cek nama klien dan ketepatan pemeriksaan.
- 2) Cuci tangan, keringkan dan pakai sarung tangan.
- 3) Tentukan pembuluh arteri yang akan diambil darahnya
- 4) Lakukan tindakan aseptik dengan povidone iodine 10%, biarkan sampai mengering, lalu ulangi dengan alkohol 70%.
- 5) Siapkan syringe dengan spuit yang telah diberikan antikoagulan heparin.
- 6) Tusukkan jarum tegak lurus, darah akan mengalir ke syringe.
- 7) Selanjutnya jarum dibengkokkan dan ditusuk dalam lilin.
- 8) Berikan label nama dan tanggal pada tabung /botol specimen darah yang diambil.

2. Pemeriksaan Feses

Menyiapkan feses untuk pemeriksaan laboratorium dengan cara pengambilan tertentu.

Tujuan:

- a. Menentukan darah samar karena adanya ulkus, inflamasi dan tumor menggunakan kertas guaiac.
- b. Mengetahui adanya gangguan pada gastrointestinal. Adanya lemak pada feses akibat kerusakan pada intestinal.
- c. Mendeteksi telur dan parasit.
- d. Mendeteksi adanya virus dan bakteri dengan kultur (pembiakan).

Pemeriksaan tinja untuk klien dewasa:

Pemeriksaan lengkap meliputi warna, bau, konsistensi, lendir, darah, dan telur cacing. Tinja yang diambil adalah tinja segar.

Persiapan alat:

Sarung tangan bersih, vaseline, botol bersih dengan penutup, lidi dengan kapas lembab dalam tempatnya, bengkok, perlak pengalas, tissue, empat bahan pemeriksaan, sampiran

Prosedur tindakan

- a. Mencuci tangan
- b. Memasang perlak pengalas dan sampiran
- c. Melepas pakaian bawah klien
- d. Mengatur posisi dorsal recumbent
- e. Memakan sarung tangan
- f. Telunjuk diberi vaselin lalu dimasukkan ke dalam anus dengan arah keatas kemudian diputar kekiri dan kekanan sampai teraba tinja
- g. Setelah dapat dikeluarkan perlahan-lahan lalu dimasukkan ke dalam tempatnya.
- h. Anus dibersihkan dengan kapas lembab dan keringkan dengan tissue.
- i. Melepas sarung tangan
- j. Merapikan klien
- k. Mencuci tangan

Pemeriksaan kultur (pembiakan) pengambilan tinja dengan cara steril. Gunakan swab yang steril, lalu dimasukkan dalam kantung steril. Pemeriksaan dengan tes guaiac, pulaskan feses pada kertas dan teteskan reagen ke pulasan tadi. Pemeriksaan hematest dengan memulaskan feses pada kertas saring dan

beri tablet pada tengah spesimen dan tambahkan air. Pemeriksaan hemocult dengan memulaskan feses diatas lingkaran dan teteskan reagen.

3. Pemeriksaan Sputum Tenggorokan

Sputum atau dahak adalah bahan yang keluar dari bronchus atau trakhea, bukan ludah atau lendir yang keluar dari mulut, hidung atau tenggorokan.

Tujuan:

Untuk mengetahui basil tahan asam dan mikroorganisme (seperti, tuberkulosis pulmonal, pneumonia bakteri, bronkhitis kronis, bronkhietaksis) yang ada dalam tubuh klien, dilakukan pada klien yang mengalami infeksi/peradangan saluran pernafasan.

Persiapan alat:

- a. Sputum pot (tempat ludah) yang bertutup
- b. Botol bersih dengan penutup
- c. Sarung tangan
- d. Formulir dan etiket
- e. Perlak pengalas
- f. Bengkok
- g. Tissue

Prosedur tindakan

- a. Mencuci tangan
- b. Mengatur posisi duduk
- c. Memasang perlak pengalas dibawah dagu dan menyiapkan bengkok.
- d. Memakai sarung tangan
- e. Meminta klien membatukkan dahaknya ke dalam tempat yang sudah disiapkan (sputum pot)
- f. Mengambil 5cc bahan, lalu masukkan ke dalam botol
- g. Membersihkan mulut klien
- h. Merapikan klien dan alat
- i. Melepas sarung tangan
- j. Mencuci tangan

Cara pengambilan sputum secara umum:

