|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | |
| D:\lia\KERJA- STIKES WGH\LOGO STIKES.png  MODUL  Keterampilan Dasar Keperawatan  https://www.dictio.id/uploads/db3342/original/3X/6/3/63a9e112972614c702193d2c5723818617e10c6d.jpg  **Oleh:**  **Ns. Ika Arum Dewi S., M.Biomed**  **Ns. Rosly Zunaedi, S.Kep** | |
| Ns. Ika Arum D.S., M.Biomed  Ns. Rosly Zunaedinn S.Kep., M.Kep  2021    **PROGRAM STUDI NERS**  **STIKES WIDYAGAMA HUSADA** | |

**VISI MISI**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN**

**VISI**

Menjadi program studi ilmu keperawatan/ profesi ners berdasarkan nilai keagamaan, kewirausahaan, dan keperawatan di tingkat nasional pada tahun 2025

**MISI**

1. Menyelenggrakan pendidikan keperawatan/ profesi ners yang mengintegrasikan nilai keagamaan, kewirausahaan, dan keperawatan
2. Mengembangkan penelitian dan melaksanakan pengabdian masyarakat yang bermutu dibidang keperawatan
3. Mengembangkan program studi keperawatan/ profesi ners dengan tata kelola yang baik berorientasi pada nilai keagamaan dan kewirausahaan

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan segala Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga tim penyusun dapat menyelesaikan Modul Keperawatan Dasar II, untuk meningkatkan kualitas pembelajaran dan panduan praktikum Mahasiswa Keperawatan STIKES Widyagama Husada.

Modul ini bertujuan untuk membantu mahasiswa dalam melaksanakan praktikum mata kuliah Keperawatan dasar II guna meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam melakukan tindakan keperawatan.

Penyusun menyadari adanya kekurangan dalam buku ini, sehingga saran dan kritik pembaca diperlukan guna penyempurnaan buku berikutnya.

Malang, 2020

Tim Penyusun

**DAFTAR ISI**

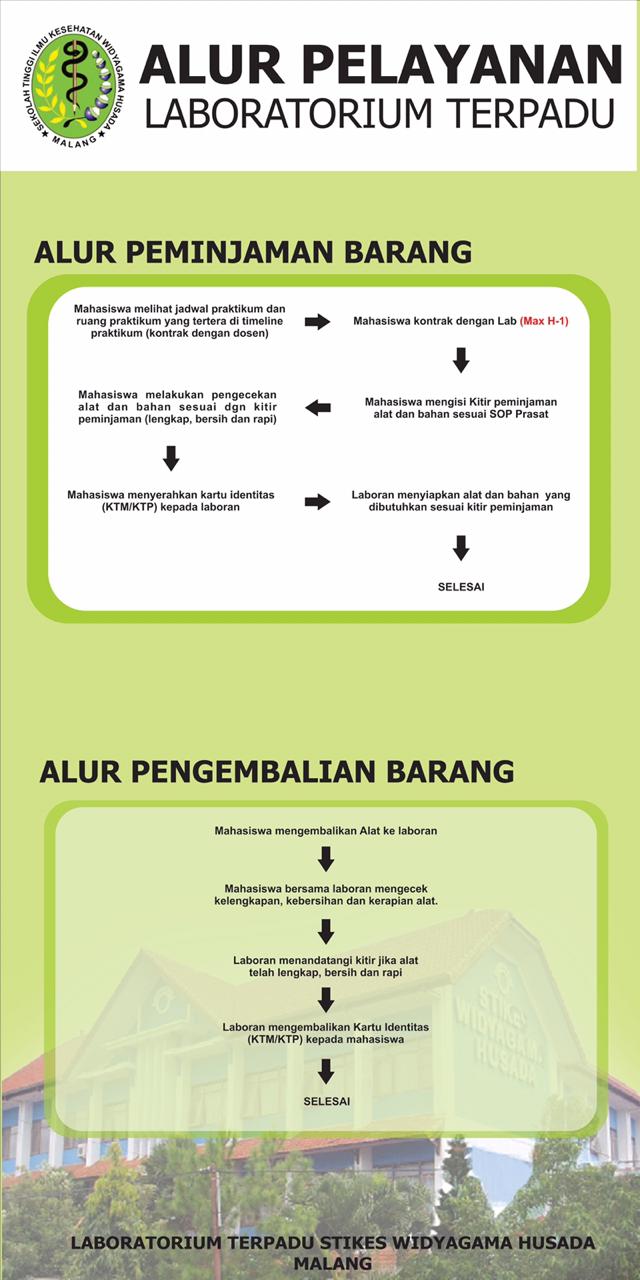
|  |  |
| --- | --- |
| VISI MISI PROGRAM STUDI KEPERAWATAN ……….. | i |
| KATA PENGANTAR ……………………………………… | Ii |
| DAFTAR ISI ……………………………………………….. | iii |
| PENDAHULUAN MODUL PRAKTIKUM ………………………………. |  |
| BAB 1 **Tanda – tanda vital**………………….......................................   * 1. Konsep Tanda-tanda Vital   2. Pengukuran Suhu   3. Mengkaji Nadi Radialis Dan Apikal   4. Mengkaji Pernapasan   5. Pengukuran Tekanan Darah | 5 |
| **BAB 2 Pengkajian Kesehatan Dan Pemeriksaan Fisik ……………**   * 1. Pendahuluan   2. Pengkajian Abdomen Dan Saluran Gastrointestinal   3. Pengkajian Sistem Muskuloskeletal   4. Pengkajian Sistem Kardiovaskuler   5. Pengkajian Sistem Pernapasan   6. Pengkajian Status Mental   7. Pengakjian Sistem Syaraf Pusat Dan Tingkat Kesadaran | 21 |
| **BAB 3 Pengendalian Infeksi**  3.1 Prinsip pengendalian infeksi  3.2 Cuci Tangan bersih  3.3 Cuci tangan steril  3.4 Memakai sarung tangan | 47 |
| **BAB 4 Administrasi Obat**   * 1. Prinsip Pemberian Obat   4.2 Pemberian medikasi oral  4.3 Pemberian medikasi parenteral  4.4 Pemberian medikasi topical  4.5 Pemberian medikasi suppositoria | 56 |
| **BAB 5 Rawat Luka Sederhana**  5.1 Konsep Luka  5.2 Rawat Luka Sederhana | 78 |
| LAMPIRAN | 11 |

**PENDAHULUAN MODUL PRAKTIKUM MATA KULIAH**

NAMA MATA KULAH : Keperawatan Dasar II

SKS PRAKTIKUM : 1 SKS

|  |
| --- |
| **Deskripsi mata kuliah praktikum:**  Mata kuliah ini membahas tentang prosedur keperawatan yang menjadi dasar ilmiah dalam praktik keperawatan yang mencakup pengukuran tanda vital, pengkajian keperawatan dan pemeriksaan fisik, pengendalian infeksi dan prosedur pemberian medikasi. Pengalaman belajar meliputi pembelajaran di kelas dan laboratorium keperawatan |
| **Capaian Mata kuliah/ Indikator :**   1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan secara komprehensif yang mencakup pengukuran tanda vital, pengkajian keperawatan dan pemeriksaan fisik 2. Mampu mempersiapkan pasien yang akan melakukan pemeriksaan penunjang 3. Menerapkan prinsip dan prosedur pengendalian infeksi dan *patient safety* 4. Mendemonstrasikan prosedur intervensi dalam pemberian medikasi oral, parenteral, topikal dan suppositori dengan menerapkan prinsip benar 5. Mendemonstrasikan prosedur intervensi perawatan luka sederhana pada pasien simulasi |
| **Jam Pelaksanaan:**  (1\*16\*100 menit) |
| **Tempat/Lokasi Praktikum/Praktik:**  Laboratorium Keperawatan |
| **Tata Tertib:**   1. Menggunakan seragam (disesuaikan dengan hari) atau pakian rapi dan sopan (tidak 2. Memakai sandal, kaos oblong, perhiasan, tidak menggunakan anting dan tidak   berambut panjang bagi laki-laki, tidak memakai kaos kaki yang berbau).   1. Menggunakan jas laboratorium beserta atribut lengkap Stikes (pin dan nametag). 2. Mahasiswa kontrak dengan dosen pembimbing maksimal sehari sebelum pelaksanaan praktikum. 3. Mahasiswa menyiapkan alat maksimal sehari sebelum pelaksanaan praktik laboratorium dengan mengikuti alur peminjaman di laboratorium. 4. Selama pelaksanaan praktikum, seluruh barang bawaan kecuali buku/modul praktikum/buku penunjang praktikum (tas, handphone) dimasukkan ke dalam lemari loker. 5. Menjaga kebersihan ruangan laboratorium selama pelaksanaan praktikum. 6. Mengembalikan alat ke laboratorium setelah pelaksanaan praktikum. 7. Mengganti apabila merusakkan atau menghilangkan alat laboratorium sesuai dengan aturan yang berlaku di laboratorium terpadu. |



**BAB I : Pemeriksaan Tanda Vital**

* 1. **Pendahuluan**

Tanda vital merupakan parameter tubuh yang terdiri dari tekanan darah, denyut nadi, laju pernafasan, dan suhu tubuh. Disebut tanda vital karena penting untuk menilai fungsi fisiologis organ vital tubuh. Pemeriksaan tanda-tanda vital bertujuan untuk menetapkan nilai dasar/baseline klien yang digunakan untuk membandingkan dengan kondisi tubuh yang terganggu serta mengidentifikasi perubahan kondisi kesehatan klien.

