



Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Jember

# STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

---

**Keterampilan Dasar Keperawatan**  
**MJU.IKEP-06**  
**Tahun Pembelajaran 20212**

## Penyusun:

Ns. Muhammad Ali Hamid, S.Kep., M.Kes.  
Ns. Ely Rahmatika Nugrahani, S.Kep., M.Kep  
Ns. Ayesie Natasa Zulka, S.Kep., M.Kep  
Ns. Saiful Walid, S.Kep., M.M.Kes

**PANDUAN PRAKTIKUM  
KETERAMPILAN DASAR KEPERAWATAN**



**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JEMBER**  
**BUKU PETUNJUK PRAKTIKUM**  
**KETERAMPILAN DASAR KEPERAWATAN**  
**No. Dokumen: 00801 20072**

Status Dokumen	:	Master	Salinan
No Revisi	:	00	
Tanggal terbit	:	8 April 2022	
Jumlah halaman	:	17 Halaman	

Dibuat oleh:		Disetujui oleh	
			
Nama	Ns. Ely Rahmatika Nugrahani, S.Kep., M.Kep.	Nama	Ns. Yeni Suryaningsih, S.Kep., M.Kep.
Jabatan	Penyusun	Jabatan	Ketua Prodi
Tanggal	29 Maret 2022	Tanggal	3 April 2022

Ditetapkan oleh:	
	
Nama	Ns. Sasmiyanto, S.Kep., M.Kes.
Jabatan	Dekan
Tanggal	6 April 2022

*Isi dokumen ini sepenuhnya merupakan rahasia Universitas Muhammadiyah Jember dan tidak boleh diperbanyak, baik sebagian maupun seluruhnya tanpa ijin tertulis.*



# PANDUAN PRAKTIKUM KETERAMPILAN DASAR KEPERAWATAN

OLEH:

Ns. M Ali Hamid, S.Kep., M.Kes  
Ns. Ayesie Natasa Zulka, S.Kep., M.Kep.  
Ns. Ely Rahmatika Nugrahani, S.Kep., M.Kep.  
Ns. Saiful Walid, M.M.Kes

Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Jember  
April 2022

## **PRAKATA**

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat-Nya, sehingga pembuatan buku Petunjuk Praktikum Keterampilan Dasar Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Jember dapat terlaksana. Shalawat dan salam semoga senantiasa tercurahkan kepada Rasulullah SAW.

Buku Petunjuk Praktikum Keterampilan Dasar Keperawatan adalah acuan pelaksanaan praktikum yang harus dilaksanakan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan semester 2. Panduan praktikum ini berisi tentang materi, bahan dan alat-alat yang dibutuhkan dalam praktikum serta cara kerja untuk menjalankan praktikum. Praktikum Praktikum Keterampilan Dasar Keperawatan merupakan salah satu rangkaian kegiatan akademik untuk mengembangkan kemampuan dasar kompetensi khususnya aspek psikomotorik dan afektif dalam hal kemampuan keterampilan dasar di laboratorium.

Dengan adanya buku petunjuk praktikum ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami prosedur pelaksanaan praktikum, sehingga mahasiswa akan memiliki kemampuan menganalisa dan mengevaluasi hasil praktikum sesuai dengan teori dasar. Penyusunan buku panduan praktikum ini masih sangat banyak kekurangannya. Oleh karena itu, kami mohon kritik dan saran dari para pembaca supaya buku petunjuk praktikum ini selanjutnya dapat tersusun dengan lebih baik.

Jember, Maret 2022

Penulis

## **DESKRIPSI MATA KULIAH**

### **Penjelasan Mata Kuliah**

Mata kuliah ini membahas tentang prosedur keperawatan yang menjadi dasar ilmiah dalam praktik keperawatan yang mencakup pengukuran tanda vital, pengkajian keperawatan dan pemeriksaan fisik dan prosedur pemberian medikasi, rawat luka. Pengalaman belajar meliputi pembelajaran di kelas, laboratorium keperawatan, dan klinik.

### **Materi Pembelajaran**

Materi pembelajaran pada semester ini adalah:

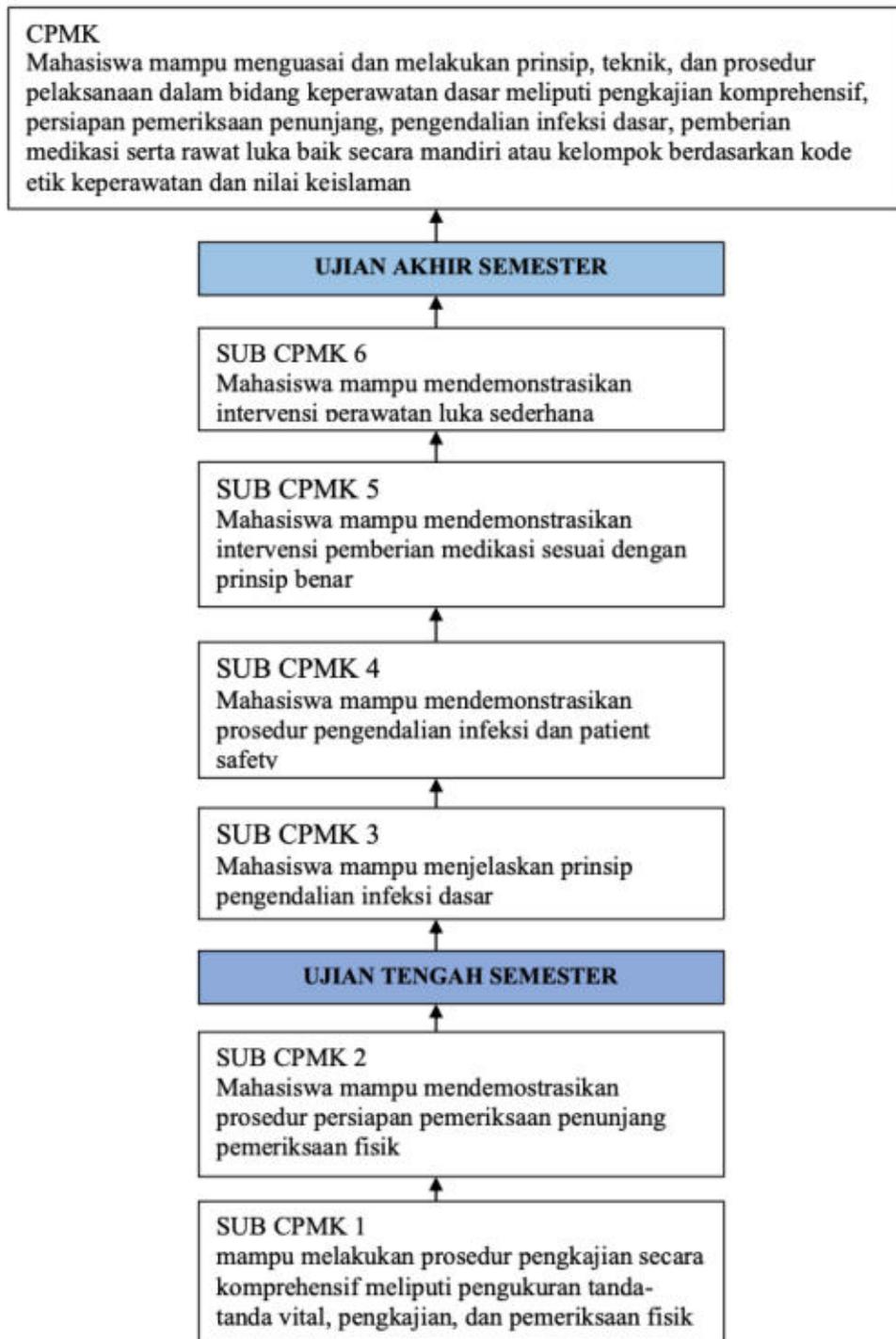
1. Pengukuran tanda vital
2. Pengkajian keperawatan (anamnesa dan pengumpulan data sekunder)
3. Persiapan pasien untuk pemeriksaan penunjang Prosedur persiapan pemeriksaan penunjang Pengendalian infeksi dasar
4. Safe patient handling
5. Infeksi nosocomial
6. Prinsip pemberian medikasi
7. Prosedur pemberian medikasi oral
8. Prosedur pemberian medikasi parenteral Prosedur pemberian medikasi topical
9. Prosedur pemberian medikasi suppositoria Prinsip rawat luka
10. Prosedur perawatan luka sederhana

### **Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)**

Capaian pembelajaran mata kuliah ini adalah sebagai berikut:

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan secara komprehensif yang mencakup pengukuran tanda-tanda vital, pengkajian keperawatan dan pemeriksaan fisik
2. Mampu mempersiapkan pasien yang akan melakukan pemeriksaan penunjang
3. Mampu menerapkan prinsip dan prosedur pengendalian infeksi dan patient safety
4. Mampu mendemonstrasikan prosedur intervensi dalam pemberian medikasi dengan menerapkan prinsip benar
5. Mampu mendemonstrasikan prosedur intervensi perawatan luka sederhana

## Analisis Pembelajaran Mata Kuliah



## **PETUNJUK PENGGUNAAN PETUNJUK PRAKTIKUM**

### **A. Petunjuk Bagi Dosen**

Dalam setiap kegiatan belajar dosen berperan untuk:

1. Membantu mahasiswa dalam merencanakan proses belajar
2. Membimbing mahasiswa dalam memahami konsep, analisa, dan menjawab pertanyaan mahasiswa mengenai proses belajar.
3. Mengorganisasikan kegiatan belajar kelompok.

### **B. Petunjuk Bagi Mahasiswa**

Untuk memperoleh prestasi belajar secara maksimal, maka langkah-langkah yang perlu dilaksanakan dalam modul ini antara lain:

1. Bacalah dan pahami materi yang ada pada setiap kegiatan belajar. Bila ada materi yang belum jelas, mahasiswa dapat bertanya pada dosen.
2. Kerjakan setiap tugas diskusi terhadap materi-materi yang dibahas dalam setiap kegiatan belajar.
3. Jika belum menguasai level materi yang diharapkan, ulangi lagi pada kegiatan belajar sebelumnya atau bertanyalah kepada dosen.

**BAB 1**  
**PENGUKURAN TANDA-TANDA VITAL, PENGKAJIAN,**  
**DAN PEMERIKSAAN FISIK**

A. Kompetensi Akhir Diharapkan

Mahasiswa mampu melakukan prosedur pengkajian secara komprehensif meliputi pengukuran tanda-tanda vital, pengkajian, dan pemeriksaan fisik

B. Indikator Pencapaian Kompetensi

1. Kemampuan mahasiswa mengidentifikasi pengukuran tanda-tanda vital
2. Ketepatan melakukan prosedur pengukuran tanda-tanda vital

C. Materi

1. Pengukuran suhu
2. Pengukuran nadi (frekuensi nadi, irama, denyut, tekanan)
3. Pengukuran respirasi (irama, kedalaman, frekuensi, jenis)
4. Pengukuran tekanan darah (sistole, diastole, MAP)
5. Pengukuran kesadaran (kualitatif, kuantitatif)
6. Pengukuran produksi urine(kualitatif , kuantitatif) Pengukuran nyeri

D. Standar Operasional Prosedur

1. Pengukuran suhu di axilla/ketiak
2. Pengukuran suhu di mulut
3. Pengukuran suhu di anus
4. Menghitung denyut nadi
5. Menghitung pernafasan
6. Mengukur tekanan darah
7. Pemeriksaan fisik kepala dan leher
8. Pemeriksaan thorak pulmo
9. Pemeriksaan thorak cor
10. Pemeriksaan abdomen
11. Pemeriksaan musculoskeletal
12. Pemeriksaan neurologis
13. Pengkajian

E. Latihan

1. Lakukan pengukuran tanda tanda vital pada anggota keluarga, dan berikan intepretasinya.
2. Lakukan pemeriksaan fisik sesame teman, dan catat hasilnya dalam format begikut.

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin :

Kepala- Leher	Hasil Pemeriksaan	Hasil Rujukan	Intepretasi
<b>Kepala</b>			
<b>Mata</b>			
<b>Telinga</b>			
<b>Hidung</b>			
<b>Mulut</b>			
<b>Leher</b>			

	<b>ANAMNESA (AUTOANAMNESIS DAN ALOANAMNESIS)</b>
<b>DEFINISI</b>	<p>Anamnesa atau wawancara medis adalah tahap awal dari suatu rangkaian pemeriksaan terhadap pasien baik berupa wawancara medis pada pasien yang bersangkutan atau keluarga maupun relasi terdekatnya. anamnesa terdiri dari 2 macam:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auto anamnesa: merupakan anamnesis terhadap pasien itu sendiri.</li> <li>2. Aloanamnesis: merupakan anamnesis terhadap keluarga atau relasi terdekat atau yang membawa pasien tersebut ke rumah sakit</li> </ol>
<b>TUJUAN</b>	<p>Untuk mendapatkan informasi menyeluruh pasien yang bersangkutan seperti data medis organobiologis dan juga data psikososial serta lingkungan pasien</p>
<b>INDIKASI</b>	<p>Dilakukan pada semua pasien</p>
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<p>Memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan tindakan</p>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lembar pengkajian</li> <li>2. Alat tulis</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat memberikan salam dan berjabat tangan pasien dan mempersilahkan duduk.</li> <li>2. Perawat memperkenalkan diri.</li> <li>3. Perawat menerangkan maksud dan tujuan wawancara yang akan dilakukan.</li> <li>4. Perawat menanyakan identitas pasien secara lengkap dan mencatatnya dalam catatan medik</li> <li>5. Perawat bersikap perhatian kepada pasien, dan bersikap empati agar pasien terbuka bercerita dengan kata – katanya sendiri.</li> <li>6. Perawat menanyakan riwayat penyakit sekarang (yang didahului keluhan utama pasien) dan mencatatnya dalam catatan medis</li> <li>7. Perawat menuliskan diskripsi atau analisis terhadap keluhan utama atau keluhan penting lainnya dalam catatan medis. Seperti : lamanya, onset atau awalan timbulnya mendadak / berangsur, apa yang kemudian terjadi, menetap atau tidak, frekuensi – kronologi /urutan waktu bertambah buruk atau baik, faktor pencetus, gejala yang menyertai</li> <li>8. Perawat menanyai Riwayat Penyakit Dahulu (RPD), penyakit yang pernah diderita (waktunya), alergi, kecelakaan / operasi. Apakah ada gejala sisa ? dan mencatatnya dalam catatan medis</li> <li>9. Perawat menanyai riwayat penyakit keluarga (RPK), menanyai keadaan keluarga tentang umur dan keadaan masing – masing anggota keluarga bila masih hidup atau umur waktu meninggal dan sebabnya,peran hereditas dan mencatatnya dalam catatan medis.</li> <li>10. Perawat menanyakan riwayat pribadi, social ekonomi dan budaya pasien (tempat dan cara partus, bila diketahui, peristiwa penting semasa kanak – kanak dan sikap pasien terhadap keluarga dekat)</li> <li>11. Riwayat social : pendidikan, pekerjaan, jam kerja, pengaruh lingkungan kerja dan mencatat di dalam catatan medis</li> <li>12. Perawat menanyakan pertanyaan penutup kepada pasien,apakah ada hal – hal yang belum jelas maupun yang merisaukan pasien dan</li> </ol>

	<p>memberikan kesempatan apabila masih ada pertanyaan yang akan disampaikan.</p> <p>13. Perawat mencantumkan paraf dan nama Perawat di bawah catatan anamnesa yang telah dicatat di dalam catatan medis</p> <p>14. Perawat mengucapkan terimakasih kepada pasien dan memberikan jabat tangan kembali</p>
<b>REFERENSI</b>	Potter, A & Perry, A 2012, Buku ajar fundamental keperawatan; konsep, proses, dan praktik, vol.2, edisi keempat, EGC, Jakarta