- a. Pengambilan sputum sebaiknya dilakukan pada pagi hari, karena kemungkinan akan mendapatkan sputum bagian dalam lebih besar. Atau bisa diambil sputum sewaktu, pengambilan sputum harus dilakukan sebelum klien menyikat gigi.
- b. Agar sputum mudah dikeluarkan, maka dianjurkan klien mengonsumsi air yang banyak pada malam sebelum pengambilan sputum.
- c. Jelaskan pada kliententang pengertian sputum agar yang dibatukkan benar-benar merupakan sputum, bukan air liur/saliva ataupun campuran antara sputum dan saliva dan jelaskan cara mengeluarkan sputum.
- d. Sebelum mengeluarkan sputum, gigi palsu harus dilepaskan apabila ada, klien diminta untuk berkumur-kumur dengan air.
- e. Sputum diambil dari batuk yang dibatukkan pertama(*first cough*).

Cara membatukkan sputum:

- a. Tarik nafas dalam dan kuat(dengan pernafasan dada)batukkan kuat sputum dari bronkus/trakea.
- b. Masukkan sputum pada tempat penampung berupa pot steril bermulut besar dan berpenutup(***Screw Cap Medium***).
- c. Periksa sputum yang dibatukkan, bila ternyata yang dibatukkan adalah air liur/saliva, maka klien harus mengulangi membatukkan sputum kembali.
- d. Pilih sputum yang mengandung unsur-unsur khusus, seperti, butir keju, darah dan unsur-unsur lain.
- e. Bila sputum susah keluar maka lakukan perawatan mulut, yaitu: perawatan mulut dilakukan dengan obat ***glyseril guayakolat(expectorant)***200 mg atau dengan mengonsumsi air teh manis saat malam sebelum pengambilan sputum.

Apabila sputum juga tidak bisa didahakkan, sputum dapat diambil secara:*aspirasi transtracheal, bronchial lavage* atau *lung biopsy*.

4. Pemeriksaan Urine

Pemeriksaan urin yang dilakukan adalah urin bersih untuk urinalisis rutin, urin tampungbersih atau pancar tengah untuk kultur dan specimen urin sewaktu untuk pemeriksaan berbagai masalah kesehatan.

Jenis-jenis pemeriksaan urine:

a. Urine rutin (pagi)

Pada pemeriksaan urine rutin maka urine yang diambil adalah urin yang pertama dikeluarkan saat klien bangun tidur pagi hari, hal ini disebabkan konsentrasi urin lebih tinggi dan memiliki pH yang lebih asam, biasanya volume urine yang dibutuhkan sebesar 120 ml. Urine harus segera diperiksa karena kristal urin dan eritrosit akan lisis jika dalam waktu lama.

b. Urine sewaktu

Pengambilan seluruh urine yang dikeluarkan dalam waktu tertentu (1–2 jam hingga 24 jam) bilamana diperlukan pemeriksaan, selanjutnya urin kemudian dibekukan dan dimasukkan dalam botol pengawet untuk mencegah kolonisasi bakteri. Pada botol spesimen, diberikan label tanggal, waktu pengambilan spesimen, dan urutan spesimen. Tujuan pengumpulan spesimen urin sewaktu untuk menentukan kemampuan ginjal, menentukan gangguan metabolisme glukosa dan menentukan kadar tertentu dalam urin.

c. Urin pancar tengah atau tampung bersih

Urine ini digunakan untuk pemeriksaan kultur urin, bertujuan menentukan adanya mikroorganisme yang menginfeksi saluran kemih, tipe organisme dan antibiotik yang sensitive terhadap organisme tersebut. Urine harus dimasukan ke dalam botol tertutup dan steril.

Caranya adalah:

- 1) Lakukan desinfeksi menggunakan antiseptic pada area perineum (pada klien wanita) atau daerah meatus urinaria dan distal penis (pada klien laki-laki).
- 2) Biarkan urine pertama terbuang lalu letakkan botol pada urin tengah dan hindari jangan sampai menyentuh permukaan perineum.
- 3) Volume urine yang dibutuhkan sebanyak 30–60 ml.