Pemeriksaan tanda-tanda vital umumnya dilakukan pada saat klien pertama datang ke fasilitas kesehatan; sebelum atau sesudah prosedur invasive, sebelum, selama, setelah pemberian terapi; sebelum dan sesudah intervensi; saat klienmelaporkan kondisi tubuh yang tidak nyaman, serta sesuai indikasi atau jadwal intervensi. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital perlu dilakukan dokumentasi secara berkala.

Terdapat empat tanda-tanda vital (TTV) yang standar dalam sebagian besar pengaturan medis yakni : Nadi   Nadi (Pulse rate/Heart rate/HR),   Tekanan darah (blood pressure/BP),  dan Pernafasan (Respiration rate/RR), Suhu Tubuh (body  temperature). Menurut WHO adapun normal tanda-tanda vital (TTV) sesorang sesuai dengan tingkatan usia yaitu :

1. **Nadi**

Bayi                 : 120-130 x/mnt

Anak               : 80-90 x/mnt

Dewasa           : 70-80 x/mnt

Lansia              : 60-70 x/mnt

Ø  Catatan :

1.        Takikardia (Nadi di atas normal)      : Lebih dari 100 x/menit

2.        Bradikardia (Nadi dibawah normal) : Kurang dari 60x/menit

1. **Tekanan Darah**

Bayi                             : 70-90/50 mmHg

Anak                           : 80-100/60 mmHg

Remaja                        : 90-110/66 mmHg

Dewasa muda             : 110-125/60-70 mmHg

Dewasa tua                 : 130-150/80-90 mmHg

Ø  Catatan :

1.      Hipotensi                    : Kurang dari 90/60 mmHg

2.      Normal                       : 90-120/60-80 mmHg

3.      Pre Hipertensi                        : 120-140/80-90 mmHg

4.      Hipertensi Stadium 1 : 140-160/90-100 mmHg

5.      Hipertensi Stadium 2 : Lebih dari 160/100 mmHg

1. **Suhu Tubuh**

Normal            : 36oC - 36,9oC

Sub Febris       : 37oC - 38oC

Febris              : 38oC - 40oC

Hiperpireksis   : 40oC - 42oC

Ø  Catatan :

1.      Hipotermi       : Kurang dari 36oC

2.      Hipertermi      : Lebih dari 40oC

3.      Oral                : 0,2oC – 0,5oC lebih rendah dari suhu rektal

4.      Axilla             : 0,5oC lebih rendah dari suhu oral.

1. **Pernapasan / Respirasi**

Bayi                 : 30-40 x/mnt

Anak               : 20-30 x/mnt

Dewasa           : 16-20 x/mnt

Lansia              : 14-16 x/mnt

Ø  Catatan :

1.      Ipnea              : Pernapasan normal

2.      Dispnea          : Pernapasan yang sulit

3.      Apnea             : Pernapasan terhenti

4.      Tadipnea        : Pernapasan lebih dari normal ( lebih dari 20 x/menit)

5.      Bradipnea       : Pernapasan kurang dari normal ( kurang dari 20 x/menit)

* 1. **Pengukuran Suhu Tubuh**

1. Konsep

Suhu badan adalah derajat panas yang dihasilkan oleh tubuh manusia sebagai keseimbangan pembakaran dalam tubuh dengan pengeluaran panas melalui keringat, pernapasan, sisa pembuangan (eksresi).



Gambar 1.1 Termometer raksa





Gambar 1.2 Termometer Digital Gambar 1.3 Termometer Inframerah

1. Tujuan

Mengetahui suhu tubuh pasien

1. Indikasi Tindakan

Pasien dengan keadaan demam (suhu tubuh > 37ºc).

1. SOP

|  |  |
| --- | --- |
| **Sop** | **Pengukuran Suhu Tubuh** |
| **Persiapan Alat** | 1. Termometer Raksa/digital 2. Larutan disinfektan dalam botol/gelas. 3. Larutan sabun dalam botol/gelas. 4. Air bersih dingin dalam botol/gelas. 5. Kain kassa kering/tissu dalam tempatnya. 6. Lab/handuk kering 7. Jel lubrikan 8. Bengkok untuk tempat kotoran. 9. Alat Tulis dan Buku catatan |
| **Persiapan Klien & Lingkungan** | 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas 2. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Beri kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman dan menutup *siderail* tempat tidur. |
| **Pelaksanaan** | 1. **Mengukur suhu melalui oral** 2. Cuci tangan dan dekatkan alat 3. Bersihkan thermometer 4. Turunkan batas angka pada termometer hingga menunjukkan angka 35oC. Turunkan raksa dengan menjepit termometer pada kedua jadi dan beri tekanan mengarah kebawah 5. Letakkan termometer di bawah lidah 6. Minta klien untuk menahan termometer dengan bibir hingga 3-8 menit atau berdering alarm thermometer digital 7. Angkat dan baca termometer tegak lurus dengan pandangan mata 8. Bersihkan termometer. 9. Cuci termometer dengan air antiseptik, air sabun, bilas dengan air DTT (desinfeksi tingkat tinggi), keringkan, serta letakkan kembali di tempatnya. 10. Rapikan alat dan Cuci tangan. 11. **Mengukur suhu melalui rektal** 12. Cuci tangan dan dekatkan alat 13. Bersihkan termometer 14. Turunkan batas angka pada termometer hingga menunjukkan angka 35oC. Turunkan raksa dengan menjepit termometer pada kedua jadi dan beri tekanan mengarah kebawah 15. Beri gel pada ujung termometer 16. Atur posisi klien dengan posisi Sims. Lihat Gambar 1.1. 17. Masukkan termometer ke dalam anus 18. Tahan termometer selama 2-4 menit 19. Angkat termometer 20. Bersihkan termometer 21. Baca termometer tegak lurus dengan pandangan mata 22. Bersihkan anus klien dari pelumas/gel 23. Bantu klien ke posisi semula 24. Cuci termometer dengan air antiseptik, air sabun, bilas dengan air DTT (desinfeksi tingkat tinggi), keringkan, serta letakkan kembali di tempatnya 25. Rapikan alat dan Cuci tangan 26. **Mengukur suhu melalui aksila/ketiak** 27. Cuci tangan dan dekatkan alat 28. Bersihkan termometer 29. Turunkan batas angka pada termometer hingga menunjukkan angka 35oC. Turunkan raksa dengan menjepit termometer pada kedua jadi dan beri tekanan mengarah kebawah 30. Meminta dan membantu pasien membuka pakaian pada daerah ketiak 31. Mengeringkan salah satu ketiak pasien dengan lab/handuk kering 32. Memasang termometer pada tengah ketiak 33. Menutup lengan atas dan menyilangkan lengan bawah di dada 34. Membiarkan termometer di ketiak selama 6-8 menit sampai alarm berbunyi 35. Mengambil termometer dari ketiak pasien 36. Membersihkan termometer dengan tissu/kassa dari pangkal ke arah ujung 37. Baca tinggi raksa termometer tegak lurus dengan pandangan mata 38. Merapikan kembali pakaian pasien 39. Mengembalikan posisi pasien pada posisi yang nyaman. 40. Menurunkan air raksa di dalam termometer 41. Cuci termometer dengan air antiseptik, air sabun, bilas dengan air DTT (desinfeksi tingkat tinggi), keringkan, serta letakkan kembali di tempatnya 42. Rapikan alat dan cuci tangan |
| **Evaluasi** | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| **Dokumentasi** | 1. Catat jenis tindakan yang telah dilakukan, hasil, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| **SUMBER PUSTAKA** | 1. Potter, P.A. & Perry, A.G. 2010. *Fundamental Keperawatan (3-vol set).* Edisi Bahasa Indonesia 7*.*Elsevier (Singapore) Pte.Ltd. 2. Potter, P.A.,Perry, A.G., Stockert P., Hall A. 2014. *Essentials for Nursing Practice*. 8th Ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 3. Rebeiro G., Jack L., Scully N., Wilson D., Novieastari E., Supartini Y. 2015. *Keperawatan Dasar: Manual Keterampilan Klinis*. Edisi Indonesia. Elsevier (Singapore) Pte Ltd. |

1. Lembar Kerja
2. Lakukanlah pengukuran suhu dengan teman anda, kemudian dokumentasikan hasilnya pada lembar jawaban!
3. Jelaskan perbedaan thermometer axila, oral dan rektal!