## PENGUKURAN TTV DAN PEMERIKSAAN FISIK

	<b>PENGUKURAN SUHU DI AXILLA / KETIAK</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan untuk mengukur suhu tubuh dengan menggunakan thermometer aksila
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	Menerangkan prosedur yang akan dikerjakan
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Termometer bersih dalam tempatnya</li> <li>2. Tiga botol berisi :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- botol berisi larutan sabun</li> <li>- botol berisi larutan lisol 5 % didalamnya diberi alas kain kassa</li> <li>- botol berisi air bersih, didalamnya diberi alas kain kassa</li> </ul> </li> <li>3. Potongan tissue dalam tempatnya</li> <li>4. Bengkok</li> <li>5. Buku catatan</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membawa alat-alat kedekat pasien</li> <li>2. Mencuci tangan</li> <li>3. Mengeringkan ketiak pasien dengan sapu tangan / handuk pasien</li> <li>4. Memeriksa termometer apakah air raksa sudah turun sampai reservoir (jika belum turunkan dulu)</li> <li>5. Menjepit termometer ditengah-tengah ketiak, lengan pasien dilipat di dada, tangan pasien memegang bahu di sebelahnya sementara tangan lain menahan siku, sehingga ketiak tertutup rapat.</li> <li>6. Mengangkat termometer setelah 5 – 10 menit, dibersihkan dengan tissue dari atas kearah reservoir.</li> <li>7. Membaca dan mencatat hasil</li> <li>8. Membersihkan termometer sesuai dengan prosedur</li> <li>9. Menurunkan air raksa sampai reservoir</li> <li>10. Mengembalikan ketempat semula</li> <li>11. Mencuci tangan</li> </ol>
<b>HAL-HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien harus tenang dan berada di tempat tidur</li> <li>2. Ketiak harus kering dan tertutup rapat</li> <li>3. Tidak boleh ada penghalang antara ketiak dan termometer</li> <li>4. Sebelum digunakan, periksa air raksa, apakah sudah turun / belum</li> <li>5. Saat menurunkan air raksa harus hati – hati agar tidak terjatuh atau pecah.</li> </ol>
<b>REFERENSI</b>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## PENGUKURAN TTV DAN PEMERIKSAAN FISIK

	<b>PENGUKURAN SUHU DI MULUT</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan untuk mengukur suhu tubuh dengan menggunakan thermometer oral
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	Menerangkan prosedur yang akan dikerjakan
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Termometer bersih dalam tempatnya</li> <li>2. Tiga botol berisi :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- botol berisi larutan sabun</li> <li>- botol berisi larutan lisol 5 % didalamnya diberi alas kain kassa</li> <li>- botol berisi air bersih, didalamnya diberi alas kain kassa</li> </ul> </li> <li>3. Potongan tissue dalam tempatnya</li> <li>4. Bengkok</li> <li>5. Buku catatan</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendekatkan alat kedekat pasien</li> <li>2. Mencuci tangan</li> <li>3. Menyuruh pasien membuka mulut</li> <li>4. Meletakkan ujung termometer di bawah lidah pasien dari sudut mulut</li> <li>5. Menyuruh pasien mengatupkan mulut rapat-rapat dan bernafas melalui hidung</li> <li>6. Mengangkat termometer setelah 3 – 5 menit di lap dengan tissue dari atas ke arah reservoir</li> <li>7. Membaca dan mencatat hasilnya</li> <li>8. Membersihkan termometer sesuai prosedur</li> <li>9. Mencuci tangan</li> </ol>
<b>HAL-HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak boleh dilakukan pada pasien tidak sadar atau gelisah</li> <li>2. Sepuluh menit sebelum pengukuran suhu, pasien tidak boleh minum atau makan yang panas / dingin (es)</li> <li>3. Selama termometer dimulut, pasien dilarang bicara</li> <li>4. Berbahaya bila pecah dimulut, pecahannya dapat melukai selaput lendir mulut dan air raksanya dapat tertelan</li> <li>6. Tidak boleh dilakukan pada pasien anak-anak / bayi</li> </ol>
<b>REFERENSI</b>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## PENGUKURAN TTV DAN PEMERIKSAAN FISIK

	<b>PENGUKURAN SUHU DI ANUS</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan untuk mengukur suhu tubuh dengan menggunakan thermometer anal
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	Menerangkan prosedur yang akan dikerjakan
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Termometer bersih dalam tempatnya</li> <li>2. Tiga botol berisi :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- botol berisi larutan sabun</li> <li>- botol berisi larutan lisol 5 % didalamnya diberi alas kain kassa</li> <li>- botol berisi air bersih, didalamnya diberi alas kain kassa</li> </ul> </li> <li>3. Potongan tissue dalam tempatnya</li> <li>4. Bengkok</li> <li>5. Buku catatan</li> <li>6. Vaseline</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membawa alat-alat ke dekat pasien</li> <li>2. Mencuci tangan</li> <li>3. Membebaskan pasien yang menutupi bokong</li> <li>4. Memiringkan pasien</li> <li>5. Menekukkan kaki pasien sebelah atas ke arah perut</li> <li>6. Mengoleskan vaselin pada ujung termometer</li> <li>7. Menyingkap belahan pantat bagian atas dengan tangan kiri sehingga anus terlihat</li> <li>8. Memasukkan termometer kedalam anus kira-kira 3 cm</li> <li>9. Mengangkat termometer setelah 2 – 3 menit, di lap dengan tissue dari atas kearah reservoir</li> <li>10. Membaca dan mencatat hasil</li> <li>11. Merapikan pasien</li> <li>12. Membersihkan termometer sesuai prosedur</li> <li>13. Mengembalikan ketempat semula</li> <li>14. Mencuci tangan</li> </ol>
<b>HAL-HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak boleh dilakukan pada pasien dengan penyakit kelamin dan luka pada anus</li> <li>2. Selama pengukuran pasien harus dijaga :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menghindari bahaya pecahnya reservoir</li> <li>- Mempertahankan posisi reservoir selama waktu pengambilan suhu</li> </ul> </li> </ol>
<b>REFERENSI</b>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## PENGUKURAN TTV DAN PEMERIKSAAN FISIK

	<b>MENGHITUNG DENYUT NADI</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan untuk menghitung denyut nadi
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	Menerangkan prosedur yang akan dikerjakan
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Arloji tangan dengan penunjuk detik</li> <li>b. Buku catatan</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan</li> <li>2. Mempersilahkan pasien berbaring / duduk dengan tenang di tempat tidur</li> <li>3. Memegang pergelangan tangan pasien dengan jari telunjuk, jari tengah dan jari manis untuk meraba nadi</li> <li>4. Tangan yang lain memegang alat penghitung nadi</li> <li>5. Menghitung nadi selama setengah menit hasilnya di kalikan dua (perhatikan isi, irama dan tekanan nadi)</li> <li>6. Mencatat hasilnya</li> <li>7. Mencuci tangan</li> </ol>
<b>HAL-HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien harus tenang</li> <li>2. Dihitung setelah nadi teraba dengan baik</li> <li>3. Pada keadaan tertentu seperti pada penyakit jantung dan keadaan pasien payah harus dihitung satu menit penuh</li> <li>4. Bila menggunakan Polsteller, harus dipegang tegak lurus, tabung berisi serbuk bagian atas</li> </ol> <p>Bila ada kelainan harus dilaporkan kepada perawat yang bertanggung jawab / dokte</p>
<b>REFERENSI</b>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## PENGUKURAN TTV DAN PEMERIKSAAN FISIK

	<b>MENGHITUNG PERNAFASAN</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan untuk menghitung irama pernafasan
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	Menerangkan prosedur yang akan dikerjakan
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Arloji tangan dengan penunjuk detik</li> <li>b. Buku catatan</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menghitung pernafasan dengan melihat turun naik dada sambil memegang pergelangan tangan pasien</li> <li>2. Menghitung dalam satu menit dan hasilnya di catat</li> </ol>
<b>HAL-HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penghitungan pernafasan dilakukan bersamaan dengan pengukuran suhu</li> <li>2. Waktu menghitung pernafasan, jangan sampai diketahui pasien</li> <li>3. Satu kali pernafasan ialah satu kali mengeluarkan napas dan satu kali menarik nafas.</li> </ol>
<b>REFERENSI</b>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## PENGUKURAN TTV DAN PEMERIKSAAN FISIK

	<b>MENGUKUR TEKANAN DARAH</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan untuk mengukur besarnya tekanan darah
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	Menerangkan prosedur yang akan dikerjakan
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tensimeter</li> <li>2. Stetoscop</li> <li>3. Buku catatan</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lengan baju dibuka / digulung</li> <li>2. Manset termometer dipasang pada lengan atas dengan pipa karet nya berada disisi luar lengan</li> <li>3. Manset dipasang tidak terlalu kuat atau terlalu longgar</li> <li>4. Pompa tensimeter dipasang</li> <li>5. Denyut arteri brachialis diraba, lalu stetoscop ditempatkan pada daerah tersebut</li> <li>6. Sekrup balon karet ditutup, pengunci air raksa dibuka, selanjutnya balon dipompa sampai denyut arteri tidak terdengar lagi dan air raksa di pipa gelas naik</li> <li>7. Sekrup balon dibuka perlahan-lahan sehingga air raksa turun perlahan-lahan, sambil memperhatikan turunnya air raksa, dengarkan bunyi denyutan pertama.</li> <li>8. Skala permukaan air raksa pada waktu terdengar denyutan pertama disebut tekanan systole</li> <li>9. Dengarkan terus sampai denyutan berakhir, skala permukaan air raksa pada waktu denyutan berakhir disebut tekanan dyastole</li> <li>10. Pencatatan hasil dilakukan dengan cara sbb : Systole diatas, dan Diastole dibawah, misalnya 120/180 dengan satuan mmHg</li> </ol>
<b>HAL-HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memasang manset harus tepat diatas permukaan dinding arteria brachialis</li> <li>2. Menempelkan stetoscop jangan terlalu keras dan penggunaannya harus betul-betul tepat</li> <li>3. Sebelum menutup tensi meter masukkan dulu air rakra ke dalam reservoirnya, manset dan balon disusun pada tempatnya untuk mencegah pecahnya tabung air raksa.</li> <li>4. Pada anak-anak digunakan manset khusus</li> <li>5. Bilamana menggunakan tensi meter elektronik (battery) penggunaannya sesuaikan dengan petunjuk yang ada secara tepat dan benar</li> </ol>
<b>REFERENSI</b>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## PENGUKURAN TTV DAN PEMERIKSAAN FISIK

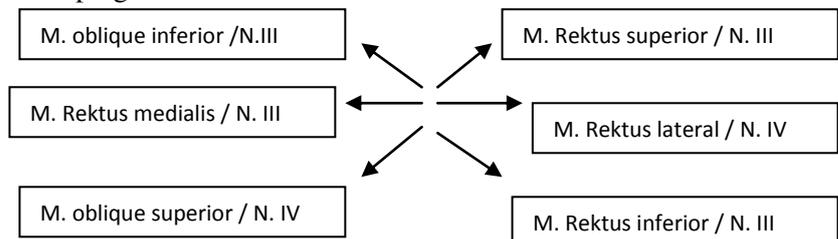
	<b>PEMERIKSAAN KEPALA DAN LEHER</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan untuk memeriksa kepala dan leher
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, panggil klien dengan nama panggilannya</li> <li>2. Jelaskan tujuan tindakan</li> <li>3. Beri kesempatan klien untuk bertanya</li> <li>4. Berikan privasi pada klien</li> </ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tongue spatel</li> <li>b. Penlight</li> <li>c. Garpu tala</li> <li>d. Optalmoskop</li> <li>e. Otokop</li> <li>f. Kertas penyaring</li> <li>g. Snellen chart</li> <li>h. Kartu isihara</li> <li>i. Stetoskop</li> <li>j. Dua Penggaris</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Pemeriksaan Kepala</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji posisi kepala dan gambaran wajah klien. Kepala normalnya tegak dan stabil</li> <li>b. Kaji bentuk kepala untuk mengetahui adanya : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidrosefalus</li> <li>• Mikrosefalus</li> <li>• Kraniosinostosis</li> <li>• Skafosefali</li> <li>• Akrosefali</li> <li>• Plegiosefali</li> <li>• Frontal bossing</li> </ul> </li> <li>c. Lakukan palpasi untuk mengetahui adanya jejas, massa, dan nyeri tekan</li> <li>d. Kaji ekspresi wajah klien. Perhatikan kesimetrisan wajah</li> </ol> </li> <li><b>2. Pemeriksaan Rambut</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Inspeksi dan palpasi rambut rambut untuk untuk mengetahui : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Warna rambut</li> <li>• Kuantitas rambut ; tipis atau lebat</li> <li>• Penyebaran rambut; jarang atau alopesia total</li> <li>• Tekstur rambut; halus atau kasar</li> <li>• Kebersihan rambut dan kulit kepala; bau, ketombe, kutu rambut</li> </ul> </li> </ol> </li> <li><b>3. Pemeriksaan Mata</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji posisi dan kesejajaran mata dalam kaitannya antara satu</li> </ol> </li> </ol>

dengan yang lain. Temuan dapat berupa :

- Mata sejajar
  - Eksoftalmus
  - Penonjolan mata abnormal akibat tumor atau inflamasi orbital.
- b. Inspeksi kesimetrisan alis, ukuran, ekstensi, tekstur rambut, kesejajaran dan gerakan.
- c. Kaji kelopak mata untuk posisi, warna, kondisi, dan kemampuan untuk membuka, menutup dan berkedip.
- Kondisi kelopak mata :
    - Ptosis
    - Ektropion
    - Entropion
  - Kaji kelopak mata atas. Minta klien menutup mata. Naikkan alis klien dengan ibu jari dan regangkan kulit kelopak mata atas. Normalnya halus dan berwarna sama dengan kulit. Temuan abnormal :
    - Kemerahan
    - Edema pada kelopak mata
  - Lakukan hal yang sama pada kelopak mata bagian bawah.
- d. Kaji apparatus lakrimalis dengan melakukan tes schirmer.
- Pakailah sepotong kertas penyaring berukuran 5x5 cm. lipatlah kertas menjadi beberapa mm dan letakkan dalam saku konjungtiva pada kelopak mata bawah.
  - Setelah 5 menit kelenjar lakrimalis normal akan mengeluarkan air mata yang cukup untuk membasahi potongankertas penyaring sepanjang 15 mm atau lebih.
- e. Kaji konjungtiva
- Minta klien melihat ke atas dan tekan kelopak mata bawah dengan hati-hati untuk melihat warna konjungtiva. Konjungtiva pucat menandakan adanya anemia dan konjungtiva berwarna merah menandakan adanya inflamasi.
- f. Kaji warna sclera. Normalnya sclera berwarna putih porselen. Kaji adanya :
- Kemerahan
  - ikterus
- g. Kaji kejernihan kornea. Normalnya kornea berwarna jernih
- h. Kaji ukuran, bentuk,akomodasi dan reflek pupil terhadap cahaya.
- Temuan yang mungkin didapat :
    - Pupil keruh
    - Pin point
  - Kaji reflek cahaya. Pengkajian dilakukan di ruang

redup. Minta klien melihat lurus ke depan. Pegang penlight dengan jarak  $\pm 15$  cm dari mata. Arahkan penlight dari sisi lateral ke medial pupil.. Temuan yang didapat :

- Miosis
  - Midriasis
  - Isokor
  - Anisokor
- Lakukan tes refleksi konsensual. Sinari salah satu mata dengan penlight. Pupil pada mata yang diberi rangsang cahaya langsung akan berkonstriksi, diikuti pupil pada mata yang lainnya. Lakukan pemeriksaan pada mata lainnya.
  - Lakukan uji akomodasi. Minta klien melihat benda yang jauh kemudian melihat benda yang dipegang perawat (pensil atau jari) pada jarak  $\pm 10$  cm dari batang hidung klien. Normalnya pupil konvergen dan berakomodasi dengan berkonstriksi saat melihat benda dekat.
- i. Kaji pergerakan bola mata. Klien diminta duduk atau berdiri pada jarak 2 kaki dari perawat. Perawat mengangkat jari pada jarak 15 – 30 cm di depan mata klien. Gerakkan jari sesuai pola pergerakan otot bola mata.