Persiapan alat

- 1) Formulir khusus untuk pemeriksaan urine
- 2) Tempat /botol urine dengan tutupnya
- 3) Sarung tangan
- 4) Kertas etiket
- 5) Bengkok
- 6) Buku ekspedisi untuk pemeriksaan laboratorium

Prosedur tindakan

- 1) Mencuci tangan dan memakai sarung tangan
- 2) Mengisi formulir dan memberikan etiket pada botol
- 3) Menuangkan 100 cc urine dari bengkok ke dalam tempat khusus/botol kemudian ditutup rapat.
- 4) Menyesuaikan data formulir dengan data pada etiket
- 5) Menuliskan data dari formulir ke dalam buku ekspedisi
- 6) Meletakkan botol ke dalam bengkok atau tempat khusus tertutup.
- 7) Membereskan dan merapikan alat
- 8) Melepas sarung tangan dan mencuci tangan

5. Pemeriksaan Rumple Leed

Pemeriksaan rumple leed merupakan suatu uji “*presumptive test*” (test skrining) untuk mengetahui adanya manifestasi perdarahan, merupakan cara paling mudah dan sederhana untuk mengetahui apakah telah terjadi perdarahan dibawah kulit. Prinsip pemeriksaan rumple leed ini adalah melakukan pembendungan pada bagian lengan atas selamalamanit untuk uji diagnostik kerapuhan vaskuler dan fungsi trombosit.

Pemberian bendungan dalam beberapa waktu tertentu akan menyebabkan hambatan terhadap aliran darah balik di lengan, pembendungan vena juga akan menyebabkan darah menekan dinding kapiler. Hambatan dan penekanan dinding kapiler akan menimbulkan terjadinya anoksia. Apabila kapiler bersifat rapuh atau karena terjadinya trombositopenia maka mengakibatkan kapiler rusak sehingga terjadilah kebocoran, darah akan keluar dan merembes ke dalam jaringan sekitarnya sehingga tampak bercak/titik merah kecil pada permukaan kulit yang dikenal dengan “*petekie*”.

Persiapan alat:

- a. Tensimeter
- b. Stetoskop
- c. *Timer/ Stop Watch*
- d. Spidol
- e. Penlight
- f. Sarung tangan

Prosedur pemeriksaan *Rumple leed*:

- a. Cuci tangan dan pakai sarung tangan
- b. Jelaskan kepada pasien tentang tujuan tes RL dan prosedurnya.
- c. Buatlah lingkaran (pakai spidol), pada lengan volar lengan bawah dengan radius 3 cm, titik pusat terletak 2 cm di bawah garis lipatan siku
- d. Pasang manset tensimeter pada lengan atas.
- e. Lakukan pengukuran tekanan darah pada klien, buatlah tekanan MAP sebesar $\frac{1}{2}$ (Tekanan Sistol + Tekanan Diastol) selanjutnya lakukan pembendungan selama 5 menit.
- f. Lepaskan bendungan dan tunggu sampai tanda stasis darah lenyap. Stasis darah telah berhenti jika warna kulit pada lengan yang dibendung tersebut sama dengan warna kulit lengan yang disebelahnya. Perhatikan timbulnya bintik-bintik merah pada lengan bawah di daerah kulit lipatan siku di bawah manset (pada lengan bawah sepertiga bagian proksimal medial).
- g. Hitung timbulnya bintik-bintik merah (*petekie*) dengan bantuan penlight apabila tidak jelas dan interpretasikan apakah normal atau abnormal.

- h. Setelah tes, lakukan bukatutup tangan beberapa saat sampai sirkulasi lengan kembali normal.
- i. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan

Nilai Rujukan:

- a. < 10 negative atau normal
- b. 20 abnormal
- c. 10-20 dubia

Atau bisa menggunakan rujukan:

Scale for reporting number of petechiae:

- a. 0 = (-) negative
- b. 1 to 10 = 1+
- c. 10 to 20 = 2+
- d. 20 to 50 = 3+
- e. 50 or more = 4+

6. Pemberian Injeksi Intra Vena

Injeksi yang diberikan melalui pembuluh darah vena

Peralatan yang harus disiapkan:

- a. Sarung tangan 1 pasang
- b. S spuit dengan ukuran sesuai kebutuhan
- c. Jarum 1 (steril)
- d. Bak spuit
- e. Kapas alkohol dalam kom (secukupnya)
- f. Tourniquet/Manset
- g. Perlak dan pengalas
- h. Obat sesuai program terapi
- i. Bengkok
- j. Gergaji ampul (kalau perlu)
- k. Plester luka (contoh "Hansaplast") atau kasa dan plester
- l. Buku injeksi/daftar obat
- m. Alat tulis