Jawaban:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

* 1. **Mengkaji Denyut Nadi**

1. Konsep

Denyut nadi adalah getaran/denyut darah didalam pembuluh darah arteri akibat kontraksi ventrikel kiri jantung. Denyut nadi dapat dirasakan dengan palpasi yaitu dengan tangan disepanjang jalannya pembuluh darah arteri, terutama pada tempat tonjolan tulang dengan sedikit menekan diatas pembuluh darah arteri. Faktor yang mempengaruhi frekuensi denyut nadi manusia bervariasi, yakni: usia, jenis kelamin, ukuran tubuh, kehamilan, keadaan kesehatan, riwayat kesehatan, kebiasaan konsumsi rokok dan kafein, intensitas dan lama kerja, sikap kerja, faktor fisik dan kondisi psikis.

1. Tujuan

Mengetahui frekwensi denyut nadi seseorang

Untuk mengetahui keadaan umum pasien

Untuk membantu memberikan perawatan dan pengobatan

1. Indikasi Tindakan
2. SOP

|  |  |
| --- | --- |
| **Sop** | **Menghitung Denyut Nadi** |
| **Persiapan Alat** | 1. Jam tangan analog 2. Alat tulis dan buku catatan |
| **Persiapan Klien & Lingkungan** | 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas 2. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Beri kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman dan menutup *siderail* tempat tidur. |
| **Pelaksanaan** | 1. Mencuci tangan 2. Memposisikan klien untuk berbaring/duduk dengan tenang di tempat tidur. Jika klien berbaring, tempatkan lengan bagian depan klien menyilang kearah dada bagian bawah atau abdomen atas dengan pergelangan tangan diposisikan lurus memanjang. Jika klien psosi duduk, posisikan siku klien ditekuk 90o dan lengan bawah klien ditopang oleh kursi atau tangan perawat. Pergelangan tangan dibuat posisi sedikit fleksi dengan telapak tangan menghadap kebawah 3. Meraba tangan pasien pada pergelangannya dengan ujung jari telunjuk, jari tengah dan manis sampai teraba denyut nadi arteri radialis dengan tekanan perlahan 4. Tangan yang lain memegang alat penghitung nadi /arloji 5. Menghitung denyut nadi selama enampuluh menit, mengkaji kekuatan denyut nadi 6. Merapikan pasien dan mengembalikan pasien ke posisi semula. 7. Merapikan alat dan mencuci tangan |
| **Evaluasi** | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| **Dokumentasi** | 1. Catat jenis tindakan yang telah dilakukan, hasil, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| **SUMBER PUSTAKA** | 1. Potter, P.A. & Perry, A.G. 2010. *Fundamental Keperawatan (3-vol set).* Edisi Bahasa Indonesia 7*.*Elsevier (Singapore) Pte.Ltd. 2. Potter, P.A.,Perry, A.G., Stockert P., Hall A. 2014. *Essentials for Nursing Practice*. 8th Ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 3. Rebeiro G., Jack L., Scully N., Wilson D., Novieastari E., Supartini Y. 2015. *Keperawatan Dasar: Manual Keterampilan Klinis*. Edisi Indonesia. Elsevier (Singapore) Pte Ltd |

1. Lembar Kerja
2. Lakukan pengukuran denyut nadi dengan teman anda, kemudian dokumentasikan hasilnya pada lembar jawaban!
3. Sebutkan macan-macam nadi yang dapat digunakan untuk pemerisaat denyut nadi!

Jawaban:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

* 1. Mengkaji frekwensi Pernapasan

1. Konsep

**Definisi**

Pemeriksaan pernafasan merupakan salah satu indikator untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan yang terdiri dari mempertahankan pertukaran oksigen dan karbon dioksida dalam paru dan pengaturan keseimbangan asam-basa. Menghitung frekwensi napas merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk menghitung frekuensi pernafasan. Satu-satunya ketrampilan keperawatan yang dalam melakukannya tanpa memberitahu klien sebelumnya.

1. Tujuan

Mengetahui frekwensi napas klien

Untuk mengetahui keadaan umum pasien

Untuk membantu memberikan perawatan dan pengobatan

1. Indikasi Tindakan
   * + Semua klien
     + Klien dengan gangguan pernapasan
2. SOP

|  |  |
| --- | --- |
| **Sop** | **Menghitung frekwensi napas** |
| **Persiapan Alat** | 1. Jam tangan analog 2. Alat tulis dan buku catatan |
| **Persiapan Klien & Lingkungan** | 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas 2. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Beri kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman dan menutup *siderail* tempat tidur umumnya dilakukan bersamaan dengan menghitung frekuensi denyut nadi |
| **Pelaksanaan** | 1. Mencuci tangan 2. Memposisikan klien untuk berbaring/duduk dengan tenang di tempat tidur semifowler 3. Pastikan pergerakan dada klien terlihat, jika perlu lepaskan pakaina klien 4. Tempatkan lengan klien seacra rileks diatas perut atau dada bagian bawah atau tempatkan tangan anda sendiri dibagian di atas perut bagian atas 5. Hitung dan amati siklus pernapasan lengkap (inspirasi dan ekspirasi) 6. Tangan yang lain memegang alat penghitung nadi /arloji 7. Hitung siklus pernafasan klien (1 inspirasi dan 1 ekspirasi) selama 1 menit (untuk anak-anak berumur < 2 tahun atau pada dewasa yang irama pernafasannya tidak teratur), atau 30 detik bila irama teratur. 8. Memperhatikan irama dan kedalaman pernafasan klien 9. Merapikan pasien dan mengembalikan pasien ke posisi semula 10. Merapikan alat dan mencuci tangan |
| **Evaluasi** | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| **Dokumentasi** | 1. Catat jenis tindakan yang telah dilakukan, hasil, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| **SUMBER PUSTAKA** | 1. Potter, P.A. & Perry, A.G. 2010. *Fundamental Keperawatan (3-vol set).* Edisi Bahasa Indonesia 7*.*Elsevier (Singapore) Pte.Ltd. 2. Potter, P.A.,Perry, A.G., Stockert P., Hall A. 2014. *Essentials for Nursing Practice*. 8th Ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 3. Rebeiro G., Jack L., Scully N., Wilson D., Novieastari E., Supartini Y. 2015. *Keperawatan Dasar: Manual Keterampilan Klinis*. Edisi Indonesia. Elsevier (Singapore) Pte Ltd |

1. Lembar Kerja
2. Lakukan pemeriksaan frekuensi nafas teman anda, kemudian catat hasilnya dalam lembar jawaban!
3. Sebutkan hasil temuan abnormal yang didapatkan dari pemeriksaan nafas!

Jawaban:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

* 1. Pengukuran Tekanan Darah

1. Konsep

Definisi

**Tekanan darah** merujuk kepada tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri darah ketika darah di pompa oleh [jantung](https://id.wikipedia.org/wiki/Jantung) ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah dibuat dengan mengambil dua ukuran dan biasanya diukur seperti berikut - 120 /80 mmHg. Nomor atas (120) menunjukkan tekanan ke atas pembuluh arteri akibat denyutan [jantung](https://id.wikipedia.org/wiki/Jantung), dan disebut tekanan [sistole](https://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Sistole&action=edit&redlink=1). Nomor bawah (80) menunjukkan tekanan saat [jantung](https://id.wikipedia.org/wiki/Jantung) beristirahat di antara pemompaan, dan disebut tekanan [diastole](https://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Diastole&action=edit&redlink=1). Saat yang paling baik untuk mengukur tekanan darah adalah saat Anda istirahat dan dalam keadaan duduk atau berbaring.