Klien menahan kepala tetap pada posisi menghadap perawat dan mengikuti gerakan jari hanya dengan mata. Kemungkinan yang ditemukan :

- Strabismus
  - Nistagmus
- j. Kaji tajam penglihatan/visus. Klien diminta berdiri pada jarak 6 meter dari kartu snellen. Minta klien membaca huruf-huruf yang ada pada kartu snellen dengan menggunakan salah satu mata dan mata yang lain ditutup. Lakukan pemeriksaan pada mata yang lain.
- k. Lapang penglihatan. Minta klien duduk atau berdiri pada jarak 60 cm (2 kaki) menghadap perawat dengan posisi mata pasien sejajar dengan mata pasien. Klien menutup satu mata dan menghadap ke arah mata perawat yang berlawanan. Perawat melakukan hal yang sama sehingga lapang pandang tumpang tindih dengan lapang pandang klien. Perawat menggerakkan jari dengan jarak yang sama dari perawat – klien, jari digerakkan dari arah luar lapang pandang dibawa masuk ke area lapang pandang. Klien diminta memberitahu perawat jika jari sudah

terlihat.

1. Kaji kondisi buta warna. Minta klien membaca angka-angka yang terdapat dalam kartu isihara.

#### 4. Pemeriksaan Telinga

- a. Kaji bentuk anatomi telinga; bentuk dan penempatan dan struktur telinga luar.
- b. Kaji riwayat tinnitus, vertigo dan nyeri
- c. Lakukan palpasi pada antrum mastoid. Tarik daun telinga ke arah depan dengan salah satu tangan, jari telunjuk pada tangan yang lain menekan tragus.
  - Nyeri tekan pada tulang mastoideus mengindikasikan otitis media akut
  - Nyeri tekan pada antrum mastoideus mengindikasikan mastoiditis
- d. Kaji adanya lesi, kebersihan dan kondisi kulit telinga.
- e. Lakukan pemeriksaan pendengaran (Tes Rinne, Tes Weber, Tes Swabach)
  - **Tes Rinne.** Getarkan garpu tala 512 Hz. Letakkan garpu tala di belakang Os. Mastoideus. Minta pasien merasakan getaran garpu tala. Setelah klien tidak merasakan getaran pada Os. Mastoideus minta klien memberitahu perawat dan pindahkan garpu tala ke depan kanalis eksterna. Normalnya getaran garpu tala akan terdengar lagi (hasil tes positif)
  - **Tes Weber.** Getarkan garpu tala 512 Hz dan letakkan di tengah Os. Frontalis. Tanyakan pada klien apakah klien merasakan getaran yang lebih kuat pada salah satu telinga.
  - **Tes Swabach.** Getarkan garpu tala 512 Hz dan letakkan pada Os. Mastoideus klien. Minta klien memberitahu jika sudah tidak merasakan garpu tala. Kemudian pindahkan garpu tala ke Os. Mastoideus perawat dan rasakan apakah perawat masih dapat merasakan getaran tersebut.

#### 5. Pemeriksaan Hidung

- a. Inspeksi bentuk, ukuran, warna dan deformitas pada hidung.
- b. Kaji kepatenan lubang hidung. Letakkan jari di salah satu sisi hidung dan sumbat lubang hidung yang lain. Klien diminta untuk bernafas dengan mulut tertutup. Lakukan pemeriksaan yang sama pada lubang hidung yang lain.
- c. Inspeksi septum dan turbinat. Minta klien menengadahkan kepala. Inspeksi kesejajaran septum, adanya perforasi atau perdarahan.
- d. Lakukan palpasi sinus. Palpasi sinus frontal dengan menekan menggunakan ibu jari pada daerah di atas dan di bawah alis.
- e. Lakukan transluminasi sinus. Lakukan pemeriksaan di ruang

gelap. Sinarkan cahaya terang yang kecil.

- Transluminasi sinus maksilaris. Tempatkan cahaya lateral pada hidung, di bawah aspek medialis mata. Pada saat klien membuka mulut, kaji apakah palatum sudah terluminasi atau belum.
- Transluminasi sinus frontalis. Tempatkan cahaya pada aspek medial lingkaran supraorbital. Cahaya merah redup harus ditransluminasikan tepat di bawah alis.

## 6. Pemeriksaan Mulut

- a. Kaji kondisi warna, tekstur, hidrasi, kontur dan adanya lesi pada bibir
- b. Kaji bau mulut dan halitosis
- c. Inspeksi gigi untuk melihat warna, posisi dan kesejajaran gigi. Kaji adanya karies gigi.
- d. Inspeksi mukosa dan gusi. Minta klien sedikit membuka dan rilekskan mulut. Retraksikan bibir bawah klien menjauh dari gigi. Lakukan hal yang sama pada bibir bagian atas. Kaji warna, hidrasi, tekstur dan adanya lesi.
- e. Kaji mukosa bukal dengan meminta klien membuka mulut dan mereutraksikan mulut dengan menggunakan tongue spatel atau jari tangan yang sudah memakai handskun
- f. Kaji kesimetrisan palatum saat klien mengucapkan kata “ah”
- g. Kaji kesimetrisan lidah, uvula dan tonsil

## 7. Pemeriksaan Leher

- a. Kaji bentuk dan warna kulit leher
- b. Kaji kesimetrisan bilateral otot leher.
  - **Fungsi M. sternocleidomastoideus.** Minta klien memfleksikan leher dengan dagu ke arah dada. Gerakkan kepala klien ke arah samping sehingga telinga bergerak ke arah bahu.
  - **Fungsi M. trapezius.** Hiperekstensikan kepala klien ke arah belakang.  
Normalnya leher dapat bergerak bebas tanpa ada rasa ketidaknyamanan atau rasa pusing.
- c. Palpasi nodus limfe. Kaji adanya edema, eritema atau guratan merah.
  - Minta klien rileks dan sedikit memfleksikan leher. Lakukan palpasi secara berurutan pada :
    - Nodus oksipital di bagian dasar tengkorak
    - Nodus posaurikular di Os. mastoideus
    - Nodus preakular tepat di depan telinga
    - Nodus retrofaring di sudut mandibula
    - Nodus submaksilaris dan nodus submental di garis tengah sudut di belakang sudut mandibula
  - Minta klien membungkukkan kepala ke depan dan rilekskan bahu. Lakukan palpasi pada :
    - Nodus servikal di sekitar M. sternocleidomastoideus
- d. Lakukan palpasi kelenjar tiroid.
  - Lakukan palpasi tiroid dari arah anterior. Ibu jari

	<p>meraba lobus lateral tiroid pada kedua sisi trakea.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan palpasi tiroid dari arah posterior. Jari-jari terletak medial terhadap M. sternocleidomastoideus dan minta klien untuk menelan. Tundukkan kepala klien ke depan untuk mengurangi ketegangan M. sternocleidomastoideus</li> </ul> <p>e. Lakukan palpasi trakea untuk mengetahui adanya deviasi trakea. Palpasi takik suprasternal, susurkan ibu jari dan telunjuk di setiap sisi leher.</p> <p>f. Kaji A. carotis. Klien berada dalam posisi berbaring terlentang dengan posisi kepala ditinggikan 30<sup>0</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeksi adanya pulsasi arteri.</li> <li>• Palpasi A. carotis. Minta klien memiringkan kepala ke salah satu sisi. Susurkan jari telunjuk dan jari tengah di sekitar medial M. sternocleidomastoideus.</li> <li>• Lakukan auskultasi pada A. carotis</li> </ul> <p>g. Lakukan palpasi V. jugularis. Klien berada pada posisi semifowler. Minta pasien menoleh ke salah satu sisi. Regangkan V. jugularis dengan menggunakan jari telunjuk dan jari tengah di atas M. sternocleidomastoideus. Lepaskan regangan dan catat adanya disetensi V. jugularis.</p> <p>h. Ukur tekanan V.jugularis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posisikan klien semifowler</li> <li>• Inspeksi adanya pulsasi vena</li> <li>• Ukur jarak vertical antara sudut Louis dan tingkat tertinggi titik pulsasi vena yang dapat terlihat</li> <li>• Buat garis dari tepi bawah penggaris biasa dengan ujung area pulsasi di V. jugularis. Kemudian ambil penggaris sentimeter dan buat tegak lurus dengan penggaris pertama setinggi sudut sternum. Ukur dalam cm jarak antara penggaris kedua dengan sudut sterna.</li> <li>• Ulangi pengukuran di sisi yang lain</li> </ul>
<b>REFERENSI</b>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## PENGUKURAN TTV DAN PEMERIKSAAN FISIK

	<b>PEMERIKSAAN THORAK PULMO</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan untuk memeriksa kondisi pulmo
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, panggil klien dengan nama panggilannya</li> <li>2. Jelaskan tujuan tindakan</li> <li>3. Beri kesempatan klien untuk bertanya</li> <li>4. Berikan privasi pada klien</li> </ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	Stetoskop
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inspeksi             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji bentuk dada. Bentuk dada normal pada dewasa ditentukan berdasarkan diameter anteroposterior dalam proporsi terhadap diameter lateral (1 : 2). Bentuk dada yang biasa didapatkan :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bentuk dada thoraks phtisis (panjang dan gepeng)</li> <li>• Bentuk dada thoraks en betau (thoraks dada burung)</li> <li>• Bentuk dada emfisematous (barrel chest)</li> <li>• Bentuk dada thoraks pektus ekskavatus</li> </ul> </li> <li>b. Kaji jenis pernafasan yang digunakan klien                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pernafasan dada</li> <li>• Pernafasan perut</li> <li>• Pernafasan dada dan perut</li> </ul> </li> <li>c. Kaji adanya retraksi                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraksi suprasternal</li> <li>• Retraksi intercosta</li> <li>• Retraksi supraclavikular</li> </ul> </li> <li>d. Kaji kesimetrisan pergerakan dinding dada</li> <li>e. Kaji pola nafas                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eupnea</li> <li>• Hiperapnea</li> <li>• Hiperventilasi</li> <li>• Apnea</li> <li>• Pernafasan biott</li> <li>• Pernafasan Cheyne Stokes</li> <li>• Pernafasan Kussmaul</li> <li>• Hipoventilasi</li> <li>• Takipnea</li> <li>• Bradipnea</li> <li>• Dispnea</li> <li>• Ortopnea</li> </ul> </li> <li>f. Kaji gerakan nafas                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regular</li> <li>• Irregular</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2. Palpasi             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji kelainan dinding thorax. Catat adanya lesi, nyeri,</li> </ol> </li> </ol>

	<p>bengkak, benjolan, dll.</p> <p>b. Palpasi ekskresi pernafasan thorax anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakkan kedua tangan pada dada klien sepanjang tepi costae, sehingga kedua ibu jari perawat terletak di garis tengah di atas sternum</li> <li>• Ketika klien mengambil nafas dalam, kedua ibu jari tangan harus bergerak secara simetris dan terpisah satu sama lain minimal 5 cm. ekspansi yang berkurang pada satu sisi menunjukkan adanya lesi pada sisi tersebut</li> </ul> <p>c. Palpasi ekskresi thorax posterior</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakkan kedua tangan dengan lembut pada dinding dada dengan jari-jari lurus menempel pada kedua sisi dada sepanjang proc. Spinalis costae 10. Ibu jari kanan dan kiri harus bertemu di tengah dan harus agak terangkat dari dinding dada sehingga dapat bergerak bebas sesuai irama pernafasan.</li> </ul> <p>d. Palpasi taktil fremitus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakkan sisi ulnar tangan perawat pada thorax klien.</li> <li>• Minta klien mengucapkan kata “tujuh – tujuh”, “Sembilan – Sembilan”</li> <li>• Bandingkan vibrasi pada saat klien berbicara</li> <li>• Lakukan pemeriksaan ke arah inferior thorax</li> </ul> <p>3. Perkusi</p> <p>a. Lakukan perkusi thorax.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perkusi thorax dimulai dari thorax posterior. Klien duduk dengan kepala fleksi ke depan dan tangan disilangkan ke atas pangkuan.</li> <li>• Perkusi kedua bagian atas bahu, hindari perkusi pada scapula.</li> <li>• Lakukan pemeriksaan ke arah inferior thorax</li> </ul> <p>b. Lakukan pemeriksaan ekskresi diafragma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien dalam posisi duduk.</li> <li>• Minta klien mengambil nafas dalam dan kemudian menahannya. Lakukan perkusi pada dinding dada sepanjang garis midscapular. Catat titik dimana terjadi perubahan bunyi dari resonan menjadi redup. Titik dapat ditandai.</li> <li>• Minta klien menghembuskan nafas dan menahannya. Lakukan teknik perkusi yang sama. Tandai titik dimana terjadi perubahan bunyi dari resonan menjadi redup.</li> <li>• Ukur jarak kedua titik. Ekskresi maksimal diafragma umumnya 5 – 7 cm.</li> </ul> <p>4. Auskultasi</p> <p>a. Letakkan diafragma stetoskop dengan kuat menekan dinding dada ketika klien bernafas melalui mulut secara perlahan dan dalam.</p> <p>b. Bagian dada yang berhubungan diauskultasi dengan sistematis dari dari apeks ke bagian dasar dan sepanjang garis midaksila untuk menilai segmen-segmen paru.</p> <p>c. Urutan auskultasi sama dengan urutan perkusi.</p> <p>d. Penting untuk mendengarkan dua kali inspirasi dan ekspirasi penuh pada kedua lokasi anatomi untuk memastikan</p>
--	---

	<p>interpretasi valid dari bunyi yang didengar.</p> <p>e. Nafas dalam berulang dapat menimbulkan gejala hiperventilasi. Gejala ini dapat dihindari dengan meminta klien istirahat dan bernafas dengan normal satu atau dua kali selama pemeriksaan.</p> <p>f. Temuan bunyi nafas normal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bunyi vesikuler; terdengar di hampir seluruh lapang paru</li> <li>• Bunyi bronkovesikuler; terdengar di ICS 1 dan ICS 2 thorax anterior serta diantara scapula</li> <li>• Bunyi bronchial; terdengar di atas manubrium sterni</li> <li>• Bunyi trakeal; di atas trakea pada leher.</li> </ul> <p>g. Bunyi nafas tambahan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ronchi</li> <li>• Wheezing</li> <li>• Krekel</li> <li>• Rales</li> <li>• Friction rub</li> <li>• Bronkofoni</li> <li>• Egofoni</li> </ul>
<b>REFERENSI</b>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## PENGUKURAN TTV DAN PEMERIKSAAN FISIK

	<b>PEMERIKSAAN THORAX COR</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan untuk memeriksa kondisi jantung
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, panggil klien dengan nama panggilannya</li> <li>2. Jelaskan tujuan tindakan</li> <li>3. Beri kesempatan klien untuk bertanya</li> <li>4. Berikan privasi pada klien</li> </ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Stetoskop</li> <li>b. Timer</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inspeksi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Posisikan klien terlentang dengan sudut 45<sup>0</sup></li> <li>b. Inspeksi kesimetrisan prekordium. Umumnya prekordium simetris. Temuan abnormal :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prekordium cekung</li> <li>• Prekordium cembung</li> </ul> </li> <li>c. Inspeksi denyut apeks jantung (ictus cordis). Ictus cordis umumnya tampak pada ICS 5 midclavicula sinistra. Sifat ictus cordis:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ictus cordis merupakan tonjolan kecil bersifat local. Pada kondisi pembesaran ventrikel kiri, ictus cordis akan meluas.</li> <li>• Ictus cordis hanya terjadi saat systole. Sehingga saat memeriksa iktus , lakukan juga palpasi pada A. carotis communis</li> </ul> </li> <li>d. Amati adanya denyutan nadi pada dada                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Denyutan nadi di ICS 2 dextra mengindikasikan adanya aneurisma aorta descendens</li> <li>• Denyutan nadi di ICS 2 sinistra mengindikasikan adanya dilatasi A. pulmonalis dan aneurisma aorta ascenden</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2. Palpasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Palpasi letak apek denyut jantung                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cari ICS 5 di sebelah kiri sternum. Gerakkan jari ke arah samping kiri di sepanjang garis midclavicula untuk menemukan ictus cordis.</li> <li>• Ictus cordis juga dapat dipalpasi dengan menggunakan telapak tangan. Letakkan telapak tangan di bawah papilla mammae. Pada klien wanita, angkat mammae supaya dapat palpasi di daerah yang tepat.</li> </ul> </li> <li>b. Palpasi pulsasi ventrikel kanan. Letakkan tangan di atas precordium di lateral sternum sebelah kiri. Adanya pulsasi ventrikel kanan adalah kondisi abnormal.</li> <li>c. Palpasi A. pulmonalis. Apabila A. pulmonalis mengalami dilatasi dan dapat teraba, denyutnya akan teraba pada ICS 2 sinistra selama ekspirasi.</li> <li>d. Palpasi adanya thrill (getaran). Minta klien duduk dengan</li> </ol> </li> </ol>