Prosedur pelaksanaan

- a. Melakukan pengecekan program terapi pengobatan iv (bolus)
- b. Mencuci tangan
- c. Mempersiapkan injeksi sesuai program terapi dengan prinsip 5 benar: benar obat, benar dosis, benar klien, benar waktu, benar cara.
- d. Menempatkan alat di dekat klien
- e. Mengatur posisi klien dan pilih vena dari arah distal
- f. Memasang perlak dan alasnya
- g. Membebaskan daerah yang akan diinjeksi
- h. Meletakkan tourniquet 5 cm proksimal yang akan ditusuk
- i. Memakai handschoen
- j. Membersihkan kulit dengan kapas alkohol (melingkar dari arah dalam kearah keluar) biarkan kering
- k. Mempertahankan vena pada posisi stabil
- l. Menusuk vena dengan kemiringan 30°, dan lubang jarum menghadap ke atas
- m. Melakukan aspirasi dan pastikan darah masuk spuit
- n. Membuka tourniquet
- o. Memasukkan obat secara perlahan
- p. Mencabut spuit sambil menekan daerah tusukan dengan kapas
- q. Menutup daerah tusukan dengan “plester luka”
- r. Membuang spuit ke dalam *safety book*

Cara menghitung dosis obat:

Sebelum menghitung dosis obat, maka kita harus mengetahui kemasan dan jenis obat terlebih dahulu. Beberapa obat injeksi ada yang mengandung obat cair maupun serbuk. Kemasan ada yang berbentuk vial maupun ampul. Perhatikan beberapa contoh obat-obat injeksi dibawah ini beserta perhitungan dosis dasar obat.

a. Ceftriaxone



Ceftriaxone, merupakan obat serbuk, berat 1 g (gram), kemasan vial.

Apabila akan memakai obat Ceftriaxone injeksi, karena berupa serbuk makaharus dilakukan pengoplosan terlebih dahulu sebelum diinjeksikan. Pengoplosan harus menggunakan aqua steril (aquabidestilata).

Misalnya Ceftriaxone injeksi dioplos dengan 5 ml,

maka 5 ml aquabidest = 1 g Ceftriaxone (karena berat serbuk Ceftriaxone 1 g)

$$5 \text{ ml} = 1 \text{ g} \text{ -----} \rightarrow 1 \text{ g} = 1000 \text{ mg}$$

$$5 \text{ ml} = 1000 \text{ mg}$$

$$1 \text{ ml} = \frac{1000 \text{ mg}}{5}$$

$$5$$

1 ml = 200 mg (setiap 1 ml mengandung 200 mg Ceftriaxone apabila dioplos dengan 5 ml aquabidest).

Namun hasil berbeda apabila Ceftriaxone ini dioplos dengan 4 ml aquabidest, yaitu:

$$4 \text{ ml} = 1 \text{ g} \text{ -----} \rightarrow 1 \text{ g} = 1000 \text{ mg}$$

$$4 \text{ ml} = 1000 \text{ mg}$$

1 ml = 250 mg (setiap 1ml mengandung 250 mg Ceftriaxone apabila dioplos dengan 4 ml aquabidest).

Soal:

- 1) Tn. Tedi memperoleh injeksi Ceftriaxone dengan dosis 1 g
- 2) Nn. Ani memperoleh injeksi Ceftriaxone 900 mg

Tanya:

Berapa ml Ceftriaxone yang harus diberikan kepada Tn. Tedi dan Nn. Ani bila kemasan Ceftriaxone yang tersedia adalah 1 g dan dioplos dengan 5 cc?

Jawab:

Diket: Kemasan Ceftriaxone yang tersedia serbuk berat 1 g, 1 g = 1000 mg, Ceftriaxone dioplos dengan 5 cc. (Harus diingat bahwa ml= cc, 1 ml = 1 cc).

$$5 \text{ cc} = 1 \text{ g}$$

$$5 \text{ cc} = 1000 \text{ mg}$$

$$1 \text{ cc} = 200 \text{ mg}$$

Dit: Berapa cc injeksi Ceftriaxone yang harus diberikan?

- 1) Tn. Teddi memperoleh injeksi Ceftriaxone dengan dosis 1 g.
Sehingga Tn. Teddi memperoleh injeksi Ceftriaxone sebanyak **5 cc (1 vial)**.