1. Tujuan

Untuk mengetahui tekanan darah pasien

Untuk mengetahui kerja jantung

Untuk mengetahui keadaan umum pasien

Untuk membantu memberikan perawatan dan pengobatan

1. Indikasi Tindakan
   * + Semua pasien baru
     + Pasien yang memiliki penyakit hipertensi, jantung dan penyakit kronis lainnya
2. SOP

|  |  |
| --- | --- |
| **Sop** | **Mengukur Tekanan Darah** |
| **Persiapan Alat** | 1. Sphignomanometer air raksa/jarum yang siap pakai 2. Stetoskop 3. Buku catatan dan Alat tulis |
| **Persiapan Klien & Lingkungan** | 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas 2. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Beri kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman dan menutup *siderail* tempat tidur. |
| **Pelaksanaan** | 1. Mencuci tangan dan dekatkan alat 2. Meminta /membantu pasien untuk membuka/menggulung lengan baju sebatas bahu 3. Membuka skrup air raksa dan memasang manset pada lengan bagian atas sekitar 3 cm di atas fossa cubiti dengan pipa karet di lengan atas 4. Memakai stetoskop pada telinga 5. Meraba arteri brakhialis dengan jari tengah dan telunjuk 6. Meletakkan stetoskop bagian bell di atas arteri brakhialis 7. Mengunci skrup balon karet 8. Meraba denyut nadi radialis 9. Balon dipompa lagi sehingga terlihat air raksa di dalam pipa naik (30 mm Hg) sampai denyut nadi tidak teraba 10. Membuka skrup balon dan menurunkan tekanan perlahan kira-kira 2 mm Hg/detik 11. Mendengar dengan teliti dan membaca skala air raksa sejajar dengan mata, pada skala berapa mulai terdengar bunyi denyut pertama sampai suara denyut terakhir terdengar lambat dan menghilang 12. Mencatat denyut pertama sebagai tekanan sistolik dan denyut terakhir sebagai tekanan diastolik. 13. Mengunci air raksa ditutup kembali. 14. Merapikan alat dan memposisikan klien seperti semula. 15. Mencuci tangan. |
| **Evaluasi** | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| **Dokumentasi** | 1. Catat jenis tindakan yang telah dilakukan, hasil, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| **SUMBER PUSTAKA** | 1. Potter, P.A. & Perry, A.G. 2010. *Fundamental Keperawatan (3-vol set).* Edisi Bahasa Indonesia 7*.*Elsevier (Singapore) Pte.Ltd. 2. Potter, P.A.,Perry, A.G., Stockert P., Hall A. 2014. *Essentials for Nursing Practice*. 8th Ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 3. Rebeiro G., Jack L., Scully N., Wilson D., Novieastari E., Supartini Y. 2015. *Keperawatan Dasar: Manual Keterampilan Klinis*. Edisi Indonesia. Elsevier (Singapore) Pte Ltd |

1. Lembar Kerja
2. Lakukan pengukuran tekanan darah pada teman anda, kemudian catat hasilnya di lembar jawaban!
3. Seorang pasien laki-laki usia 40 tahun dating ke IGD dengan keluhan kepala terasa sakit dan pandangan matanya kabur. Pasien mengatakan dia setiap hari merokok dan minum kopi. Hasil pemeriksaan : TD 180/110, HR : 100x/mnt, grimace (+), skala nyeri 4. Diagnosa keperawatan apakah yang muncul pada kasus diatas?

Jawaban:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

**BAB 2**

**Pengkajian Kesehatan Dan Pemeriksaan Fisik**

* 1. **Pendahuluan**

Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*) pada setiap sistem tubuh yang memberikan informasi objektif tentang klien dan memungkinkan kita sebagai seorang perawat untuk membuat penilaian klinis. Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematif dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien.

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu sistem atau suatu organ tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi). (Raylene M Rospond,2009; Terj D. Lyrawati, 2009). Pemeriksaan fisik adalah metode pengumpulan data yang sistematik dengan memakai indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dan rasa untuk mendeteksi masalah kesehatan klien. Untuk pemeriksaan fisik perawat menggunakan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi (Craven & Hirnle, 2000; Potter & Perry, 1997; Kozier et al., 1995). Pemeriksaan fisik dalam keperawatan digunakan untuk mendapatkan data objektif dari riwayat keperawatan klien. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan bersamaan dengan wawancara. Fokus pengkajian fisik keperawatan adalah pada kemampuan fungsional klien.

Tujuan Pemeriksaan Fisik adalah untuk mengumpulkan dan memperoleh data dasar tentang kesehatan klien; menambah, mengkonfirmasi, atau menyangkal data yang diperoleh dalam riwayat keperawatan; mengkonfirmasi dan mengidentifikasi diagnosa keperawatan; membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalaksanaan; serta untuk mengevaluasi hasil fisiologis dari asuhan keperawatan.

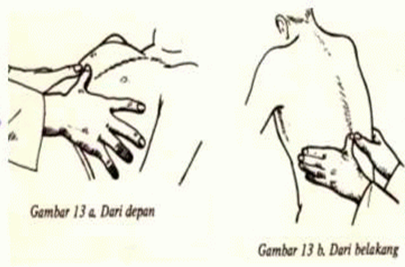
Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien dapat membantu perawat dalam menegakkan diagnose keperawatan, mengetahui masalah kesehatan yang di alami klien, sebagai dasar untuk memilih intervensi keperawatan yang tepat, dan sebagai data untuk mengevaluasi hasil dari asuhan keperawatan. Dimana dalam proses pengumpulan data perlu memperhatikan beberapa hal antara lain kesediaan klien, privasi klien, proses pemeriksaan seksama dan sistematis, komunikatif, dan memberikan kenyamanan klien selama proses berlangsung.

Teknik-teknik yang diguanakan dalam proses pemeriksaan fisik, yaitu: inspeksi (periksa pandang), palpasi (periksa raba), perkusi (periksa ketuk), auskultasi (periksa dengar). Inspeksi merupakan metode pemeriksaan pasien dengan melihat langsung seluruh tubuh pasien atau hanya bagian tertentu yang diperlukan. Metode ini berupaya melihat kondisi klien dengan menggunakan “*sense of sign*” baik melalui mata telanjang atau alat bantu penerangan (lampu). Inspeksi adalah kegiatan aktif, proses ketika perawat harus mengetahui apa yang dilihatnya dan di mana lokasinya. Metode inspeksi ini digunakan untuk mengkaji warna kulit, bentuk, posisi, ukuran dan lainnya dari tubuh pasien (Gambar 2.1). Pemeriksa menggunakan indera penglihatan berkonsentrasi untuk melihat pasien secara seksama, setiap sistem dan tidak terburu-buru sejak pertama bertemu dengan cara memperoleh riwayat pasien dan terutama sepanjang pemeriksaan fisik dilakukan. Inspeksi juga menggunakan indera pendengaran dan penciuman untuk mengetahui lebih lanjut, lebih jelas dan lebih memvalidasi apa yang dilihat oleh mata dan dikaitkan dengan suara atau bau dari pasien. Cara pemeriksaan dengan metode inspeksi adalah mempoosisikan pasien (tidur, duduk atau berdiri), memaparkan bagian tubuh yang akan diinspeksi (diupayakan pasien membuka sendiri pakaiannya. Sebaiknya pakaian tidak dibuka sekaligus, namun dibuka seperlunya untuk pemeriksaan sedangkan bagian lain ditutupi selimut), dan membandingkan bagian tubuh yang berlawanan (kesimetrisan) dan abnormalitas.