	<p>tubuh sedikit membungkuk ke depan selama ekspirasi. Letakkan telapak tangan di basis jantung. Rasakan adanya getaran di apeks jantung.</p> <p>3. Perkusi. Lakukan perkusi untuk mengetui batas-batas jantung.</p> <p>a. Batas kiri jantung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan perkusi dari arah lateral ke arah medial</li> <li>• Perubahan dari bunyi resonan ke redup relative ditetapkan sebagai batas jantung kiri</li> <li>• Batas normal : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atas : ICS 2 di linea parasternalis sinistra</li> <li>○ Bawah : ICS 5 di linea midclavicularis sinistra</li> </ul> </li> </ul> <p>b. Batas kanan jantung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan perkusi dari arah lateral ke arah medial</li> <li>• Perubahan dari bunyi resonan ke redup relative ditetapkan sebagai batas jantung kanan</li> <li>• Letak normal : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Batas bawah kanan jantung adalah di sekitar ruang ICS 3 – ICS 4 dextra, di linea parasternalis kanan</li> <li>○ Batas atas kanan jantung adalah di ICS 2 dextra linea parasternalis kanan</li> </ul> </li> </ul> <p>4. Auskultasi</p> <p>a. Mulai auskultasi jantung pada daerah mitral di ICS 5 linea midclavícula sinistra dengan menggunakan bell stetoskop</p> <p>b. Selanjutnya gunakan diafragma untuk auskultasi di region yang sama untuk mengetahui adanya murmur sistolik</p> <p>c. Auskultasi secara sistematis mulai dari daerah aorta (ICS 2 kanan), daerah pulmonary (ICS 2 kiri) dan daerah tricuspid (ICS 5). Gunakan bell dan diafragma stetoskop secara bergantian di masing-masing daerah auskultasi. Lokasi auskultasi digambarkan sebagai berikut :</p> <div data-bbox="746 1249 1082 1480" data-label="Image"> </div> <p>d. Minta klien berubah posisi miring kiri dan duduk dan lakukan auskultasi pada daerah yang sama</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji adanya pitting edema dengan melakukan penekanan ringan menggunakan ujung jari di area sacrum atau anterior dari tendon Achilles</li> </ul>
<p><b>REFERENSI</b></p>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## PENGUKURAN TTV DAN PEMERIKSAAN FISIK

	<b>PEMERIKSAAN ABDOMEN</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan untuk memeriksa kondisi abdomen
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, panggil klien dengan nama panggilannya</li> <li>2. Jelaskan tujuan tindakan</li> <li>3. Beri kesempatan klien untuk bertanya</li> <li>4. Berikan privasi pada klien</li> </ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. stetoskop</li> <li>b. pita ukur</li> <li>c. penggaris</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inspeksi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji kontur, kesimetrisan dan gerakan permukaan abdomen. Perhatikan adanya massa, penonjolan atau distensi. Jika terjadi distensi abdomen maka perawat mengukur lingkar abdomen dengan menggunakan pita ukur. Kontur abdomen :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flat</li> <li>• Rounded</li> <li>• Scapoid</li> <li>• Protuberant</li> </ul> </li> <li>b. Inspeksi kulit abdomen untuk mengkaji warna kulit, scar, pola vena, lesi dan striae.</li> <li>c. Kaji lokasi dan kebersihan umbilicus</li> <li>d. Inspeksi adanya gerakan peristaltic atau pulsasi aorta abdominalis.</li> </ol> </li> <li>2. Auskultasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan auskultasi bising usus pada keempat kuadran abdomen selama 5 menit sebelum memastikan tidak ada bising usus dengan menggunakan diafragma stetoskop. Normal bising usus adalah 5 – 35x/menit.</li> <li>b. Auskultasi bunyi vaskuler di abdomen dengan menggunakan bell stetoskop. Normalnya bunyi vaskuler (bruit) tidak terdengar. Bruit pada area abdomen mengindikasikan aneurisma</li> </ol> </li> <li>3. Perkusi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan perkusi pada seluruh kuadran abdomen. Umumnya perkusi abdomen didominasi oleh suara timpani karena adanya udara pada lambung dan usus</li> <li>b. Lakukan perkusi untuk menentukan batas-batas hepar.                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulai lakukan perkusi pada Krista iliaca dextra ke arah atas sepanjang linea midclavícula dextra. Catat adanya perubahan suara perkusi dari timpani ke redup yang umumnya berada di tepi costal dextra. Perluasan melebihi costal dextra harus segera dilaporkan. Tandai titik batas bawah hepar.</li> <li>• Untuk menentukan batas atas hepar lakukan perkusi ke arah bawah dari clavícula sepanjang rongga intercostae sepanjang linea midclavícula dextra. Catat dan tandai adanya perubahan suara dari resonan ke redup. Tepi atas</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>

	<p>hepar umumnya ditemukan pada ICS 5, ICS 6 atau ICS 7.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ukur jarak antara tepi atas dan tepi bawah hepar dengan penggaris. Umumnya jarak antara tepi atas dan tepi bawah hepar adalah 6 – 12 cm.</li> </ul> <p>c. Nyeri tekan renal. Minta klien duduk atau berdiri. Perkusi bagian posterior sudut costovertebrae pada garis scapulae. Jika terjadi peradangan pada renal, klien akan merasakan nyeri tekan selama perkusi.</p> <p>d. Perkusi Lien Lakukan perkusi di sepanjang garis aksilla anterior. Pembesaran limfa dimanifestasikan dengan adanya perubahan bunyi dari timpani ke pekak pada ICS 9 dan ICS 11 garis aksila anterior ketika pasien menarik nafas dalam.</p> <p>4. Palpasi</p> <p>a. Lakukan palpasi sistemik dari setiap kuadran untuk mengkaji adanya resistensi muskuler, distensi, nyeri tekan atau massa superficial. Observasi ekspresi wajah klien ketika melakukan palpasi.</p> <p>b. Ballotement; tekankan ujung jari dengan gerak menusuk yang cepat ke arah abdomen.</p> <p>c. Pemeriksaan asites; minta asisten untuk menekan garis tengah abdomen dengan menggunakan sisi ulnar dari telapak tangan. Letakkan dua tangan anda di sisi kanan dan kiri abdomen. Ketuklah salah satu sisi abdomen. Jika terdapat cairan bebas, maka getaran akan terasa pada sisi abdomen hyang berlawanan.</p> <p>d. Palpasi hepar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sokong pinggang klien dengan tangan kiri</li> <li>• Minta klien menarik nafas.</li> <li>• Tekankan ujung jari-jari tangan kanan ke arah dalam atas di bawah batas costae kanan.</li> <li>• Tanda Murphy pada peradangan vesica felea. Letakkan tangan kiri pada costae kanan dengan posisi ibu jari di bawah batas bawah costae. Minta pasien menarik nafas dan jepit vesica felea dengan menggunakan ibu jari dan costae. Pasien akan menyatakan nyeri jika terdapat radang.</li> </ul> <p>e. Palpasi lien. Sokong margo costae kiri dengan tangan kiri dan masukkanlah perlahan-lahan jari tangan kanan ke dalam daerah subcostae ketika pasien menarik nafas secara perlahan dan dalam. Jika merasa tidak pasti tentang pembesaran limpa, posisikan pasien ke lateral kanan untuk mendorong organ ke arah superior anterior.</p> <p>f. Palpasi ginjal. Lakukan palpasi bimanual. Letakkan salah satu tangan di belakang pinggang dan satu lagi di depan. Biasanya pada pasien kurus ginjal kanan akan lebih mudah teraba.</p> <p>g. Palpasi titik Mc Burney</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan palpasi pada daerah pertengahan antara umbilicus dengan spina illiaca antedrior superior kanan. Nyeri tekan menunjukkan tanda apendisitis.</li> </ul>
--	--

**REFERENSI**

Kozier, E., Erb, G. 2000. *Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach*. California : Addison Wesley Company.

Perry,AG., et al. 2005. *Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar*. Edisi 5. Jakarta : EGC.

## PENGUKURAN TTV DAN PEMERIKSAAN FISIK

	<b>PEMERIKSAAN MUSKULOSKELETAL</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan untuk memeriksa kondisi muskuloskeletal
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, panggil klien dengan nama panggilannya</li> <li>2. Jelaskan tujuan tindakan</li> <li>3. Beri kesempatan klien untuk bertanya</li> <li>4. Berikan privasi pada klien</li> </ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	Reflek Hammer
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inspeksi gaya berjalan klien</li> <li>2. Kaji capillary refill time dengan menekan ujung jari sampai berwarna putih. Kemudian lepaskan tekanan dan catat waktu yang diperlukan untuk perubahan warna ujung kuku dari putih menjadi merah. Normalnya dibutuhkan waktu kurang dari 2 detik.</li> <li>3. Kaji adanya nyeri tekan, deformitas, edema</li> <li>4. Tulang belakang             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa rentang gerak; minta klien untuk :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membungkuk ke depan</li> <li>• Membungkuk ke lateral</li> <li>• Menekuk badan ke arah eksternal</li> <li>• Melakukan rotasi</li> </ul> </li> <li>b. Lakukan palpasi proc. Spinosus untuk mengetahui adanya nyeri tekan</li> <li>c. Kaji postur dari arah anterior, posterior dan lateral. Temukan adanya :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kifosis</li> <li>• Lordosis</li> <li>• skoliosis</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>5. Pelvis             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemeriksaan rentang gerak                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abduksikan tungkai ke arah lateral 45<sup>0</sup> dan adduksikan kembali dengan jarak yang sama.</li> <li>• Fleksikan tungkai. Fleksi penuh membawa lutut ke dada</li> <li>• Rotasikan tungkai ke arah interna dan eksterna</li> <li>• Posisikan klien dalam posisi prone. Letakkan satu tangan klien pada bokong, dan ekstensikan tungkai.</li> </ul> </li> <li>b. Lakukan pemeriksaan <i>tanda Thomas</i> untuk menemukan adanya kontraktur fleksi. Posisikan klien dalam posisi supine. Minta klien menarik lutut sisi yang sehat ke atas dada. Apabila terdapat kontraktur fleksi maka kaki pada sisi yang sakit akan mengalami fleksi.</li> <li>c. Lakukan <i>Tes Trendelenburg</i>. Minta klien untuk berdiri di atas satu tungkai. Normalnya M. gluteus medius pada sisi yang disokong akan berkontraksi dan mempertahankan tinggi pelvis. Tandai cekungan di atas spina iliaca posterior superior. Kontraksi M. gluteus medius akan menaikkan cekungan ini (<i>Tes Trendelenburg negative/normal</i>).</li> </ol> </li> </ol>

	<p>6. Lutut</p> <p>a. Lakukan pemeriksaan rentang gerak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minta klien untuk berjongkok dan menekuk lutut dalam-dalam</li> <li>• Minta klien untuk duduk dan lakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada lutut</li> <li>• Lakukan gerakan rotasi interna dan eksterna</li> </ul> <p>b. Lakukan tes pemeriksaan anterior-posterior untuk memeriksa keutuhan ligament krusiatum.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanda anterior; pemeriksa duduk di atas kaki klien untuk menstabilkan klien. Tarik tungkai bawah ke depan dengan tangan kanan. Jika ligamentum krusiatum anterior putus, akan terlihat pergerakan tungkai bawah ke depan secara abnormal.</li> <li>• Tanda posterior; pemeriksa menekan bagian posterior untuk memeriksa keutuhan ligamentum krusiatum posterior.</li> </ul> <p>7. Kaki ; Lakukan pemeriksaan rentang gerak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi</li> <li>• Lakukan inversi dan eversi</li> <li>• Lakukan abduksi dan adduksi</li> </ul> <p>8. Bahu; Lakukan pemeriksaan rentang gerak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abduksi; minta klien menggerakkan tangannya seperti burung mengepakkan sayapnya</li> <li>• Abduksi lambat; abduksikan bahu sampai 90<sup>0</sup> hingga posisi lengan klien berada di atas kepalanya.</li> <li>• Adduksi; minta klien meletakkan tangannya pada puncak bahu kontralateral.</li> <li>• Rotasi internal; minta klien menggaruk punggungnya</li> <li>• Rotasi eksternal; melakukan ayunan ke belakang untuk melakukan ayunan tenis dengan lengan bawah.</li> </ul> <p>9. Siku ; Lakukan pemeriksaan rentang gerak :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fleksi – ekstensi</li> <li>• Pronasi – supinasi</li> </ul> <p>10. Lakukan pemeriksaan kekuatan otot</p> <p>0 = tidak ada bukti kontraktilitas</p> <p>1 = terdapat kontraksi otot, tidak terdapat gerakan</p> <p>2 = terdapat gerakan otot</p> <p>3 = Mampu melawan gravitasi</p> <p>4 = mampu melawan gravitasi tapi tidak mampu melawan tahanan</p> <p>5 = mampu melawan tahanan</p>
<b>REFERENSI</b>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## PENGUKURAN TTV DAN PEMERIKSAAN FISIK

	<b>PEMERIKSAAN NEUROLOGIS</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan untuk memeriksa kondisi neurologis
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, panggil klien dengan nama panggilannya</li> <li>2. Jelaskan tujuan tindakan</li> <li>3. Beri kesempatan klien untuk bertanya</li> <li>4. Berikan privasi pada klien</li> </ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Reflek hammer</li> <li>b. Kapas</li> <li>c. Snellen chart</li> <li>d. Bau-bauan</li> <li>e. Penlight</li> <li>f. Garam, gula</li> <li>g. Tongue spatel</li> <li>h. Peniti, kunci, pensil</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kesadaran secara kualitatif dan kuantitatif               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kesadaran kualitatif : compos mentis, apatis, somnolen, stupor, spoor, koma</li> <li>b. Kesadaran kuantitatif : GCS</li> </ol> </li> <li>2. Pemeriksaan nervus cranialis               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. N. I ; minta klien membedakan bau-bauan yang berbeda</li> <li>b. N.II ; periksa tajam penglihatan klien dan lapang pandang</li> <li>c. N.III; kaji arah pandangan/pergerakan bola mata. Kaji reflek pupil dan tes akomodasi.</li> <li>d. N. IV ; kaji arah pandangan/pergerakan bola mata</li> <li>e. N. V ;                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji reflek kornea. Sentuh kornea dengan ujung kapas. Ukur sensasi terhadap sensasi ringan dan sentuhan pada kulit wajah</li> <li>• Palpasi pelipis klien saat klien mengatupkan rahang</li> </ul> </li> <li>f. N. VI ; kaji arah pandangan/pergerakan bola mata</li> <li>g. N. VII;                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minta klien tersenyum, menggelembungkan pipi, menaikkan dan menurunkan alis mata. Perhatikan adanya ketidaksimetrisan.</li> <li>• Untuk memeriksa kekuatan N. VII minta klien menutup mata dan menahannya sementara pemeriksa mencoba membuka kelopak mata klien.</li> <li>• Minta klien mengidentifikasi rasa manis dan asin</li> </ul> </li> <li>h. N. VIII ;kaji pendengaran klien dengan melakukan tes pendengaran.</li> <li>i. N. IX ;                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minta klien mengidentifikasi rasa asam atau manis di bagian belakang lidah</li> <li>• Kaji gag reflek dengan menekan faring posterior dengan tongue spatel</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>