- 2) Nn. Ani memperoleh injeksi 900 mg

Hasil perhitungan 1 ml = 200 mg

$$\text{Nn. Ani memperoleh injeksi} = \frac{900}{200} \text{ cc}$$

= **4,5 cc** injeksi Ceftriaxone.

b. Cefotaxime



Merk dagang: Cefotaxime, serbuk, berat 0,5 g (gram), kemasan vial.

Sebagaimana Ceftriaxone, maka Cefotaxime injeksi ini karena berupa serbuk tidak bisa diinjeksikan secara langsung, sehingga harus dioplos dulu dengan cairan aquabidestilata saat akan digunakan untuk menyuntik.

Apabila dioplos dengan 5 ml aquabidest,
maka 5 ml = 0,5 g (berat serbuk Cefotaxime)

$$5 \text{ ml} = 0,5 \text{ g} \text{ -----} \rightarrow 1 \text{ g} = 1000 \text{ mg}$$

$$5 \text{ ml} = 500 \text{ mg}$$

$$1 \text{ ml} = 100 \text{ mg}$$

Contoh Soal:

- 1) Tn. Tedi memperoleh injeksi Cefotaxime dengan dosis 1 g
- 2) Nn. Ani memperoleh injeksi Cefotaxime 900 mg

Tanya:

Berapa ml Cefotaxime yang harus diberikan kepada Tn. Tedi dan Nn. Ani bila kemasan Cefotaxime yang tersedia adalah 1 g dan dioplos dengan 5 cc?

Jawab:

Diket: Kemasan Cefotaxime yang tersedia serbuk dengan berat 0,5 g,
0,5 g = 500 mg, Cefotaxime dioplos dengan 5 cc.

$$5 \text{ cc} = 0,5 \text{ g}$$

$$5 \text{ cc} = 500 \text{ mg}$$

$$1 \text{ cc} = 100 \text{ mg}$$

Dit: Berapa cc injeksi Cefotaxime yang harus diberikan untuk Tn. Tedi dan Nn. Ani?

- 1) Tn. Tedi memperoleh injeksi Cefotaxime dengan dosis 1 g. Hasil perhitungan $500 \text{ mg} = 5 \text{ cc}$, maka Tn. Teddi memperoleh injeksi Cefotaxime sebanyak **10cc (2 vial)**.
- 2) Nn. Ani memperoleh injeksi 900 mg.
Hasil perhitungan $1 \text{ ml} = 100 \text{ mg}$
Maka Nn. Ani memperoleh = $\frac{900}{100}$ cc

100

= 9 cc injeksi Ceftriaxone.

c. Ranitidin



Merk dagang: Ranitidin, jenis obat injeksi cair, bentuk kemasan ampul, berat obat injeksi ini adalah 25 mg/ml, artinya setiap 1 ml mengandung 25 mg obat (1 ml = 25 mg).

Berbeda dengan injeksi serbuk, injeksi yang sudah berupa cairan tidak perlu pengoplosan, kecuali apabila injeksi tersebut akan diberikan untuk bayi atau anak yang membutuhkan dosis kecil atau pada kasus-kasus tertentu terkadang masih perlu dioplos untuk pengenceran.

Ranitidin 25 mg/ml, 1 ml = 25 mg.

Contoh Soal:

1. An. Ratman usia 5 tahun memperoleh injeksi Ranitidin dengan dosis 5 mg.
2. Tn. Tarmin usia 57 tahun memperoleh injeksi Ranitidin dengan dosis 37,5 mg.

Tanya:

Berapa ml Ranitidin yang harus diberikan kepada An. Ratman dan Tn. Tarmin ?

Jawab:

Diket: Kemasan Ranitidin yang tersedia 25 mg/ml. Maka 1 ml = 25 mg

Dit: Berapa cc injeksi Ranitidine yang harus diberikan untuk An. Ratman dan Tn. Tarmin?