Gambar 2.1 Teknik Inspeksi

Palpasi merupakan metode pemeriksaan pasien dengan menggunakan “sense of touch”. Palpasi adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian tubuh dengan menggunakan jari atau tangan. Tangan dan jari-jari adalah instrument yang sensitif digunakan untuk mengumpulkan data, misalnya mendeteksi suhu tubuh (temperatur), adanya getaran, pergerakan, bentuk, kosistensi dan ukuran, serta nyeri. Teknik palpasi dibagi menjadi dua yaitu palpasi ringan dan dalam. Palpasi Ringan menggunakan ujung-ujung jari pada satu/dua tangan digunakan secara simultan dengan tangan diletakkan pada area yang dipalpasi, jari-jari ditekan kebawah perlahan-lahan sampai ada hasil yang diharapkan. Palpasi dalam (*bimanual*) dilakukan untuk merasakan isi abdomen, dilakukan dua tangan dengan cara satu tangan untuk merasakan bagian yang dipalpasi, tangan lainnya untuk menekan ke bawah. Dengan posisi rileks, jari-jari tangan kedua diletakkan melekat pada jari-jari pertama (Gambar 2.2).



Gambar 2.2 Teknik Palpasi

Perkusi adalah suatu tindakan pemeriksaan dengan memukul/mengetuk untuk mendengarkan bunyi getaran/ gelombang suara yang dihantarkan kepermukaan tubuh dari bagian tubuh yang diperiksa. Pemeriksaan dilakukan dengan ketokan jari atau tangan pada permukaan tubuh (Gambar 2.3). Perjalanan getaran/ gelombang suara tergantung oleh kepadatan media yang dilalui. Derajat bunyi disebut dengan resonansi. Karakter bunyi yang dihasilkan dapat menentukan lokasi, ukuran, bentuk, dan kepadatan struktur di bawah kulit. Sifat gelombang suara yaitu semakin banyak jaringan, semakin lemah hantarannya dan udara/ gas paling resonan. Cara pemeriksaan, yaitu Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri tergantung bagian yang akan diperiksa; Pastikan pasien dalam keadaan rilex; Minta pasien untuk menarik napas dalam agar meningkatkan relaksasi otot; Kuku jari-jari pemeriksa harus pendek, tangan hangat dan kering; Lakukan perkusi secara seksama dan sistematis yaitu dengan Metode langsung yaitu mengetukkan jari tangan langsung ke bagian tubuh yang akan diperiksa dengan menggunakan 1 atau 2 ujung jari maupun metode tidak langsung yaitu jari tengah tangan kiri di letakkan dengan lembut di atas permukaan tubuh, ujung jari tengah dari tangan kanan, untuk mengetuk persendian, pukulan harus cepat dengan menggunakan kekuatan pergelangan tangan.



Gambar 2.3 Teknik Perkusi

Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop (Gambar 2.4). Hal-hal yang didengarkan adalah: bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus. Penilaian pemeriksaan auskultasi meliputi Frekuensi yaitu menghitung jumlah getaran permenit, Durasi yaitu lama bunyi yang terdengar, Intensitas bunyi yaitu ukuran kuat/ lemahnya suara, dan Kualitas yaitu warna nada/ variasi suara.



Gambar 2.4 Teknik Auskultasi

* 1. **Pengkajian Abdomen Dan Saluran Gastrointestinal**

1. Konsep

Pemeriksaan abdomen dapat bersifat kompleks karena organ-organ yang terletak didalam dan didekat rongga abdomen. Pemeriksaan mencakup struktur gastrointestinal (GIT) bawah . pengkajian yang akurat membutuhkan keseuaian data riwayat klien dengan pengkajian, dimana secara umum keluhan pada bagian adboden adalah nyeri. Dalam proses pemeriksaan abdomen penentuan batas dan kuadran abdomen berperan penting, karena tidakan pemeriksaan dapat dilakukan pada kuadran yang tidak mengalami keluhan guna meningkatkan rasanyaman dan menghilangkan factor bias dari keluhan yang dirasakan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pemeriksaan | Hal yang diperiksa | Nilai normal |
| Inspeksi | kuadran dan simetris, contour, warna kulit, lesi, scar, ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus, dan gerakan dinding perut. | simetris kika, warna dengan warna kulit lain, tidak ikterik tidak terdapat ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus |
| Auskultasi | suara peristaltik (bising usus) di semua kuadran (bagian diafragma dari stetoskop) dan suara pembuluh darah dan friction rub :aorta, a.renalis, a. illiaka (bagian  bell) | suara peristaltic terdengar setiap 5-20x/dtk, terdengar denyutan arteri renalis, arteri iliaka dan aorta. Jika kurang dari itu atau tidak ada sama sekali kemungkinan ada peristaltic ileus, konstipasi, peritonitis, atau obstruksi. Jika peristaltik usus terdengar lebih dari normal kemungkinan klien sedang mengalami diare. |
| Perkusi semua kuadran | mulai dari kuadran kanan atas bergerak searah jarum jam, perhatikan jika klien merasa nyeri dan bagaiman kualitas bunyinya, dengarkan batas heppar, ukuran danbatas limfa, nyeri pada ginjal | timpani, bila hepar dan limfa membesar=redup dan apabila banyak cairan = hipertimpani |
| Palpasi semua kuadran | (hepar, limfa, ginjal kiri dan  kanan): massa, karakteristik  organ, adanya asistes, nyeri  irregular, lokasi, dan nyeri. | tidak teraba penonjolan tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa dan penumpukan cairan |

* 1. Tujuan

1. Mengetahui kondisi abdomen pasien
2. Sebagai data pengkajian untuk menentukan masalah keperawatan yang muncul
3. Mengetahui adanya gangguan pada organ tertentu
   1. Indikasi
4. Semua pasien baru
5. Pasien dengan keluhan pada abdomen
   1. SOP

|  |  |
| --- | --- |
| **Sop** | **Pengkajian Abdomen Dan Saluran Gastrointestinal** |
| **Persiapan Alat** | 1. Stetoskop 2. Bantal kecil 3. Penggaris 4. Alat tulis |
| **Persiapan Klien & Lingkungan** | 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas 2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Memberi kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman supine dengan bantal kecil dibawah lutut dan menutup *siderail* tempat tidur. |
| **Pelaksanaan** | 1. Mengkaji riwayat kesehatan terfokus 2. Kaji keluhan utama (karakteristik nyeri) 3. Kaji gambaran pola eliminasi 4. Kaji riwayat masa lalu terkait keluhan abdomen (operasi/penyakit menular) 5. Kaji riwayat social (konsumsi alcohol atau narkoba) 6. Kaji riwayat berpergiaan atau perjalanan jauh 7. Memposisikan klien supine dengan bantal kecil dibawah lutut 8. Mengidentifikasi batas abdomen 9. Batas abdomen:    * + Prosesus xifoideus      + Batas costa      + Garis tengah abdomen      + Umbilicus      + Otot rektus abdominalis      + Tulang iliaka superior dan inferior      + Ligamen inguinalis      + Simfisis pubis 10. Pemetaan anatomi (4 kuadran/ 9 regio):  * Empat kuadran:   1. Kuadran kanan atas (RUQ)   2. Kuadran kanan bawah (RLQ)   3. Kuadran kiri atas (LUQ)   4. Kuadran kiri bawah (LLQ) * Sembilan region:   + - 1. Region epigastrium       2. Region umbilical       3. Region hipogastrik       4. Region hipokondriaka kanan       5. Region hipokondriaka kiri       6. Region lumbal kanan       7. Region lumbal kiri       8. Region iliaka kanan       9. Region iliakan kiri  1. Menginspeksi abdomen pada masing-masing kuadran  * Mengamati Kontur, simetris, pigmentasi dan warna abdomen * Mengamati ada tidaknya Guratan/strie * Mengamati adanya tanda trauma atau jejas * Mengamati letak Umbilicus * Mengamati gerakan pernapasan * Mengamatai masa atau nodul  1. Mengauskultasi abdomen pada masing-masing kuadran  * Meletakkan diagfragma stetoscope secara ringan pada dinding abdomen * Mengkaji frekwensi dan kualitas bising usus. * Gerakan dimulai dari kuadran RLQ kemudian bergerak searah jarum jam  1. Memperkusi abdomen pada masing-masing kuadran  * Meletakkan3 jari tangan non dominan pada dinding permukaan abdomen secara ringan, ketukkan dengan tangan dominan. * Mengkaji intensitas, tinggi rendahnya suara, durasi, dan kualitas * Gerakan dimulai dari kuadran RLQ kemudian bergerak searah jarum jam * Mengkaji kandung kemih dilakukan dari sinfisis pubis ke umbilicus  1. Mempalpasi abdomen pada masing-masing kuadran  * Mengidentifikasi lokasi nyeri * Palpasi ringan: Meletakkan ujung jari tangan dominan dan menekan secara ringan dengan kedalaman 2-3 cm. * Palpasi dalam: Meletakkan tangan non dominan pada abdomen bagian bawah dan meletakkan ujung jari tangan dominan dan menekan secara ringan dengan kedalaman 4-5 cm. * Mengkaji perabaan organ dalam rongga abdomen (hepar, lien) |
| **Evaluasi** | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| **Dokumentasi** | 1. Catat jenis tindakan yang telah dilakukan, hasil, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| **SUMBER PUSTAKA** | 1. Kasiati dan Rosmalawati, Ni Wayan. Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Kebutuhan Dasar Manusia 1. 2016. Jakarta.Pusdik SDM Kesehatan 2. Rebeiro, Geraldine dkk. 2015. Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis Edisi Indonesia. Elsevier:Singapura 3. Potter dan Perry. 2010. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Volume 1 Edisi 4. EGC: Jakarta |