	<p>j. N. X ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minta klien untuk mengucapkan “ah”. Observasi palatum dan gerakan faring</li> <li>• N.X dikatakan normal apabila klien dapat menelan dan berbicara dengan jelas</li> </ul> <p>k. N. XI ; minta klien mengangkat bahu dan memiringkan kepala dengan melawan tahanan pasif</p> <p>l. N. XII ; minta klien menjulurkan lidah ke garis tengah dan menggerakannya ke samping. Kaji kesimetrisan lidah.</p> <p>3. Pemeriksaan reflek dan meningeal sign</p> <p>a. Reflek bisep; pegang lengan bawah klien letakkan ibu jari pemeriksa pada tendon untuk menentukan lokasinya dengan tepat, kemudian ketuk ibu jari dengan reflek hammer</p> <p>b. Reflek trisep; pegang lengan bawah klien dan letakkan ibu jari pemeriksa pada tendon trisep tepat di atas olekranon. Ketuk ibu jari dengan reflek hammer.</p> <p>c. Reflek patella; ketuk tendon patella pada kaki yang difleksikan.</p> <p>d. Reflek Achilles; ketuk tendon Achilles dan kaji adanya plantar fleksi</p> <p>e. Reflek abdominal; gores abdomen di atas dan di bawah umbilikus. Normalnya umbilicus akan bergerak ke arah atas dan ke arah bagian yang digores</p> <p>f. Reflek babinski; gores kuat-kuat bagian lateral telapak kaki dari tumit ke arah jari kelingking. Bila ibu jari kaki melakukan dorsofleksi dan jari-jari lainnya tersebar maka reflek babinski positif.</p> <p>g. Tanda Hoffman; angkat tangan klien dengan memegang jari tengah dan jari lain tergantung bebas. Jentikkanlah kuku jari tengah tersebut. Respon yang positif terdiri atas aposisi ibu jari dan jari telunjuk.</p> <p>h. Kaku kuduk; fleksikan leher hingga dagu menyentuh dada. Dikatakan positif apabila leher tidak dapat difleksikan.</p> <p>i. Tanda brudzinski; fleksikan leher. Apabila tanda brudzinski positif maka ketika leher difleksikan pinggul dan lutut akan tertekuk secara involunter.</p> <p>j. Tanda kernig; angkat paha hingga membentuk sudut 90°. Apabila positif maka klien tidak akan mampu mengekstensikan lutut karena otot-otot hamstring menjadi sangat kaku.</p> <p>4. Fungsi motorik</p> <p>a. ekstremitas bawah untuk klien sadar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posisikan klien dalam posisi supine</li> <li>• Minta klien melebarkan kedua kaki dan kemudian menyatukan lagi kedua kakinya untuk memeriksa abduksi dan adduksi panggul</li> <li>• Posisikan klien dalam posisi fowler dan minta klien untuk melakukan fleksi dan ekstensi lutut. Jika klien mampu berikan tahanan.</li> <li>• Minta klien mendorong telapak kakinya ke atas dan ke bawah melawan tahanan yang diberikan perawat untuk mengkaji kemampuan dorsofleksi dan plantarfleksi.</li> </ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandingkan sisi kanan dan kiri</li> </ul> <p>b. ekstremitas atas untuk klien sadar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji kemampuan klien untuk memfleksikan dan mengekstensikan siku</li> <li>• Kaji kemampuan mengangkat bahu dan mengembalikan pada posisi istirahat</li> <li>• Kaji fleksi dan ekstensi pada telapak tangan</li> <li>• Ulangi tindakan dengan memberikan tahanan</li> </ul> <p>c. ekstremitas atas untuk klien tidak sadar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kaji adanya gerakan spontan/involunter pasien</li> <li>• berikan respon nyeri untuk mengetahui respon motorik</li> <li>• kaji paralisis dengan mengangkat kedua tangan klien dan melepaskan secara bersamaan</li> </ul> <p>d. ekstremitas bawah untuk klien tidak sadar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kaji adanya gerakan spontan/involunter pasien</li> <li>• berikan respon nyeri untuk mengetahui respon motorik</li> <li>• kaji paralisis dengan cara posisikan pasien pada posisi supin. Fleksikan kedua kaki klien dan jatuhkan.</li> </ul> <p>5. Fungsi sensorik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Persepsi tusukan peniti (sensasi nyeri) ; minta klien menutup mata dan sentuhlah berbagai bagian tubuh dengan tekanan yang sama menggunakan ujung peniti. Minta klien memberikan tanda ketika merasakan sentuhan.</li> <li>b. Sensasi suhu; minta klien menutup mata. Tempelkan dua permukaan benda berbeda suhu pada berbagai bagian tubuh klien. Minta klien menyebutkan sensasi suhu yang dirasakan.</li> <li>c. Sensasi sentuhan lunak; minta klien menutup mata dan sentuhlah berbagai bagian tubuh klien dengan menggunakan segumpal kapas. Minta pasien member tanda jika merasakan sentuhan.</li> <li>d. Sensasi vibrasi; getarkan garpu tala dan letakkan tangkai garpu tala pada daerah penonjolan tulang. Mulai dari bagian distal bergerak ke arah proksimal. Minta klien memberikan tanda jika merasakan getaran.</li> <li>e. Sensasi posisi. Minta pasien menutup mata. Pegang jari klien dan dengan perlahan gerakkan ke atas dan ke bawah. Minta pasien menunjukkan arah gerakan terakhir.</li> <li>f. Diskriminasi dua titik. Sentuh jari klien dengan menggunakan dua ujung tajam berjarak <math>\frac{1}{4}</math> - <math>\frac{1}{2}</math> inchi. Minta klien memberikan tanda apakah ia sedang disentuh oleh satu atau dua titik.</li> <li>g. Lokalisasi titik. Minta klien menutup mata. Sentuh berbagai bagian tubuh pasien. Minta klien menentukan lokasi di mana ia disentuh.</li> <li>h. Tes stereognostik; minta klien menutup mata. Minta klien mengenali benda-benda yang diletakkan di telapak tangannya.</li> <li>i. Tes grafestesia; minta klien menutup mata dan minta klien mengenali huruf/angka yang ditulis di telapak tangannya.</li> <li>j. Tes pematian. Minta pasien menutup mata dan sentuhlah dua titik di kedua bagian tubuh klien secara serentak. Minta</li> </ol>
--	---

	<p>klien menunjukkan lokasi yang disentuh.</p> <p>6. Fungsi serebelum</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tandem walking. Kaji gaya berjalan klien. Minta klien untuk berjalan melintasi ruangan dengan berjinjit dan dengan menggunakan tumit.</li> <li>b. Tes rhomberg. Minta klien berdiri dengan dua kaki dirapatkan. Minta pasien menutup mata. Bersiap untuk menangkap klien apabila klien terjatuh.</li> <li>c. Tes jari ke hidung. Klien diminta untuk menyentuhkan jari telunjuknya ke jari telunjuk pemeriksa, kemudian ke hidungnya, kembali ke jari telunjuk pemeriksa. Sementara pemeriksa menggerakkan jari telunjuknya sehingga jari telunjuk pemeriksa tidak berdiam di satu posisi.</li> </ol>
<p><b>REFERENSI</b></p>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## **BAB 2**

### **PRINSIP PENGENDALIAN INFEKSI DASAR**

#### **A. Kompetensi Akhir Diharapkan**

Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip pengendalian infeksi dasar

#### **B. Indikator Pencapaian Kompetensi**

1. Kemampuan menjelaskan kembali konsep pengendalian infeksi dasar (pengertian, jenis, komponen)
2. Kemampuan menjelaskan tentang infeksi nosokomial

#### **C. Materi**

1. Pengertian, jenis, dan komponen pengendalian infeksi dasar
2. Infeksi nosokomial

#### **D. Standar Operasional Prosedur**

1. Membersihkan dan mensterilkan sarung tangan
2. Mencuci tangan
3. Merawat pasien dengan kewaspadaan isolasi
4. Memasang sarung tangan

#### **E. Latihan**

1. Lakukan cuci tangan dengan baik dan benar lalu vidokan.
2. Lakukan praktik pemasangan sarung tangan dan lakukan mecara mensterilkan dengan benar

## PENGENDALIAN INFEKSI

	<b>MEMBERSIHKAN DAN MENSTERILKAN SARUNG TANGAN</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan untuk membersihkan dan menyiapkan sarung tangan steril
<b>TUJUAN</b>	Mencegah kontaminasi sarung tangan
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sarung tangan yang telah terpakai</li> <li>2. Tempat pencucian dengan air mengalir</li> <li>3. Sabun</li> <li>4. Kain pengering/lap kering</li> <li>5. Talk</li> <li>6. Tablet formalin</li> <li>7. Tromol/stoples yang bertutup rapat (ukuran 1 liter atau lebih)</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bilas dan sabuni bagian luar dan dalam sarung tangan. Kemudian bilas sampai bersih</li> <li>2. Periksa sarung tangan apakah bocor atau tidak dengan cara memasukkan udara ke dalamnya lalu direndam dalam air. Bila bocor pisahkan.</li> <li>3. Setelah bersih, sarung tangan yang masih baik dikeringkan dengan cara menggantung terbalik atau langsung dikeringkan sisi luar dalamnya dengan handuk/lap kering</li> <li>4. Kerjakan hati-hati jangan sampai rusak</li> <li>5. Beri bedak/talk tipis-tipis bagian luar dan dalamnya. Diatur/digulung sepasang-sepasang atau dipisahkan sebagian-sebagian. Bila dipisahkan antara kiri dan kanan harus diberi etiket yang jelas pada tromol/stoples masing-masing</li> <li>6. Kemudian disterilkan di dalam tromol/stoples tertutup yang telah berisi tablet formalin selama 24 jam terhitung saat mulai dimasukkan</li> <li>7. Setelah selesai maka alat-alat dibereskan kembali</li> </ol>
<b>REFERENSI</b>	<p>Asih, Ni Luh Gede Yasmin.1999. <i>Keterampilan Dan Prosedur Dasar</i>, edisi 3. jakarta:EGC</p> <p>Moya, J. Morison, 2004, <i>Seri Pedoman Praktis, Manajemen Luka</i>, Jakarta, EGC</p> <p>Ns. Eni kusyati, S.Kep. 2006. <i>Keterampilan Dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar</i>, Jakarta:EGC</p> <p>Petter &amp; Perry, 2006, <i>Buku Ajar, Fundamental Keperawatan</i>, EGC</p>

## PENGENDALIAN INFEKSI

	<b>MENCUCI TANGAN</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan pencegahan dan pengontrolan infeksi dengan cara menggosok dengan sabun secara bersama seluruh permukaan kulit tangan dengan kuat dan ringkas yang kemudian dibilas di bawah aliran air
<b>TUJUAN</b>	Membuang kotoran dan organisme yang menempel pada tangan dan mengurangi jumlah mikroba total saat itu
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sabun antimikroba</li> <li>b. Orange stick</li> <li>c. Air mengalir dalam wastafel</li> <li>d. Lap tangan kertas</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan wastafel yang mudah dicapai dengan air mengalir yang hangat, sabun biasa atau sabun antimikroba, lap tangan kertas atau pengering</li> <li>2. Lepaskan jam tangan dan perhiasan kemudian gulung lengan baju ke atas pergelangan tangan.</li> <li>3. Jaga supaya kuku tetap pendek dan datar</li> <li>4. Inspeksi permukaan tangan dan jari akan adanya luka atau sayatan pada kulit dan kutikula. Laporkan adanya lesi pada saat merawat klien yang rentan.</li> <li>5. Berdiri di depan wastafel. Jaga supaya tangan dan seragam tidak menyentuh wastafel. (Jika tangan menyentuh permukaan wastafel selama mencuci tangan, ulangi)</li> <li>6. Alirkan air. Tekan pedal dengan kaki untuk mengatur aliran dan suhu atau dorong pedal lutut secara lateral untuk mengatur aliran air dan suhu</li> <li>7. Hindari percikan air mengenai seragam</li> <li>8. Atur aliran air sehingga suhu hangat</li> <li>9. Basahi tangan dan lengan bawah dengan seksama sebelum mengalirkan air hangat. Pertahankan supaya tangan dan lengan bawah lebih rendah daripada siku selama mencuci tangan</li> <li>10. Taruh sedikit sabun antimikroba cair pada telapak tangan, sabuni dengan seksama.</li> <li>11. Gosok kedua tangan dengan cepat paling sedikit 10 – 15 detik. Jalin jari-jari tangan dan gosok telapak dan bagian punggung tangan dengan gerakan sirkular paling sedikit masing-masing lima kali. Pertahankan supaya ujung jari berada di bawah untuk memungkinkan pemusnahan mikroorganisme</li> <li>12. Jika daerah di bawah kuku kotor, bersihkan dengan kuku tangan yang satunya dan tambah sabun atau orange stick yang bersih</li> <li>13. Bilas tangan dan pergelangan tangan dengan seksama, pertahankan supaya letak tangan di bawah siku</li> <li>14. Keringkan tangan dengan seksama dari jari tangan ke pergelangan tangan dan lengan bawah dengan handuk kertas atau pengering</li> <li>15. Jika telah digunakan, buang handuk kertas pada tempatnya</li> <li>16. Tutup air dengan kaki dan pedal lutut. Untuk menutup keran yang</li> </ol>

	menggunakan tangan, gunakan handuk kertas yang kering
<b>REFERENSI</b>	Petter & Perry, 2006, <i>Buku Ajar, Fundamental Keperawatan</i> , EGC

## PENGENDALIAN INFEKSI

	<b>MERAWAT PASIEN DENGAN KEWASPADAAN ISOLASI</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan pencegahan dan pengontrolan infeksi nosokomial dengan memperhatikan universal precaution
<b>TUJUAN</b>	Mencegah penyebaran infeksi nosokomial
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gown (skort)</li> <li>b. Google</li> <li>c. Masker</li> <li>d. Handskun</li> <li>e. Sepatu boot</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Tinjau ulang kewaspadaan isolasi</li> <li>3. Jelaskan tujuan isolasi dan kewaspadaan yang perlu terhadap klien, keluarga dan pengunjung. Berikan kesempatan untuk bertanya.</li> <li>4. Cuci tangan</li> <li>5. Kenakan gown, masker, sarung tangan dan google jika dibutuhkan             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kenakan gown. Pastikan gown menutupi semua bagian luar pakaian. Tarik lengan baju ke bawah ke pergelangan tangan. Ikatkan dengan rapat pada leher dan pinggang</li> <li>b. Pakai sarung tangan sekali pakai. Jika dipakai dengan gown, tarik manset ke atas tepi lengan gown</li> <li>c. Pakai masker bedah sekeliling mulut dan hidung. Ikat dengan rapat.</li> <li>d. Pakai google tepat melingkupi sekeliling wajah dan mata</li> </ol> </li> <li>6. Kaji apakah alat-alat tersebut dapat di bawa ke kamar klien</li> <li>7. Masuk ke kamar klien. Atur peralatan dan bahan-bahan (jika peralatan akan dipindahkan dari kamar untuk digunakan lagi, letakkan dalam handuk kertas yang bersih)</li> <li>8. Kaji tanda vital             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jika peralatan tetap berada dalam kamar, tetap mengkaji tanda vital sebagai prosedur rutin. Hindari kontak antara stetoskop atau manset tekanan darah dengan materi yang terinfeksi</li> <li>b. Jika stetoskop akan digunakan lagi, bersihkan diafragma atau bel dengan alkohol. Letakkan pada sisi di atas permukaan yang bersih</li> <li>c. Harus menggunakan termometer individual atau sekali pakai</li> </ol> </li> <li>9. Berikan obat             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan obat oral dalam bungkus atau cangkir</li> <li>b. Buang bungkus atau cangkir dalam wadah berlapis plastik</li> <li>c. Berikan injeksi, pastikan memakai sarung tangan</li> <li>d. Buang spuit dan jarum yang tidak tertutup ke dalam wadah khusus. Jika menggunakan spuit yang dapat digunakan kembali, buang isi bagian dalam dan jarumnya ke dalam wadah khusus</li> </ol> </li> <li>10. Bantu higiene             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jaga supaya gown tidak menjadi basah, bawa waskom untuk cuci tangan dengan posisi jauh dari gown, hindari bersandar pada meja yang bagian atasnya basah</li> <li>b. Bantu klien membuka gown, buang kantong linen ke dalam air</li> <li>c. Ganti linen, jika menjadi sangat kotor hindari kontak dengan</li> </ol> </li> </ol>