- 1) An. Ratman memperoleh injeksi Ranitidine dengan dosis 5 mg.
Pada kemasan Ranitidine 1 ml = 25 mg, maka 0,1 ml = 2,5 mg.
Injeksi Ranitidine yang diberikan kepada An. Ratman = **0,2 cc**.
- 2) Tn. Tarmin memperoleh injeksi Ranitidine dengan dosis 37,5 mg.
Pada kemasan Ranitidine 1 ml = 25 mg. Injeksi Ranitidine yang diberikan kepada Tn. Tarmin adalah = $\frac{37,5}{25}$ cc
= 1,5 cc

Penghitungan dosis obat bisa menggunakan rumus:

$$= \frac{\text{Dosis yang diminta} \times \text{Jumlah larutan yang ada}}{\text{Dosis yang tersedia}}$$

Contoh gambar alat yang terkait dengan pemberian injeksi intra selang



LATIHAN

Latihan Praktikum 4: Pemeriksaan Dasar dan Kolaboratif

Ilustrasi kasus:

Ny. Punil, usia 25 tahun, mengeluh abdomen nyeri, mual, lemas, demam sudah tiga hari tidak turun dengan minum obat. Tim medis menegakkan diagnosis suspect Demam Berdarah. Klien akan dilakukan pemeriksaan Rumple Leed.

Soal: Lakukan prosedur yang tepat untuk Ny. Punil!

Tugas:

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 3 mahasiswa, masing-masing berperan sebagai model klien (probandus), perawat dan observer secara bergantian. Mahasiswa yang berperan sebagai model klien melaksanakan kegiatan yang diinstruksikan perawat dan menjawab seluruh pertanyaan yang diajukan perawat saat tindakan, peran sebagai perawat akan melakukan prosedur, dan peran sebagai observer akan melakukan observasi dengan memberikan centang pada tool tindakan.
2. Lakukan prosedur pemeriksaan *Rumple Leed* pada klien model, dimulai dari persiapan alat dan persiapan lingkungan (setting tempat seperti pada ruang rawat inap, atur lingkungan aman dan nyaman untuk klien).
3. Gunakan SOP yang sesuai untuk prosedur pemeriksaan *Rumple Leed*.

Petunjuk Evaluasi Latihan

1. Lakukan evaluasi praktikum pemeriksaan *Rumple Leed* dengan menggunakan format penilaian yang telah disediakan.
2. Hitunglah skor yang Anda peroleh, ulang kembali apabila penilaian Anda masih kurang.

RANGKUMAN

Pemeriksaan dasar dan kolaboratif dapat dilakukan oleh perawat sebagai bentuk pendelegasian tugas kolaboratif dari tim kesehatan lain, tim medis atau analis. Namun tugas ini bukan merupakan tugas pokok perawat. Guna memberikan pelayanan yang berkesinambungan dan kerjasama tim, maka perawat perlu mengetahui adanya pemeriksaan dasar dan kolaboratif bagi klien.

TEST FORMATIF 5

1. Pengambilan sampel darah arteri dilakukan untuk pemeriksaan dibawah ini:
 - A. Hematologi
 - B. Kimia darah
 - C. Albumin

- D. Analisa Gas Darah
 - E. Kultur darah
2. Hasil rumple leed dikatakan positif, apabila pada saat dihitung petekie berjumlah:
- A. 25
 - B. 19
 - C. 10
 - D. 8
 - E. 7
3. Nn. Ratu memperoleh injeksi Ketorolac dengan dosis 39 mg. Kemasan Ketorolac adalah ampul, jenis cairan dengan berat 30 mg/ ml. Berapa cc Ketorolac yang harus diinjeksikan kepada Nn. Ratu?
- A. 1 cc
 - B. 1,2 cc
 - C. 1,3 cc
 - D. 1,5 cc
 - E. 2 cc

UJI KETRAMPILAN

Soal kasus:

Seorang perempuan Nn. Sanah usia 15 tahun, dirawat dengan infeksi saluran kencing memperoleh injeksi Ceftriaxone sebanyak 800 mg, kemasan Ceftriaxone yang tersedia adalah 1 gram berupa serbuk. Ceftriaxone 1 gram dioplos dengan 5 cc aquabidest.

Tugas:

1. Lakukan tindakan keperawatan kolaboratif pada Nn. Sanah!
2. Gunakan SOP secara tepat.

UMPAN BALIK DAN TINDAK LANJUT

Pada saat melakukan uji ketrampilan, mintalah temanmu untuk menilai dengan menggunakan tool sesuai dengan SOP yang tepat, nilai berdasarkan hasil tindakan yang telah benar dilakukan dikalikan bobot yang tersedia.