* 1. Lembar Kerja

1. Lakukanlah pemeriksaan fisik abdomen dan gastrointestinal pada teman anda, kemudian catat hasilnya di lembar jawaban.
2. Sebutkan temuan abnormal dari tindakan palpasi abdomen!
3. Seorang anak usia 12 tahun dating ke IGD dengan keluhan nyeri ulu hati. Pasien mengatakan perut sebelah kiri sakit dengan skala nyeri 7. Hasil pemeriksaan : nyeri tekan (+), grimace (+), HR 110x/mnt. Sebutkan diagnose keperawatan dari kasus diatas!

Jawaban:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

* 1. **Pengkajian Sistem Muskuloskeletal**

1. Konsep

Pengkajian musculoskeletal digunakan untuk mengevaluasi integritas tulang, postur, fungsi, sendi, kekuatan otot, cara berjalan, dan kemampuan aktifitas sehari-hari. Selama inspeksi, setiap asimetri harus dicatat. Nodulus, pelayuan, massa, atau defermitas dapat menjadi penyebab tidak adanya kesimetrisan. Apakah ada tanda-tanda peradangan Bengkak, hangat, kemerahan atau nyeri tekan mengarah kepada peradangan. Untuk menentukan perubahan suhu pakailah punggung tangan untuk membandingkan satu sisi dengan sisi lainnya.

Palpasi mungkin memperlihatkan daerah nyeri tekan atau diskontinuitas suatu tulang. Apakah ada krepitasi atau tidak. Krepitasi adalah sensasi bergerak yang teraba dan sering ditemukan pada tulang rawan sendi yang menjadi kasar. Penilaian rentang gerak sendi tertentu dilakukan setelah itu. Harus disadari bahwa sendi yang meradang atau artritis mungkin nyeri. Gerakan sendi ini dengan perlahan-lahan.

1. Tujuan
2. untuk mengevaluasi integritas tulang, postur, fungsi, sendi, kekuatan otot, cara berjalan, dan kemampuan aktifitas sehari-hari
3. untuk menggali data abnormal pasien sehingga dapat ditentukan masalah keperawatan
4. Indikasi Tindakan

* Pasien dengan keluhan nyeri pada otot atau sendi
* Pasien dengan kesulitan aktivitas
* Lansia

1. SOP

|  |  |
| --- | --- |
| **Sop** | **Pengkajian Sistem Muskoloskeletal** |
| **Persiapan Alat** | 1. Meteran 2. Alat tulis |
| **Persiapan Klien & Lingkungan** | 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas 2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Memberi kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman duduk dikursi atau samping tempat tidur dan menutup *siderail* tempat tidur. |
| **Pelaksanaan** | 1. Mengkaji riwayat kesehatan terfokus 2. Kaji keluhan utama (karakteristik nyeri) 3. Kaji adanya kelemahan, keterbatasan gerak 4. Kaji riwayat masa lalu terkait keluhan musculoskeletal (operasi) 5. Kaji riwayat social (konsumsi alcohol atau narkoba) 6. Mengidentifikasi pemeriksaan fisik 7. Penampilan umum:    * + Tinggi badan      + Kemampuan ekstremitas bawah mentoleransi berat tubuh      + Amati kelainan tubuh      + Identifikasi ketidaknyamanan 8. Postur:  * Anjurkan klien untuk berdiri dengan kedua kaki menutup rapat. Amati kesimetrisan struktur dan spasial kepala, torso, panggul, dan ekstremitas * Mengkaji kesimetrisan bahu, scapula, dan krista iliaka * Menganjurkan klien untuk duduk, perhatika postur  1. Berjalan dan bergerak  * Menganjurkan klien untuk berjalan diruangan * Mengamati klien selama berpindah antara posisi berdiri dan duduk * Mengamati keseimbangan klien selama bergerak  1. Menginspeksi  * Mengamati penampilan umum: masa otot dan kontrkasi otot * Mengamati bentuk sendi: warna, inflamasi, memar, deformitas, nodul, dan integritas kulit  1. Mempalpasi  * Mengkaji tonus dengan mempalpasi setiap otot * Mengkaji sendi dengan mempalpasi sendi tulang dengan mengamati nyeri, ilflamasi, krepitasi, nodul * Mengkaji rentang gerak (ROM) dengan menganjurkan klien untuk meregangkan sendi tulang kesemua rentang gerak . hentikan jika terjadi keluhan * Mengkaji kekuatan otot dengan memberikan tekanan ringan pada ekstremitas |
| **Evaluasi** | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| **Dokumentasi** | 1. Catat jenis tindakan yang telah dilakukan, hasil, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| **SUMBER PUSTAKA** | 1. (Potter, P.A. & Perry, A.G. 2010. *Fundamental Keperawatan (3-vol set).* Edisi Bahasa Indonesia 7*.*Elsevier (Singapore) Pte.Ltd. 2. Potter, P.A.,Perry, A.G., Stockert P., Hall A. 2014. *Essentials for Nursing Practice*. 8th Ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 3. Rebeiro G., Jack L., Scully N., Wilson D., Novieastari E., Supartini Y. 2015. *Keperawatan Dasar: Manual Keterampilan Klinis*. Edisi Indonesia. Elsevier (Singapore) Pte Ltd |

1. Lembar Kerja
2. Lakukan pengkajian musculoskeletal pada teman anda, dan catat hasilnya pada lembar jawaban!
3. Sebutkan skoring pengkajian tonus otot beserta penjelasannya!
4. Jawaban:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

* 1. **Pengkajian Sistem Kardiovaskuler**

1. Konsep
   * 1. Inspeksi

Inspeksi Menilai kesimetrisan dan bentuk thorax (Cekung : perikarditis kronis, fibrosis paru. Cembung pada intercosta menunjukkan tanda efusi perikard/pleura. Cembung di Os. costae menunjukkan adanya kelainan jantung kongenital) ; gerakan pernafasan; pola nafas; pelebaran vena di dada; denyut apex jantung; denyut nadi dada/punggung; penonjolan dada setempat yang berdenyut: retraksi di precordium (seirama dengan sistole menunjukkan adanya perikarditis, Insuffisiensi). Trikuspidalis dan aorta); retraksi otot intercostae dan suprasternal.

* + 1. Palpasi

Palpasi Vocal fremitus untuk menilai getaran suara pada dinding dada.Denyut apex (normal :ICS V MidClavicula Line. Sinistra selebar I cm), denyut apex meningkat pada Insuffisiensi aorta/mitral, sedikit meningkat pada hipertensi dan aorta stenosis, bila denyut apex didapatkan pada linea sternalis sinistra menunjukkan adanya hipertrofi ventrikel kanan. Getaran/Thrill : menunjukkan bising jantung dengan lokasi di:

1. lCS II LSS adalah thrill akibat bising pulmonal stenosis
2. lCS IV LSS adalah thrill akibat bising ventrikel septum defect
3. lCS II LSD adalah thrill akibat bising aorta stenosis
4. Apex pada fase diastole menunjukksn Mitral stenosis, sedang­kan pada fase sistole menunjukksn Mitral Insuffisiensi
5. Denyut arteri di lokasi :Clavicula dan/ atau lCS II LSD menunjukkan Aneurisma aorta
6. lCS II LSS menunjukkan Patent ductus arteriosus, Aneurisma arteri pulmonalis, aneurisms aorta descending.
   * 1. Perkusi

PerkusiMenilai batas-batas paru dan jantung, serta kondisi paru (normal resonan/sonor).