	<p>gown. Buang dalam kantung linen khusus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>d. Pasang linen bersih pada tempat tidur dan pasang handuk</li> <li>e. Ganti sarung tangan jika menjadi sangat kotor dan nantinya masih membutuhkan perawatan</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Kumpulkan spesimen       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Letakkan wadah spesimen di atas handuk kertas yang bersih dalam kamar mandi klien</li> <li>b. Ikuti prosedur pengumpulan spesimen</li> <li>c. Pindahkan spesimen ke wadah tanpa mengotori bagian luar wadah. Letakkan wadah dalam kantung plastik</li> <li>d. Periksa label pada kantung spesimen supaya akurat, kirim ke laboratorium (label peringatan dapat digunakan, bergantung pada kebijakan rumah sakit)</li> </ol> </li> <li>12. Jelaskan pada klien bila Anda merencanakan kapan akan kembali ke kamar</li> <li>13. Buang linen dan kantung sampah jika sudah penuh       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gunakan satu kantung untuk memuat barang yang kotor jika kantung tersebut tahan lembab dan kuat</li> <li>b. Ikat kantung dengan rapat pada bagian atas</li> <li>c.</li> </ol> </li> <li>14. Tambahkan bahan di ruangan sesuai dengan kebutuhan</li> <li>15. Tinggalkan kamar isolasi       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Buka google</li> <li>b. Buka ikatan gown yang ada di pinggang. Buka satu sarung tangan dengan meraih manset dan menarik bagian dalam sarung tangan ke bagian luar tangan. Buang sarung tangan. Dengan tangan yang tidak memakai sarung tangan, masukkan jari ke dalam manset sarung tangan yang masih dipakai dan tarik sarung tangan tersebut keluar</li> <li>c. Buka tali masker, jatuhkan masker ke dalam wadah sampah</li> <li>d. Buka tali gown pada bagian leher. Biarkan gown jatuh dari bahu. Keluarkan tangan dari bagian lengan gown pada lipatan bahu dan lipat bagian dengan bagian dalamnya ke luar. Letakkan di kantung cucian</li> <li>e. Cuci tangan minimal 10 detik</li> <li>f. Tinggalkan kamar dan tutup pintu jika perlu</li> </ol> </li> </ol>
<b>REFERENSI</b>	Petter & Perry, 2006, <i>Buku Ajar, Fundamental Keperawatan</i> , EGC

## PENGENDALIAN INFEKSI

	MEMASANG SARUNG TANGAN
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan memasang sarung tangan untuk menjaga kondisi aseptis
<b>TUJUAN</b>	Mencegah penyebaran infeksi nosokomial
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Siapkan kemasan sarung tangan steril yang sesuai dengan ukuran</li><li>2. Lakukan cuci tangan dengan seksama</li><li>3. Buka pembungkus bagian luar dari kemasan sarung tangan dengan memisahkan dan melepaskan sisi-sisinya</li><li>4. Pegang bagian dalam kemasan dan letakkan pada permukaan yang bersih, datar tepat di atas siku. Buka kemasan, jaga supaya sarung tangan tetap di atas permukaan bagian dalam pembungkus</li><li>5. Jika sarung tangan tidak dibedaki, ambil pak bedak dan pakai bedak tipis-tipis pada tangan di atas wastafel atau keranjang sampah</li><li>6. Identifikasi sarung tangan kanan dan kiri. Setiap sarung tangan memiliki manset kira-kira lebar 5 cm. Kenakan sarung tangan dominan terlebih dahulu.</li><li>7. Dengan ibu jari dan telunjuk serta jari tengah dari tangan non dominan, pegang tepi dari manset sarung tangan untuk tangan dominan. Sentuh hanya bagian dalam sarung tangan.</li><li>8. Pakai sarung tangan pada tangan dominan, biarkan manset dan pastikan manset tidak bertumpuk di pergelangan tangan. Pastikan ibu jari dan jari lainnya berada pada tempat yang tepat</li><li>9. Dengan tangan dominan yang bersarung tangan, selipkan jari di dalam manset sarung tangan kedua.</li><li>10. Kenakan sarung tangan kedua pada tangan non dominan. Jangan biarkan jari tangan dan ibu jari tangan dominan yang bersarung tangan menyentuh setiap bagian tangan non dominan yang dibuka. Jaga supaya ibu jari tangan dominan terabduksi ke belakang</li><li>11. Setelah sarung tangan kedua dikenakan, tautkan kedua tangan. Manset biasanya jatuh ke bawah setelah pemakaian. Pastikan untuk hanya menyentuh area yang steril</li></ol>
<b>REFERENSI</b>	Petter & Perry, 2006, <i>Buku Ajar, Fundamental Keperawatan</i> , EGC

## **BAB 3**

### **MEDIKASI SESUAI PRINSIP BENAR**

#### A. Kompetensi Akhir Diharapkan

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan intervensi pemberian medikasi sesuai dengan prinsip benar

#### B. Indikator Pencapaian Kompetensi

1. Kemampuan mengidentifikasi prinsip- prinsip medikasi
2. Kemampuan menjelaskan kembali prinsip medikasi
3. Ketepatan melakukan prosedur pemberian medikasi oral dan sublingual

#### C. Materi

1. Pemberian medikasi Oral
2. Pemberian medikasi Sub lingual
3. Tetes mata
4. Tetes telinga
5. Kulit
6. Suppositoria

#### D. Standar Operasional Prosedur

1. Injeksi intravena
2. Injeksi intramuscular
3. Injeksi intracutan
4. Injeksi subcutan
5. Memberi obat per oral
6. Memberi obat mata
7. Memberika salf mata
8. Meneteskan obat tetes hidung
9. Meneteskan obat tetes telinga

#### E. Latihan

1. Lakukan praktik pemberian obat bersama teman tanpa menghilangkan prinsip pemberian obat
2. Videokan kegiatan yang kalian lakukan.

## MEDIKASI

	<b>INJEKSI INTRAVENA</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan memasukkan obat melalui rute intravena
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	Memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan tindakan
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bak injeksi berisi spuit ukuran 1 – 10 cc dan jantung suntik no. 23 – 26</li> <li>2. Bak injeksi steril</li> <li>3. Kapas alkohol 70 % dalam kom tertutup</li> <li>4. Gergaji ampul jika perlu</li> <li>5. Tourniquet</li> <li>6. Pengalas</li> <li>7. Bengkok kosong</li> <li>8. Daftar / buku suntikan dan alat tulis</li> <li>9. Water for injection</li> <li>10. Obat yang diperlukan : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bila dalam bentuk flakon <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutup karet didisfektan dengan alkohol</li> <li>• Oplos obat serbuk dengan water for injection sesuai kebutuhan</li> <li>• Hisap cairan obat dengan spuit steril sesuai dengan dosis</li> <li>• Keluarkan udara dari spuit bila ada</li> <li>• Ganti jarum spuit dan masukkan spuit berisi obat ke dalam bak injeksi steril bersama kapas alkohol</li> </ul> </li> <li>- Bila dalam bentuk ampul <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gergaji leher ampul, alasi ujung ampul dengan kapas alkohol, kemudian ujung ampul dipatahkan</li> <li>• Hisap cairan obat sesuai dengan dosis</li> <li>• Masukkan spuit berisi obat kedalam bak injeksi steril bersama alkohol</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membawa alat-alat ke dekat pasien</li> <li>2. Memasang sampiran bila perlu</li> <li>3. Mencuci tangan</li> <li>4. Membebaskan daerah yang akan di injeksi</li> <li>5. Memasang pengalas dibawah daerah yang akan di injeksi</li> <li>6. Memasang tourniquet diatas daerah yang akan di injeksi, anjurkan pasien untuk mengepalkan tangan</li> <li>7. Menghapus hamakan kulit dengan kapas alkohol tunggu sampai kering</li> <li>8. Menegangkan kulit dengan tangan kiri lalu menusukkan jarum dengan sudut 15 – 20 ° ke dalam vena dengan lubang jarum mengarah ke atas sejajar dengan vena</li> <li>9. Aspirasi untuk memeriksa apakah jarum sudah masuk ke dalam vena yang ditandai dengan keluarnya darah di dalam spuit</li> <li>10. Menganjurkan pasien membuka kepalan, sambil membuka tourniquet</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Masukkan cairan obat ke dalam vena secara pelan-pelan sampai habis</li> <li>12. Meletakkan kapas alkohol diatas jarum kemudian menarik spuit dan jarum dengan cepat sambil memegang pangkal jarum</li> <li>13. Merapikan pasien</li> <li>14. Membereskan alat</li> <li>15. Mencuci tangan</li> </ol>
<b>HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jangan mencoba menusukkan jarum bila vena kurang jelas terlihat / teraba</li> <li>2. Bila terjadi infiltrat, jarum dan spuit langsung dicabut untuk dipindahkan ke vena lain</li> <li>3. Usahakan agar tidak terjadi emboli udara</li> <li>4. Observasi respon pasien setelah tindakan injeksi</li> </ol>
<b>REFERENSI</b>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## MEDIKASI

	<b>INJEKSI INTRAMUSKULAR</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan memasukkan obat melalui rute intramuskular
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	Memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan tindakan
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bak injeksi berisi spuit ukuran 1 – 10 cc dan jarum suntik no. 23 – 26</li> <li>2. Bak injeksi steril</li> <li>3. Kapas alkohol 70 % dalam kom tertutup</li> <li>4. Gergaji ampul bila perlu</li> <li>5. Bengkok kosong</li> <li>6. Daftar / buku obat</li> <li>7. Water for injection</li> <li>8. Bengkok</li> <li>9. Obat yang dibutuhkan : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bila dalam bentuk flaxon <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutup karet didisinfektan dengan alkohol</li> <li>• Oplos obat sebek dengan water for injection sesuai kebutuhan</li> <li>• Hisap cairan obat dengan spuit steril sesuai dengan dosis</li> <li>• Keluarkan udara dari spuit</li> </ul> </li> <li>- Bila dalam bentuk ampul <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gergaji leher ampul, alasi ujung ampul dengan kapas alkohol, kemudian ujung ampul dipatahkan</li> <li>• Hisap cairan obat sesuai dengan dosis</li> <li>• Masukkan spuit berisi obat ke dalam bak injeksi steril bersama alkohol</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membawa alat-alat kedekat pasien</li> <li>2. Memasang sampiran bila perlu</li> <li>3. Mencuci tangan</li> <li>4. Membebaskan daerah yang akan diinjeksi</li> <li>5. Menghapushamakan kulit dengan kapas alkohol tunggu sampai kering</li> <li>6. Menegangkan kulit dengan tangan kiri, lalu menusukkan jarum dengan posisi 90 ° ke dalam otot sedalam <math>\frac{3}{4}</math> jarum</li> <li>7. Aspirasi untuk memeriksa apakah ada darah atau tidak. Bila tidak ada darah masukkan obat secara pelan-pelan sampai obat habis</li> <li>8. Meletakkan kapas alkohol diatas jarum kemudian menarik spuit dengan cepat sambil memegang pangkal jarum</li> <li>9. Memasage tempat penyuntikan</li> <li>10. Buang kapas bekas ke dalam bengkok</li> <li>11. Merapikan pasien</li> <li>12. Membereskan alat-alat</li> <li>13. Mencuci tangan</li> </ol>
<b>HAL-HAL YANG</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi pasien terhadap keluhan atau reaksi dan efek samping</li> <li>2. Bila cairan obat mengandung minyak, jarum penghisap cairan harus</li> </ol>

<b>PERLU DIPERHATIKAN</b>	di ganti dengan jarum yang kering 3. Catat hasil tindakan dalam buku pemberian obat
<b>REFERENSI</b>	Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i> . California : Addison Wesley Company.  Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i> . Edisi 5. Jakarta : EGC.

## MEDIKASI

	<b>INJEKSI SUBCUTAN</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan memasukkan obat melalui rute subcutan
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	Memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan tindakan
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bak instrumen berisi spuit berukuran 1 cc dan jarum suntuk no. 23 – 26</li> <li>2. Bak injeksi steril</li> <li>3. Kapas alkohol 70 % dalam kom tertutup</li> <li>4. Buku / daftar obat dan alat tulis</li> <li>5. Bengkok</li> <li>6. Obat yang diperlukan dalam bentuk flakon / ampul</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membawa alat-alat kedekat pasien</li> <li>2. Memasang sampiran bila perlu</li> <li>3. Mengatur posisi pasien dan membebaskan daerah yang akan di injeksi</li> <li>4. Mencuci tangan</li> <li>5. Menghapusamakan kulit pasien dengan kapas alkohol tunggu sampai kulit kering</li> <li>6. Mengangkat kulit sedikit dengan jari telunjuk dan ibu jari tangan kiri, menusukkan jarum perlahan-lahan dengan posisi sudut 45 ° lubang jarum mengarah ke atas</li> <li>7. Aspirasi untuk memeriksa apakah ada darah atau tidak. Bila tidak ada darah masukkan obat ke dalam subcutan sampai habis secara perlahan-lahan</li> <li>8. Merapikan pasien</li> <li>9. Membereskan alat</li> <li>10. Mencuci tangan</li> </ol>
<b>REFERENSI</b>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## MEDIKASI

	<b>INJEKSI INTRACUTAN</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan memasukkan obat melalui rute intracutan
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	Memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan tindakan
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spuit 1 cc – 5 cc</li> <li>2. Bak injeksi steril</li> <li>3. Kapas alkohol 70 % / kapas hangat dalam kom tertutup</li> <li>4. Buku / daftar obat dan alat tulis</li> <li>5. Bengkok kosong</li> <li>7. Obat / vaksin yang diperlukan</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membawa alat-alat kedekat pasien</li> <li>2. Memasang sampiran bila perlu</li> <li>3. Mencuci tangan</li> <li>4. Membebaskan daerah yang akan di injeksi</li> <li>5. Menghapushamakan kulit dengan kapas alkohol atau kapas hangat untuk pemberian vaksin</li> <li>6. Menegangkan kulit dengan tangan kiri pada daerah yang akan di injeksi. Lalu menusukkan jarum ke dalam intracutan dengan posisi 15 – 20 °, lubang jarum menghadap ke atas</li> <li>7. Masukkan obat / vaksin pelan-pelan sampai timbul indurasi pada kulit</li> <li>8. Tarik jarum dengan cepat, tempat penusukan tidak boleh di hapushamakan dengan kapas alkohol dan tidak boleh di masage</li> <li>9. Buang kapas ke dalam bengkok</li> <li>10. Rapikan pasien</li> <li>11. Bereskan alat-alat</li> <li>12. Mencuci tangan</li> </ol>
<b>HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi kemungkinan reaksi alergi setelah penyuntikan</li> <li>2. Reaksi alergi (+) bila indurasi bertambah lebar dan kulit berwarna kemerah-merahan</li> <li>3. Catat hasil tindakan dalam buku obat</li> </ol>
<b>REFERENSI</b>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## MEDIKASI

	<b>MEMBERI OBAT MELALUI MULUT ( Per Os )</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan memasukkan obat melalui rute oral
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	Memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan tindakan
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	Meja obat beroda berisi : 1. Daftar obat pasien (jenis/nama obat, dosis obat, jadwal pemberian, no register pasien) 2. Buku obat pasien 3. Tempat obat dan tutupnya (beretiket nama pasien, kamar dan no tempat tidur) 4. Gelas ukur 5. Gelas obat 6. Gelas air minum 7. Air minum dalam cerek 8. Sedotan 9. Pipet 10. Serbet 11. Lumpang obat (mortir) dan alu obat 12. Baki 13. Bengkok/tempat sampah
<b>CARA KERJA</b>	1. Mencuci tangan 2. Mengatur tempat-tempat obat dalam baki, buku obat dan daftar obat 3. Menyiapkan obat yang diperlukan 4. Membaca daftar obat, mengambil obat sesuai dengan jenis dan jumlah, kemudian memasukkan ke dalam tempat obat pasien dan mengembalikan obat ketempat semula 5. Meletakkan baki obat, air minum dalam gelas, sedotan dan daftar / buku obat diatas meja obat beroda 6. Mendorong meja obat kekamar pasien 7. Memeriksa kembali obat lalu diberikan kepada pasien. Tunggu sampai semua obat ditelan habis 8. Bantu pasien yang tidak bisa minum sendiri 9. Bersihkan dan rapikan kembali pasien 10. Obat yang sudah diminum pasien di beri tanda ( ✓ ) pada buku obat dan bubuhkan tanda tangan perawat
<b>HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN</b>	1. Berikan obat sesuai dengan prinsip 5 benar ( Benar : pasien, obat, dosis, cara dan waktu ) 2. Periksa 5 benar minimal 3 kali 3. Observasi reaksi obat : hati-hati bahaya : <ul style="list-style-type: none"> <li>- salah memberi obat</li> <li>- tersedak</li> <li>- alergi</li> </ul>
<b>REFERENSI</b>	Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i> . California : Addison Wesley Company. Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i> . Edisi 5. Jakarta : EGC.