SOP Pemeriksaan Rumple Leed

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	Persiapan Alat: spigmomanometer, stetoskop, kapas alkohol, bengkok, lembar catatan dan alat tulis, penlight, sarung tangan	3		
A.	Tahap Preinteraksi			
	1. Lakukan verifikasi order yang ada untuk pemeriksaan	3		
	2. Siapkan alat-alat	3		
B.	Tahap Orientasi			
	1. Memberi salam pada klien	3		
	2. Memperkenalkan diri dan identifikasi klien	3		
	3. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga	3		
C.	Tahap Kerja			
	1. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan	3		
	2. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan	5		
	3. Jaga privasi mengatur posisi klien	4		
	4. Lakukan pengukuran tekanan darah	5		
	5. Hitung batas tekanan sistolik dan diastolik dengan menggunakan rumus ($MAP = \text{sistolik} + \text{diastolik} : 2$)	5		
	6. Lakukan pengukuran MAP dengan mempertahankan tekanan hasil pengukuran MAP sampai kurang lebih 5 menit	7		
	7. Turunkan tekanan secara perlahan	7		
	8. Baca hasil: positif (ditemukan petekie >20) atau negative (tidak ditemukan petekie <10)	6		
	9. Bersihkan stetoskop dengan kapas alkohol	5		
	10. Catat hasil pengukuran	6		
	11. Melepaskan sarung tangan dan mencuci tangan	5		
D.	Terminasi			
	1. Evaluasi tindakan	5		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	5		
	1. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam	5		
E.	Penampilan			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		

	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan dalam melakukan tindakan	3		
Total		100		

SOP Mengumpulkan Sputum Untuk Pemeriksaan

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	Persiapan Alat: sputum pot, botol tempat bahan pemeriksaan, formulir pemeriksaan, alat tulis, kertas etiket	3		
A.	Tahap Preinteraksi			
	1. Lakukan verifikasi order yang ada untuk pemeriksaan	3		
	2. Siapkan alat-alat	3		
B.	Tahap Orientasi			
	1. Memberi salam pada klien	3		
	2. Memperkenalkan diri dan identifikasi klien	3		
	3. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga	3		
C.	Tahap Kerja			
	1. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan	8		
	2. Cuci tangan	8		
	3. Mengatur posisi klien dengan nyaman	10		
	4. Meminta klien untuk membatukkan dahaknya ke dalam sputum pot yang sudah disiapkan	10		
	5. Dahak diambil sekurang-kurangnya 5 cc, lalu dimasukkan ke dalam botol	10		
	6. Botol diberi etiket dan bersama formulir pemeriksaan yang telah diisi lengkap. Segera kirim ke laboratorium	10		
	7. Mencuci tangan	8		
D.	Terminasi			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
E.	Penampilan			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan dalam melakukan tindakan	3		
Total		100		

SOP Mengumpulkan Urine Untuk Pemeriksaan (Klien Mandiri)

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Ya	Tidak
	Persiapan Alat: botol bersih tertutup, bengkok, formulir pemeriksaan, sarung tangan, alat tulis, kertas etiket	3		
A.	Tahap Preinteraksi			
	1. Lakukan verifikasi order yang ada untuk pemeriksaan	3		
	2. Siapkan alat-alat	3		
B.	Tahap Orientasi			
	1. Memberi salam pada klien	3		
	2. Memperkenalkan diri dan identifikasi klien	3		
	3. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien atau keluarga	3		
C.	Tahap Kerja			
	1. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan	7		
	2. Mencuci tangan dan pakai sarung tangan	7		
	3. Jaga privasi	7		
	4. Klien dianjurkan untuk membersihkan area genitalia sebelum BAK.	7		
	5. Anjurkan pada klien untuk urine yang keluar permulaan dibiarkan mengalir sedikit, urine yang keluar selanjutnya ditampung dalam bengkok	8		
	6. Tuangkan ke dalam botol yang tersedia.	7		
	7. Klien dianjurkan untuk membersihkan area genitalia setelah BAK.	7		
	8. Mencuci tangan dan lepas sarung tangan	7		
	9. Botol spesimen diberi etiket yang jelas, formulir diisi, dan nantinya segera kirim ke laboratorium	7		
D.	Terminasi			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Berpamitan	3		
E.	Penampilan			
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan	3		
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan dalam melakukan tindakan	3		
Total		100		