* + 1. Auskultasi

Pemeriksaan auskultasi pada jantung dilakukan untuk mengidentifikasi sifat, karakteristik dan intensitas bunyi jantung. Penilaian dilakukan berurutan dan sendiri-sendiri mulai dari bunyi jantung I, bunyi jantung II, sistole dan diastole. Yang digolongkan dalam bunyi jantung ialah: Bunyi-bunyi jantung I, II, III, IV, Opening snap, irama derap, dan klik. Bunyi jantung I, II merupakan bunyi jantung normal. Bunyi jantung III juga normal bila terdengar sampai umur 20 tahunan. Bunyi jantung IV, opening snap, irama derap dan klik ditemukan sebagai keadaan yang patologik. Pada kasus-kasus patologik tertentu dapat pula terdengar kelainan bunyi jantung I, II, III. Bunyi jantung dapat didengar dengan menempatkan telinga langsung di atas dada penderita.

Tempat-tempat di permukaan dada dengan intensitas, bunyi jantung paling kuat tidak selalu sesuai dengan lokasi anatomik katup-katup. Daerah katup mitral, lokalisasinya pada sela iga V kiri, katup pulmonal pada sela iga II kiri. Daerah katup aorta di sela iga II kanan dan katup trikuspid pada peralihan korpus sterni ke processus xiphoideus.

1. Tujuan

Mengevaluasi kondisi jantung pasien

Mengetahui adanya temuan abnormal

1. Indikasi Tindakan

Semua pasien baru

1. SOP

|  |  |
| --- | --- |
| **Sop** | **Pengkajian Sistem Kardiovaskuler Dan Pembuluh Darah Perifer** |
| **Persiapan Alat** | 1. Stetoskop 2. Bantal kecil 3. Penggaris 4. Alat tulis |
| **Persiapan Klien & Lingkungan** | 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas 2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Memberi kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman supine atau semi fowler dan menutup *siderail* tempat tidur. |
| **Pelaksanaan** | 1. Mengkaji riwayat kesehatan terfokus 2. Kaji keluhan utama (karakteristik nyeri) 3. Kaji riwayat kesehatan saat ini (deskripsi awal kejadian, lokasi, durasi, factor yang memperberat, factor yang meringankan, skala) 4. Kaji tanda dan gejala yang berhubungan: pingsan, palpitasi, mual, muntah, edema perifer, nyeri 5. Kaji riwayat kesehatan lalu: riwayat penyakit jantung, operasi jantung 6. Kaji riwayat social (konsumsi alcohol atau narkoba) 7. Kaji riwayat kesehatan keluarga 8. Mengidentifikasi pemeriksaan fisik jantung 9. Mengidentifikasi batas jantung:    * + A (area Aorta: ICS 2 batas sternum kanan)      + P (area Pulmonal: IC2 batas sternum kiri)      + T (area Trikuspid: ICS 4 batas sternum kiri)      + M (area Mitral/apical/impils: ICS 4-5 garis midckavikula kiri) 10. Menginspeksi dan mempalpasi     * + Mengkaji ada tidaknya pulsasi pada angel of Louis (antara badan sternum dan manubrium) dengan telunjuk       + Mengkaji ada tidaknya pulsasi pada area aorta       + Mengkaji ada tidaknya pulsasi pada area pulmonal       + Mengkaji ada tidaknya pulsasi pada are trikuspidalis       + Mengkaji ada tidaknya pulsasi pada area mitral 11. Mengauskultasi     * + Meletakkan diafragma stetoskop pada dinding dada di area aorta dan mendengarkan bunyi jantung S2       + Meletakkan diafragma stetoskop pada dinding dada di area pulmonal dan mendengarkan bunyi jantung S2       + Meletakkan diafragma stetoskop pada dinding dada di area trikuspidalis dan mendengarkan bunyi jantung S1       + Meletakkan diafragma stetoskop pada dinding dada di area mitral dan mendengarkan bunyi jantung S1       + Mengkaji kecepatan dan irama jantung saat bunyi jantung terdengar 12. Mengkaji system pembuluh darah perifer: ekstermitas atas 13. Menginspekasi     * + Menginstruksikan klien mengangkat kedua tangan dan mengidentifikasi warna kulit, warna ujung kuku, suhu, tekstur, turgor, lesi, dan edema 14. Mempalpasi     * + Mempalpasi ringan dengan menekan ujung kuku dan melepaskan, mengkaji waktu kembalinya warna kuku (secara normal 1-2 detik)       + Mempalpasi nadi radialis dengan meletakkan tiga ujung jari di atas area nadi radialis. Mengkaji kecepatan, irama, dan kekuatan 15. Mengkaji system pembuluh darah perifer: ekstermitas bawah 16. Menginspeksi     * + Memposisikan kaki klien sejajar dan mengidentifikasi warna kulit, distribusi rambut, pola pembuluh darah vena, lesi, jaringan parut atau ulser, edema. 17. Mempalpasi     * + Mempalpasi sepanjang ekstremitas, mengkaji suhu kulit       + Mempalpasi nadi dengan meletakkan tiga ujung jari di atas area nadi femoral (inferior ligament inguinal ditengah pubis dan anterior superior tulang iliaka). Mengkaji kecepatan, irama, dan kekuatan.       + Mempalpasi nadi dengan meletakkan tiga ujung jari di atas area nadi popliteal (medial tendon). Mengkaji kecepatan, irama, dan kekuatan.       + Mempalpasi nadi di atas area nadi tibia posterior (lingkarka jari mengelilingi medial mata kaki, terapa nadi disekitar mata kaki dan tendon achiles. Detak terasa lebih kuat jika posisi dorso fleksi pada kaki). Mengkaji kecepatan, irama, dan kekuatan.       + Mempalpasi nadi dengan meletakkan tiga ujung jari di atas area nadi dorsalis (lateral dan parallel tendon ekstensor ibu jari kaki). Mengkaji kecepatan, irama, dan kekuatan. |
| **Evaluasi** | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| **Dokumentasi** | 1. Catat jenis tindakan yang telah dilakukan, hasil, tanggal dan jam pelaksanaan    * + Nadi: 60-100 x/mnt (dewasa), 70-13x/mnt (anak-anak)      + Irama: teratur, kuat, regular      + S1 (+), S2(+) 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| **SUMBER PUSTAKA** | 1. (Potter, P.A. & Perry, A.G. 2010. *Fundamental Keperawatan (3-vol set).* Edisi Bahasa Indonesia 7*.*Elsevier (Singapore) Pte.Ltd. 2. Potter, P.A.,Perry, A.G., Stockert P., Hall A. 2014. *Essentials for Nursing Practice*. 8th Ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 3. Rebeiro G., Jack L., Scully N., Wilson D., Novieastari E., Supartini Y. 2015. *Keperawatan Dasar: Manual Keterampilan Klinis*. Edisi Indonesia. Elsevier (Singapore) Pte Ltd |

1. Lembar Kerja
2. Lakukan pemeriksaan kardiovaskular pada teman anda dan catat hasilnya pada lembar jawaban!
3. Sebutkan batas-batas normal pada jantung
4. Berikan contoh hasil temuan abnormal pada pemeriksaan kardiovaskular!

Jawaban:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

* 1. **Pengkajian Sistem Pernapasan**

1. Konsep
2. Inspeksi

Melihat bentuk dada, pergerakan dinding dada, menghitung RR, melihat apakah ada penggunaan otot bantu nafas atau tidak

1. Palpasi

Palpasi dilakukan untuk mengkaji kesimetrisan pergerakan dada dan mengobservasi abnormalitas, mengidentifikasi keadaan kulit, dan mengetahui vocal/tactile premitus (vibrasi). Palpasi toraks bergunan untuk mengetahui abnormalitas yang terkaji saat inspeksi seperti massa, lesi, dan bengkak. Perlu dikaji juga kelembutan kulit terutama pada psien yang mengeluh nyeri. Perhatikan adanya getaran dinding dada yang dihasilkan ketika berbicara (vocal premitus).

1. Perkusi

Perawat melakukan perkusi untuk mengkaji resonansi pulmoner, organ yang ada di sekitarnya, dan pengembangan (ekskursi) diafragma. Jenis suara perkusi ada dua jenis yaitu:

1) Suara perkusi normal

* Resonan (sonor) : dihasilkan pada jaringan paru-paru normal umumnya bergaung dan bernada rendah
* Dullness : dihasilkan di atas bagian jantung atau paru-paru
* Tympany : dihasilkan di atas perut yang berisi udara umumnya bersifat musical.