## MEDIKASI

	<b>MENETESKAN OBAT PADA MATA</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan meneteskan obat pada mata
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan</li><li>2. Pasien diatur dalam posisi duduk atau telentang</li></ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Obat tetes atau salf mata</li><li>2. Kapas basah steril di dalam tempatnya</li><li>3. Pinset steril dalam tempatnya</li><li>4. Bengkok</li></ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bersihkan mata pasien dengan kapas basah steril</li><li>2. Kapas basah yang sudah dipakai dibuang ke dalam bengkok</li><li>3. Baca etiket obat untuk mencegah kekeliruan</li><li>4. Muka pasien diatur sejajar dengan langit-langit, tarik kelopak mata bawah ke bawah</li><li>5. Teteskan obat pada conjunctiva kelopak bawah</li><li>6. Bersihkan sisa obat yang ada di mata dengan kapas basah</li></ol>
<b>REFERENSI</b>	Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i> . California : Addison Wesley Company. Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i> . Edisi 5. Jakarta : EGC.

## MEDIKASI

	CARA MEMBERIKAN SALF MATA
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan memberikan salf pada mata
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan</li><li>2. Pasien diatur dalam posisi duduk atau telentang</li></ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Salf mata sesuai dengan kebutuhan</li><li>2. Kapas bulat khusus untuk mata</li></ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Baca etiket pada tube salf mata, untuk mencegah kekeliruan</li><li>2. Bersihkan mata pasien dengan kapas bulat</li><li>3. Kapas bulat yang sudah dipakai dibuang ke dalam bengkok</li><li>4. Tarik kelopak mata ke bawah dan oleskan salf dari canthus dalam ke canthus luar</li><li>5. Anjurkan pasien untuk menutup dan mengejap kelopak mata</li><li>6. Bersihkan sisa salf yang ada di sekitar mata dengan kapas bulat</li><li>7. Bila perlu mata ditutup dengan kain kassa steril dan diplester</li></ol>
<b>REFERENSI</b>	Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i> . California : Addison Wesley Company. Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i> . Edisi 5. Jakarta : EGC.

## MEDIKASI

	MENETESKAN OBAT TETES HIDUNG
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan meneteskan obat pada hidung
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan</li><li>2. Pasien diatur dalam posisi duduk atau telentang</li></ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Obat tetes hidung sesuai dengan program pengobatan</li><li>2. Pipet obat</li><li>3. Kertas tissue bila mungkin disediakan</li></ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Baca etiket obat untuk mencegah kekeliruan</li><li>2. Teteskan obat sebanyak yang telah ditentukan dalam program pengobatan</li><li>3. Anjurkan pasien tetap dalam posisi tidur dengan kepala ekstensi selama dua menit</li><li>4. Bersihkan daerah sekitar hidung dengan kertas tissue</li></ol>
<b>REFERENSI</b>	Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i> . California : Addison Wesley Company. Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i> . Edisi 5. Jakarta : EGC.

## MEDIKASI

	<b>MENETESKAN OBAT TETES TELINGA</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu tindakan memberikan obat pada telinga
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan</li> <li>2. Pasien diatur dalam posisi miring dengan telinga yang akan diobati menghadap ke atas dengan sudut 60°</li> </ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mangkok berisi air panas</li> <li>2. Kapas lidi</li> <li>3. Obat tetes mata sesuai dengan kebutuhan</li> <li>4. Pipet obat</li> <li>5. Kapas</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Panaskan obat dengan merendamnya dalam mangkok berisi air panas</li> <li>2. Suhu obat dites dengan cara meneteskannya pada punggung telapak tangan petugas</li> <li>3. Bersihkan dan keringkan kanal telinga luar dengan kapas lidi</li> <li>4. Teteskan obat sebanyak yang telah ditentukan dalam program pengobatan</li> <li>5. Tutup lubang telinga dengan kapas</li> <li>6. Anjurkan pasien agar miring dengan telinga yang diobati menghadap keatas selama lima menit</li> <li>7. Bersihkan sisa obat disekitar telinga</li> </ol>
<b>REFERENSI</b>	<p>Kozier, E., Erb, G. 2000. <i>Techniques in Clinical Nursing A Comprehensive Approach</i>. California : Addison Wesley Company.</p> <p>Perry,AG., et al. 2005. <i>Buku Saku dan Keterampilan Prosedur Dasar</i>. Edisi 5. Jakarta : EGC.</p>

## **BAB 4**

### **PERAWATAN LUKA SEDERHANA**

#### A. Kompetensi Akhir Diharapkan

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan intervensi perawatan luka sederhana

#### B. Indikator Pencapaian Kompetensi

1. Kemampuan mengidentifikasi proses penyembuhan luka
2. Kemampuan mengidentifikasi dan penerapan prinsip rawat luka
3. Ketepatan melakukan prosedur perawatan luka sederhana

#### C. Materi

1. Konsep Penyembuhan luka
2. Prinsip perawatan luka
3. Prosedur perawatan luka sederhana
  - a. Luka Kotor
  - b. Luka Bersih
  - c. Heacting

#### D. Standar Operasional Prosedur

1. Rawat luka bersih
2. Rawat luka kronik
3. Heacting
4. Heacting aff

#### E. Latihan

1. Lakukan praktik perawatan luka bersih bersama teman
2. Videokan kegiatan praktik tersebut
3. Lakukan secara bergantian dengan teman lain.

## RAWAT LUKA

	<b>PERAWATAN LUKA BERSIH</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu penanganan yang terdiri atas membersihkan dan menutup luka yang dianggap tidak mengandung kuman
<b>TUJUAN</b>	Penutupan luka untuk melindungi luka dengan drainase minimal terhadap kontaminasi mikroorganisme
<b>INDIKASI</b>	Luka bersih tidak terkontaminasi
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memperkenalkan diri</li> <li>b. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>c. Menjelaskan urutan perasat</li> <li>d. Meminta persetujuan klien</li> <li>e. Siapkan pasien dengan posisi yang sesuai dengan kebutuhan</li> </ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bak instrumen steril :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gunting</li> <li>▪ Pinset anatomis</li> <li>▪ Pinset cirurgis</li> <li>▪ cacing steril</li> <li>▪ Kasa steril</li> </ul> </li> <li>b. Sarung tangan steril</li> <li>c. Duk steril</li> <li>d. Sarung tangan bersih sekali pakai</li> <li>e. Larutan antiseptik</li> <li>f. Salep antiseptik</li> <li>g. Salin normal</li> <li>h. Plester, pengikat, perban sesuai kebutuhan</li> <li>i. Aseton</li> <li>j. Kom tertutup</li> <li>k. Korentang</li> <li>l. Balutan kasa ekstra, surgipads atau bantalan abdomen</li> <li>m. Selimut mandi</li> <li>n. Perlak dan pengalasnya</li> <li>o. Masker wajah atau pelindung mata jika diperlukan</li> <li>p. Bengkok</li> <li>q. Kantong sampah kedap air</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya</li> <li>2. Tanyakan keluhan klien</li> <li>3. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien.</li> <li>4. Beritahu lamanya kegiatan</li> <li>5. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai</li> <li>6. Pertahankan privacy klien selama tindakan dilakukan</li> <li>7. Atur posisi yang nyaman bagi klien dan tutupi bagian tubuh selain bagian luka dengan selimut mandi. Beritahu klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril.</li> <li>8. Pasang perlak dan pengalasnya di bawah area luka. Letakkan bengkok di atas perlak</li> <li>9. Letakkan kantong sampah pada area yang mudah dijangkau. Lipat bagian atasnya membentuk mangkok.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Kenakan masker muka atau pelindung mata (biasanya diperlukan jika luka mengeluarkan drainase yang mungkin muncrat ke arah perawat)</li> <li>11. Cuci tangan</li> <li>12. Gunakan sarung tangan bersih sekali pakai</li> <li>13. Lepaskan plester, balutan atau ikatan. Lepaskan plester dengan melepaskan ujungnya dan menarik dengan perlahan, sejajar dengan kulit dan ke arah balutan. Observasi kulit klien untuk reaksi terhadap plester. Jika perekat masih di kulit dapat dibersihkan dengan penghilang perekat atau aseton</li> <li>14. Dengan menggunakan tangan bersarung tangan atau dengan pinset angkat balutan kasa secara hati-hati, jaga jangan sampai menarik drain atau selang. Jaga kotoran-kotoran pada luka agar tidak terlihat oleh klien. Peringatkan klien tentang rasa tidak nyaman yang mungkin timbul dan angkat balutan dengan perlahan.</li> <li>15. Observasi karakter, jumlah drainase pada balutan</li> <li>16. Buang balutan yang kotor ke dalam kantong sampah</li> <li>17. Lepaskan sarung tangan dengan bagian dalamnya berada di luar. Buang pada tempat yang tepat</li> <li>18. Cuci tangan</li> <li>19. Siapkan plester baru, pengikat atau perban</li> <li>20. Letakan set balutan steril pada meja tempat tidur atau sisi pasien. Buka set balutan steril. Balutan, gunting dan pinset harus tetap pada tempat set steril</li> <li>21. Buka botol larutan dan tuangkan ke dalam baskom steril</li> <li>22. Gunakan sarung tangan steril</li> <li>23. Inspeksi luka. Perhatikan kondisinya, tempat drain, integritas jahitan atau penutupan kulit dan karakter drainase.</li> <li>24. Bersihkan luka dengan larutan antiseptik yang diresepkan atau salin normal. Pegang kasa yang basah dengan pinset. Gunakan kasa lain untuk tiap usapan. Bersihkan dari area yang kurang terkontaminasi ke area yang paling terkontaminasi. Gerakan dalam tekanan progresif menjauh dari insisi atau tepi luka.</li> <li>25. Gunakan kasa kering untuk mengeringkan luka atau garis insisi</li> <li>26. Oleskan salep antiseptik jika diprogramkan, menggunakan teknik yang sama seperti pada pembersihan luka.</li> <li>27. Berikan balutan steril kering pada insisi atau luka. Pasang kasa tenun sebagai lapisan kontak dengan longgar. Jika ada drain potong sedikit kasa berukuran 4x4 untuk menutup sekeliling drain. Pasang kasa lapisan kedua sebagai absorben. Pasang bantalan kasa tenun yang lebih tebal atau surgipads</li> <li>28. Pasang plester, perban atau pengikat</li> <li>29. Rapihan kembali peralatan</li> <li>30. Lepas sarung tangan dan buang ke tempat sampah</li> <li>31. Kembalikan klien dalam posisi yang nyaman</li> <li>32. Cuci tangan</li> <li>33. Dokumentasikan tindakan</li> </ol>
<b>REFERENSI</b>	<p>Morison, M. J, 2004, <i>Manajemen Luka</i>, EGC, Jakarta</p> <p>Perry, A. G, Peterson, V. R, Potter, P. A, 2005, <i>Buku Saku Keterampilan dan Prosedur Dasar</i>, EGC, Jakarta</p> <p>Potter, P. A &amp; Perry, A. G, 2005, <i>Buku Ajar Fundamental Keperawatan</i></p>



## RAWAT LUKA

	<b>PERAWATAN LUKA KRONIK</b>
<b>DEFINISI</b>	Suatu luka terbuka yang meluas hingga lapisan dermis kulit, pada umumnya luka mengalami masa penyembuhan yang memanjang dan membutuhkan perawatan luka kompleks.
<b>TUJUAN</b>	Untuk mencegah bekas luka jangka panjang yang disebabkan oleh tertahannya kontaminan
<b>INDIKASI</b>	-
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memperkenalkan diri</li> <li>b. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>c. Meminta persetujuan klien</li> <li>d. Siapkan pasien dengan posisi yang sesuai dengan kebutuhan</li> </ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Set balutan steril :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gunting</li> <li>▪ Pinset anatomis</li> <li>▪ Pinset cirurgis</li> <li>▪ Baskom steril</li> <li>▪ Kasa steril</li> </ul> </li> <li>b. Sarung tangan steril</li> <li>c. Kain steril</li> <li>d. Sarung tangan bersih sekali pakai</li> <li>e. Larutan antiseptik</li> <li>f. Salep antiseptik</li> <li>g. Salin normal</li> <li>h. Plester, pengikat, perban sesuai kebutuhan</li> <li>i. Penghilang perekat</li> <li>j. Balutan kasa ekstra, surgipads atau bantalan abdomen</li> <li>k. Selimut mandi</li> <li>l. Perlak dan pengalasnya</li> <li>m. Masker wajah atau pelindung mata jika diperlukan</li> <li>n. Bengkok</li> <li>o. Kantong sampah kedap air</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya</li> <li>2. Tanyakan keluhan klien</li> <li>3. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien.</li> <li>4. Beritahu lamanya kegiatan</li> <li>5. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai</li> <li>6. Pertahankan privacy klien selama tindakan dilakukan</li> <li>7. Atur posisi yang nyaman bagi klien dan tutupi bagian tubuh selain bagian luka dengan selimut mandi. Beritahu klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril.</li> <li>8. Pasang perlak dan pengalasnya di bawah area luka. Letakan bengkok di atas perlak</li> <li>9. Letakkan kantong sampah pada area yang mudah dijangkau. Lipat bagian atasnya membentuk mangkuk.</li> <li>10. Kenakan masker muka atau pelindung mata (biasanya diperlukan jika luka mengeluarkan drainase yang mungkin muncrat kea rah</li> </ol>