SOP Pemberian obat intraselang

No	Aspek yang dinilai	Bobot	Ya	Tidak
A	Fase Orientasi			
	2. Memberi salam / menyapa klien	3		
	3. Memperkenalkan diri dan identifikasi klien	3		
	4. Menjelaskan tujuan tindakan	3		
	5. Menjelaskan langkah prosedur	3		
	6. Menanyakan kesiapan klien	3		
B	Fase Kerja			
	1. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan	4		
	2. Cek lima tepat pemberian obat (nama, dosis, cara, klien, waktu)	5		
	3. Menghitung dosis obat secara tepat	8		
	4. Menempatkan alat dekat klien	3		
	5. Memasang perlak pengalas	3		
	6. Memakai sarung tangan	3		
	7. Lakukan pengaturan sebagai berikut: a. Bila menggunakan <i>three way stopcock</i> maka atur arah kanul secara tepat, b. Apabila menggunakan <i>port injection</i> , maka buka lubang kanul, lakukan desinfeksi pada mulut lubang kanul, lepas jarum pada spuit lalu masukkan spuit pada lubang kanul c. Apabila menggunakan infus set biasa, maka desinfeksi area penusukan, tusukkan spuit dengan sudut 30 derajat dengan lubang jarum menghadap ke atas, pastikan area penusukan tepat	5		
	8. Menekuk selang infus untuk menutup aliran infus/ mengklem selang infus (pada penggunaan <i>three way stopcock</i> selang infus tidak perlu ditekuk karena sudah diatur melalui arah kanul)	4		
	9. Melakukan aspirasi	4		
	10. Memasukkan obat sesuai dengan waktu yang direkomendasikan	4		
	11. Membuka aliran infus dan mengecek tetesan infus	4		
	12. Melepas sarung tangan	3		
	13. Merapikan alat dan klien	3		

	14. Mencuci tangan	4		
C	Fase Terminasi			
	1. Melakukan evaluasi	4		
	2. Menyampaikan RTL	4		
	3. Berpamitan	4		
D	Penampilan selama Tindakan			
	1. Ketenangan selama melaksanakan tindakan	4		
	2. Melaksanakan komunikasi terapeutik selama tindakan	4		
	3. Ketelitian selama melakukan tindakan	4		
	4. Memperhatikan prinsip sterilitas	4		
Total		100		

KUNCI JAWABAN

FORMATIF 1

3. A
4. B
5. C

FORMATIF 2

1. A
2. B
3. C

FORMATIF 3

1. A
2. B
3. C

FORMATIF 4

1. A
2. B
3. C

FORMATIF 5

1. D
2. A
3. C

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi, 2008, *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*, Jakarta: Salemba Medika
- Comerford, K.C (Editor), 2007, *Fundamentals of Nursing Made Incredibly Easy*, Lippincott Williams & Wilkins.
- Delaune, S.C., and Ladner, P.K. 2011, *Fundamentals of Nursing Standards and Practice*, 4th Edition, New York: Cengage Learning.
- Hidayat, A. A. 2014. *Kebutuhan Dasar Manusia. Buku Saku Pratikum*. Jakarta: EGC
- Kozier, B. 2008, *Fundamental of Nursing: Concepts, Process and Practice*, 6th Edition. California: Pearson Education
- Lynn, P. 2011. *Taylor's Handbook of Clinical Nursing Skills*. 3rd Ed. Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia.
- Mubarak, W.I., 2007. *Kebutuhan Dasar Manusi Teori Dan Aplikasi Praktek*. Jakarta: EGC
- Potter, P.A., & Perry, A.G. 2005. *Buku Saku: Keterampilan dan Prosedur Dasar*. Jakarta: EGC
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P., Hall, A., and Peterson, V. 2013, *Clinical Companion Fundamentals of Nursing: Just the Facts*, 8th Ed. Elsevier
- Tollefson J. 2010. *Clinical Psychomotor Skills Assessment Tools for Nursing Student*, 4th Edition. South Melbourne: Pty Limited American Heart Association.
- Saryono & Widiyanti, Anggriyana Tri. (2011). *Catatan Kuliah: Kebutuhan Dasar Manusia (KDM)*, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Uliyah, Musrifatul, dkk. (2008). *Keterampilan Dasar Praktik Klinik untuk Kebidanan*, Jakarta: Salemba Medika