	<p>perawat)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Cuci tangan</li> <li>12. Gunakan sarung tangan bersih sekali pakai</li> <li>13. Lepaskan plester, balutan atau ikatan. Lepaskan plester dengan melepaskan ujungnya dan menarik dengan perlahan, sejajar dengan kulit dan ke arah balutan.</li> <li>14. Observasi kulit klien untuk reaksi terhadap plester. Jika perekat masih di kulit dapat dibersihkan dengan penghilang perekat atau aseton</li> <li>15. Dengan menggunakan tangan bersarung tangan atau dengan pinset angkat balutan kasa secara hati-hati, jaga jangan sampai menarik drain atau selang. Jaga kotoran-kotoran pada luka agar tidak terlihat oleh klien. Peringatkan klien tentang rasa tidak nyaman yang mungkin mungkin timbul dan angkat balutan dengan perlahan.</li> <li>16. Observasi karakter, jumlah drainase pada balutan</li> <li>17. Buang balutan yang kotor ke dalam kantong sampah</li> <li>18. Lepaskan sarung tangan dengan bagian dalamnya berada di luar. Buang pada tempat yang tepat</li> <li>19. Cuci tangan</li> <li>20. Siapkan plester baru, perban atau pengikat bila diperlukan</li> <li>21. Letakan set balutan steril pada meja tempat tidur atau sisi pasien. Buka set balutan steril. Balutan, gunting dan pinset harus tetap pada tempat set steril</li> <li>22. Buka botol larutan dan tuangkan ke dalam baskom steril</li> <li>23. Gunakan sarung tangan steril</li> <li>24. Inspeksi luka. Perhatikan kondisinya, tempat drain, integritas jahitan atau penutupan kulit dan karakter drainase.</li> <li>25. Bersihkan luka dengan larutan antiseptik yang diresepkan atau salin normal. Pegang kasa yang basah dengan pinset. Gunakan kasa lain untuk tiap usapan. Bersihkan dari area yang kurang terkontaminasi ke area yang paling terkontaminasi. Gerakan dalam tekanan progresif menjauh dari insisi atau tepi luka.</li> <li>26. Pasang kasa yang basah langsung pada tepi luka. Bila luka dalam, kemas kasa secara perlahan dengan menekuk tepi kasa dengan pinset. Secara bertahap, masukan kasa ke dalam luka hingga seluruh permukaan luka bersentuhan dengan kasa basah. Berikan kasa steril kering (4x4) di atas kasa basah. Tutup dengan kasa, surgi pad atau bantalan abdomen</li> <li>27. Pasang plester, perban atau pengikat</li> <li>28. Rapikan peralatan</li> <li>29. Lepas sarung tangan dan buang ke tempat sampah</li> <li>30. Kembalikan klien ke posisi yang nyaman</li> <li>31. Cuci tangan</li> <li>32. Dokumentasikan tindakan</li> </ol>
<b>REFERENSI</b>	<p>Asih, Ni Luh Gede Yasmin.1999. <i>Keterampilan Dan Prosedur Dasar</i>, edisi 3. jakarta:EGC</p> <p>Moya, J. Morison, 2004, <i>Seri Pedoman Praktis, Manajemen Luka</i>, Jakarta, EGC</p> <p>Ns. Eni kusyati, S.Kep. 2006. <i>Keterampilan Dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar</i>, Jakarta:EGC</p> <p>Petter &amp; Perry, 2006, <i>Buku Ajar, Fundamental Keperawatan</i>, EGC</p>

## RAWAT LUKA

	<b>HECTING</b>
<b>DEFINISI</b>	teknik yang digunakan dalam menutup luka, yang dimaksudkan untuk mempertemukan dan mempertahankan posisi kedua permukaan luka tanpa mengganggu peredaran darah setempat supaya luka dapat sembuh <i>per primam intentioneum</i> (sembuh primer)
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menutup luka</li> <li>2. Mempertemukan tepi-tepi luka agar dapat menyatu</li> <li>3. Mencegah terjadinya infeksi pada luka yang terbuka</li> <li>4. Mempercepat penyembuhan luka (luka sembuh primer)</li> <li>5. Mencegah kontaminasi kuman sekunder (<i>port de entry</i>)</li> </ol>
<b>INDIKASI</b>	Luka terbuka pada kulit
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memperkenalkan diri</li> <li>b. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>c. Menjelaskan urutan perasat</li> <li>d. Meminta persetujuan klien</li> <li>e. Siapkan pasien dengan posisi yang sesuai dengan kebutuhan</li> </ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Baki beralas dan bertutup, berisi: Peralatan hecting (hecting kit) steril, terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nail foder : 1 buah</li> <li>▪ Jarum dan benang hecting : silk/ethilon no. 3/0 : 1set</li> <li>▪ Pinset sirurgis/Anatomis: 1/1 buah</li> <li>▪ Klem arteri : 2 buah</li> <li>▪ Korentang/tang desinfeksi: 2 buah</li> <li>▪ Kom kecil: 4 buah</li> <li>▪ Duk klem : 2 buah</li> <li>▪ Gunting benang steril</li> <li>▪ Desinfektan : Betadin 10% dan atau alkohol 70%.</li> <li>▪ Cairan toileting luka : NaCl 0,9 % dan perhidrol 3%</li> <li>▪ Kassa steril : 12 buah</li> <li>▪ Sofratule: 1 lembar</li> <li>▪ Sarung tangan steril 1 buah</li> <li>▪ Spuit 10 cc atau 5 cc</li> </ul> </li> <li>b. Set anastesi : spuit 3 cc dan lidokain 2 % : 1 buah</li> <li>c. Korentang</li> <li>d. Perlak dan pengalas</li> <li>e. Duk lubang</li> <li>f. Bengkok dan tempat sampah</li> <li>g. Plester/hipafik secukupnya</li> <li>h. Gunting plester</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, perkenalkan/sebutkan nama dan tanggung jawab perawat.</li> <li>2. Panggil klien dengan nama kesukaannya</li> <li>3. Jelaskan prosedur, tujuan, dan lamanya tindakan pada klien</li> <li>4. Berikan kesempatan klien bertanya.</li> <li>5. Jaga privasi klien</li> <li>6. Siapkan alat-alat bedah dan duk lubang Buka sarung tangan steril, buka spuit, atur kom dan tuang cairan.</li> </ol>

	<p>Buka sofratule taruh di tempat steril</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Atur posisi klien di meja operasi dan letakkan pernak dan pengalas di bawah tempat yang akan dilakukan tindakan penjahitan.</li> <li>8. Cuci tangan steril (pre memori)</li> <li>9. Pakai sarung tangan steril</li> <li>10. Dekatkan peralatan ke meja operasi klien</li> <li>11. Desinfeksi daerah sekitar medan operasi menggunakan larutan betadine dengan gerakan dari dalam keluar</li> <li>12. Tutup dengan duk lubang dan pasang duk klem sesuai medan operasi.</li> <li>13. Lakukan anastesi lokal intradermal.</li> <li>14. Lakukan toileting luka dengan NaCl-perhidrol-NaCl.</li> <li>15. Pasang jarum lengkung no.3/0 pada klem pemegang jarum diantara 2/3 depan dan 1/3 belakang dan kunci klem. Pasang benang silk 3/0.</li> <li>16. Gunakan pinset bergerigi halus untuk sedikit mengangkat tepi luka.</li> <li>17. Tusukkan jarum pada kulit dengan posisi tegak lurus dengan posisi tangan pronasi penuh, dengan siku membentuk sudut 90° dan bahu adduksi.</li> <li>18. Penusukan dilakukan 1 cm dari tepi luka didekat tempat yang dijepit pinset dengan mengangkat kulit dan kulit ditegangkan.</li> <li>19. Dorong jarum maju dengan gerakan supinasi pergelangan tangan dan adduksi bahu serentak, dalam arah melengkung sesuai dengan lengkungan jarum.</li> <li>20. Setelah jarum muncul dari balik kulit, ujung jarum ditarik dengan klem pemegang jarum dengan menarik benang sampai ujungnya tersisa 3-4 cm dari kulit.</li> <li>21. Tusukkan jarum ke tepi luka yang lain dari dalam dengan kedalaman yang sama (1cm) dan cara yang sama.</li> <li>22. Tangan kiri memegang benang yang lebih panjang dan tangan kanan memegang klem pemegang jarum.</li> <li>23. Buat lilitan benang panjang dengan klem pemegang jarum.</li> <li>24. Jepit dan tarik benang pendek dengan klem pemegang jarum</li> <li>25. Ulangi gerakan no.23-26 dua kali.</li> <li>26. Potong bagian benang dengan menyatukan ujung gunting yang terbuka pada benang digeser sampai simpul diputar miring 45° dan dikatubkan.</li> <li>27. Hasil jahitan tidak terlalu ketat dan tepi luka saling bertemu.</li> <li>28. Letakkan simpul jahitan di tepi luka.</li> <li>29. Jahit kulit sampai seluruh luka tertutup.</li> <li>30. Evaluasi hasil jahitan.</li> <li>31. Tutup luka dengan sofratul dan kassa lalu plester.</li> <li>32. Buka duk lubang taruh di tempat alat tenun kotor</li> <li>33. Lepaskan sarung tangan dan buang</li> <li>34. Rapihan peralatan kembali</li> <li>35. Posisikan klien pada posisi yang nyaman dan kaji status perdarahan.</li> <li>34. Cuci tangan</li> <li>35. Dokumentasikan tindakan</li> </ol>
<p><b>HAL-HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pilihlah ukuran, tipe dan bahan benang sesuai dengan jenis dan kondisi luka (kaji kondisi luka)</li> <li>2. Pilihlah ukuran, tipe jarum sesuai dengan keadaan luka</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Perhatikan dalam membuat simpul agar tidak akan terasa nyeri dan jahitan dapat tahan lama</li> <li>4. Simpul harus diletakkan di tempat yang memiliki vaskularisasi yang lebih baik.</li> <li>5. Jarak antara masing-masing jahitan (di samping)</li> <li>6. Pertahankan teknik aseptik selama prosedur</li> </ol>
<p><b>REFERENSI</b></p>	<p>Morison, M. J, 2004, <i>Manajemen Luka</i></p> <p>Perry, A. G, Peterson, V. R, Potter, P. A dan Prosedur Dasar, EGC, Jakarta</p> <p>Potter, P. A &amp; Perry, A. G, 2005, <i>Keperawatan Medikal Bedah : Konsep, Proses, dan Praktik</i>, EGC, Jakarta</p>

## RAWAT LUKA

	<b>HECTING AFF</b>
<b>DEFINISI</b>	prosedur pengangkatan jahitan pada jahitan luka yang hampir sembuh, sembuh dan pada luka yang terdapat komplikasi (pus) dengan tujuan untuk mengeluarkan pus agar luka lebih cepat sembuh
<b>TUJUAN</b>	Tujuan dari pengangkatan jahitan adalah agar tepi luka yang sudah menyatu dapat segera sembuh. Sisa benang tidak menjadi benda asing bagi tubuh sehingga tidak terjadi inflamasi
<b>INDIKASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka sudah mulai sembuh (7-10 hari)               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Wajah : 3-4 days</li> <li>b. Kulit kepala: 5 days</li> <li>c. Tubuh: 7 days</li> <li>d. ekstremitas: 7-10 days</li> <li>e. kaki: 10-14 days</li> </ol> </li> <li>2. Mengeluarkan pus dari luka</li> <li>3. Luka mengalami dehisiensi sehingga perlu dilakukan jahitan ulangan.</li> </ol>
<b>KONTRAINDIKASI</b>	Kontraindikasi dilakukannya hecting aff adalah luka belum sembuh dan jaringan belum menyatu (kuarang dari 3 hari) Hecting aff biasanya dilakukan setelah hari ke-7 post operasi
<b>KOMPLIKASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada luka yang belum sembuh benar dapat terjadi dehisiensi.</li> <li>2. Benang yang tertinggal pada saat hecting aff dapat menjadikan luka mengalami iritasi dan bisa menimbulkan infeksi sekunder.</li> <li>3. Penggunaan pinset sirurgis bergerigi tajam dapat menyebabkan terjadinya luka sekunder.</li> </ol>
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memperkenalkan diri</li> <li>b. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>c. Meminta persetujuan klien</li> <li>d. Siapkan pasien dengan posisi yang sesuai dengan kebutuhan</li> </ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Baki beralas dan bertutup, berisi:</li> <li>b. Peralatan hecting (hecting aff kit) steril, terdiri dari:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pinset sirurgis: 1 buah</li> <li>• Kom kecil: 2 buah (betadine dan NaCl)</li> <li>• Gunting hecting AJ</li> <li>• Cairan desinfektan: betadin 10%</li> <li>• Kassa steril : 6 buah</li> <li>• Kapas alkohol</li> <li>• Sofratule: 1 buah</li> <li>• Sarung tangan steril 1 buah</li> </ul> </li> <li>c. Perlak dan pengalas</li> <li>d. Bengkok dan tempat sampah</li> <li>e. Plester/hipafik</li> <li>f. Gunting plester</li> </ol>
<b>CARA KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, perkenalkan/sebutkan nama dan tanggung jawab perawat. Panggil klien dengan nama kesukaannya</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Jelaskan prosedur, tujuan, dan lamanya tindakan pada klien</li> <li>3. Berikan kesempatan klien bertanya, Jaga privasi klien</li> <li>4. Siapkan dan tata alat-alat hecing aff serta cairan desinfektan</li> <li>5. Buka sarung tangan steril, sofratule dengan mempertahankan prinsip steril.</li> <li>6. Atur posisi klien dan letakkan perlak dan pengalas di bawah tempat yang akan dilakukan tindakan pengangkatan jahitan. Posisikan bengkok diatas perlak di dekat pasien.</li> <li>7. Dekatkan peralatan ke tempat tindakan.</li> <li>8. Pakai sarung tangan steril</li> <li>9. Buka plester dan kassa penutup luka dengan menggunakan pinset anatomis dan kapas alkohol searah dengan arah tumbuhnya rambut.</li> <li>10. Buang kapas alkohol dan kassa tersebut ke dalam bengkok.</li> <li>11. Letakkan pinset anatomis ke bengkok juga</li> <li>12. Lepaskan sofratule dari luka (bila masih tertinggal) dengan menggunakan pinset anatomis steril.</li> <li>13. Dengan pinset anatomis lakukan desinfeksi daerah luka dan sekitarnya menggunakan kassa yang telah dicelupkan ke dalam larutan NaCl-Betadine-NaCl dengan gerakan dari dalam keluar.</li> <li>14. Gunakan pinset sirurgis untuk mengangkat simpul jahitan setinggi <math>\pm \frac{1}{2}</math> cm.</li> <li>15. Masukkan gunting benang steril diantara simpul jahitan dan permukaan kulit. Gunting benang jahitan tersebut.</li> <li>16. Dengan pinset sirurgis, tarik benang jahitan yang telah dipotong tersebut keluar dengan menahan kulit menggunakan gunting hecing aff.</li> <li>17. Ulangi gerakan no.14-18 tersebut sampai jahitan terangkat semua.</li> <li>18. Evaluasi kondisi luka. (perdarahan, infeksi, pus dan proses penyembuhan luka)</li> <li>19. Tutup luka dengan sofratul dan kassa lalu plester.</li> <li>20. Lepaskan sarung tangan dan buang ke tempat sampah</li> <li>21. Rapikan peralatan kembali</li> <li>22. Posisikan klien pada posisi yang nyaman dan kaji status perdarahan.</li> <li>33. Cuci tangan</li> <li>34. Dokumentasikan tindakan</li> </ol>
<p><b>HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa order untuk dilakukan tindakan hecing aff.</li> <li>2. Kaji kondisi luka sebelum melakukan tindakan hecing aff</li> <li>3. Gunakan teknik aseptik dalam tindakan hecing aff.</li> <li>4. Hindari kontaminasi dari alat, prosedur maupun dari diri perawat.</li> <li>5. Gunakan zat antiseptik sebelum dan sesudah melakukan tindakan hecing aff.</li> </ol>
<p><b>REFERENSI</b></p>	<p>Asih, Ni Luh Gede Yasmin.1999. <i>Keterampilan Dan Prosedur Dasar</i>, edisi 3. jakarta:EGC</p> <p>Moya, J. Morison, 2004, <i>Seri Pedoman Praktis, Manajemen Luka</i>, Jakarta, EGC</p> <p>Ns. Eni kusyati, S.Kep. 2006. <i>Keterampilan Dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar</i>, Jakarta:EGC</p> <p>Petter &amp; Perry, 2006, <i>Buku Ajar, Fundamental Keperawatan</i>, EGC</p>