2) Suara perkusi abnormal

* Hiperresonan : bergaung lebih rendah dibandingkan dengan resonan dan timbul pada bagian paru-paru yang abnormal berisi uadara.
* Flatness : nadanya lebih tinggi dari dullness dan dapat didengar pada perkusi daerah paha, di mana seluruh areanya berisi jaringan.

1. Auskultasi

Suara tidak normal yang dapat diauskultasi pada nafas adalah :

1. Rales: suara yang dihasilkan dari eksudat lengket saat saluran-saluran halus pernafasan mengembang pada inspirasi (rales halus, sedang, kasar). Misalnya pada klien pneumonia, TBC.
2. Ronchi: nada rendah dan sangat kasar terdengar baik saat inspirasi maupun saat ekspirasi. Ciri khas ronchi adalah akan hilang bila klien batuk. Misalnya pada edema paru.
3. Wheezing: bunyi yang terdengar “ngiii….k”. bisa dijumpai pada fase inspirasi maupun ekspirasi. Misalnya pada bronchitis akut, asma.
4. Pleura Friction Rub; bunyi yang terdengar “kering” seperti suara gosokan amplas pada kayu. Misalnya pada klien dengan peradangan pleura.
5. Tujuan

Untuk mengetahui adanya temuan abnormal

1. Indikasi Tindakan

Semua pasien baru

1. SOP

|  |  |
| --- | --- |
| **Sop** | **Pengkajian Sistem Pernapasan** |
| **Persiapan Alat** | 1. Stetoskop 2. Jam detik 3. Alat tulis |
| **Persiapan Klien & Lingkungan** | 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas 2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Memberi kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman supine dengan bantal kecil dibawah lutut dan menutup *siderail* tempat tidur. |
| **Pelaksanaan** | 1. Mengkaji riwayat kesehatan terfokus 2. Kaji keluhan utama (karakteristik nyeri) 3. Kaji gejala gangguan pernapasan (dispenea, batuk, dahak, hepotisis, nyeri dada, mengi, wheeze) 4. Kaji riwayat kesehatan saat ini (deskripsi awal kejadian, lokasi, durasi, factor yang memperberat, factor yang meringankan, skala) 5. Kaji riwayat kesehatan lalu: riwayat penyakit asma, infeksi pernapasan (TBC, batuk rejan), trauma dada, operasi, peyakit tromboembili (trombosisi vena, emboli paru) 6. Kaji penggunaan obat0obatan: inhaler, steroid, morfin, ACE 7. Kaji adanya alergi: makanan, allergen hirup, obat 8. Kaji riwayat social (pekerjaan, konsumsi alcohol atau narkoba, rokok) 9. Kaji riwayat kesehatan keluarga 10. Mengidentifikasi pemeriksaan fisik 11. Menginspeksi     * + Dada: ukuran, bentuk, kesimetrisan, kontur       + Pernapasan: frekwensi, pola, rasio inspirasi dan kespirasi, suara napas tambahan, penggunaan otot bantu pernpasan       + Kulit: kondisi, warna, pola vena supervisialis       + Perifer: bibir, jari tangan, jari kaki 12. Mempalpasi     * + Membagi thorax menjadi empat bagian: dada posterior, dada anterior, dada lateral kiri dan kanan, apex       + Mempalpasi kulit dengan meletakkan secara lembut ujung jari pada tubuh, kaji suhu dan kondisi kulit       + Palpasi kelainana pada otot dada       + Palpasi kelainan pada tulang dada. Jika teridentifikasi ketidaknyamanan/nyeri maka kaji terakhir       + Mengkaji pengambangan paru-paru: posisi tangan anterior (meletakkan tangan pada dada anterolateral dengan ibu jari diletakkna disepanjang batas konta mengarah ke prosesus xifoideus) dan posisi tangan posterior (ibu jari ditempatkan disepanjang tulang rusuk ke-10 dengan tangan diletakkan lembut di dada posterolateral       + Mengkaji taktir fremitus dengan mempalpasi thorax secara sistematis. Minta klien mengucapkan tujuh puluh tujuh 13. Pemperkusi     * + Melakukan tapping pada permukaan tubuh untuk mengidentifikasi struktur yang terletak dibawah 14. Mengauskultasi     * + Melatkkan diafragma stetokop pada area lapang paru |
| **Evaluasi** | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| **Dokumentasi** | 1. Catat jenis tindakan yang telah dilakukan, hasil, tanggal dan jam pelaksanaan    * + RR: 12-20x/mnt (dewasa), 20-30x/mnt (anak-anak)      + Irama: teratur, kedalaman normal      + Suara napas normal: vesikuler      + Suara napas abnormal: mengi. Wheeze, crackles, bronkial, pleura, stridor 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| **SUMBER PUSTAKA** | 1. (Potter, P.A. & Perry, A.G. 2010. *Fundamental Keperawatan (3-vol set).* Edisi Bahasa Indonesia 7*.*Elsevier (Singapore) Pte.Ltd. 2. Potter, P.A.,Perry, A.G., Stockert P., Hall A. 2014. *Essentials for Nursing Practice*. 8th Ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 3. Rebeiro G., Jack L., Scully N., Wilson D., Novieastari E., Supartini Y. 2015. *Keperawatan Dasar: Manual Keterampilan Klinis*. Edisi Indonesia. Elsevier (Singapore) Pte Ltd |

1. Lembar Kerja
2. Lakukan pemeriksaan system pernafasan pada teman anda, kemuadian catat hasilnya pada lembar jawaban
3. Sebutkan data temuan abnormal pada inspeksi thorax!

Jawaban:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

* 1. **Pengakjian Sistem Syaraf Pusat Dan Tingkat Kesadaran**

1. Konsep

*GCS (Glasgow Coma Scale)* yaitu skala yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pasien, (apakah pasien dalam kondisi koma atau tidak) dengan menilai respon pasien terhadap rangsangan yang diberikan. Respon pasien yang perlu diperhatikan mencakup 3 hal yaitu reaksi membuka mata (Eye), bicara (Verbal) dan gerakan (Motorik). Hasil pemeriksaan dinyatakan dalam derajat (score) dengan rentang angka 1 – 6 tergantung responnya. Namun, hasil pemeriksaan GCS pada orang dewasa dan bayi jelas berbeda, karena perbedaan respon antara orang dewasa dan bayi saat diberi rangsangan.

Hasil pemeriksaan tingkat kesadaran berdasarkan GCS disajikan dalam simbol E…V…M… Selanjutnya nilai-nilai dijumlahkan. Nilai GCS yang tertinggi adalah 15 yaitu E4V5M6 dan terendah adalah 3 yaitu E1V1M1.

Kesimpulan :

1. Composmentis : 15-14

2. Apatis : 13-12

3. Delirium : 11-10

4. Somnolen : 9-7

5. Stupor : 6-4

6. Coma : 3

Persepsi mengenai penilaian GCS dapat menunjukkan nilai yang berbeda karena terdapat beberapa kemiripan penilaian berdasarkan respon klien. Untuk menghindari perbedaan penilaian terhadap satu respon yang ditunjukkan klien, maka tenaga kesehatan harus mampu memahami detail dan prinsip kriteria penilaian GCS.

Misalnya untuk pemeriksaan eye (mata). Nilai 4 dan 1 memiliki perbedaan yang jelas. Sehingga akan sedikit kemungkinan untuk terjadi salah interpretasi. Namun, untuk membedakan antara nilai 2 dan 3 maka perlu mengingat kata kunci nyeri. Ketika klien berespon dengan sentuhan (bukan nyeri) maka nilainya adalah 3. Namun jika berespon dengan rangsang nyeri maka nilainya adalah 2.

1. Tujuan

Mengetahui tingkat kesadaran klien

1. Indikasi Tindakan

Semua pasien baru

1. SOP

|  |  |
| --- | --- |
| **Sop** | **Pengakjian Sistem Syaraf Pusat Dan Tingkat Kesadaran** |
| **Persiapan Alat** | - |
| **Persiapan Klien & Lingkungan** | 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas 2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Memberi kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman |
| **Pelaksanaan** | 1. Mengkaji riwayat kesehatan terfokus 2. Mengkaji keluahan uatam 3. Mengkaji penyebab timbulnya gejala 4. Mengkaji kondisi pingsan, parestesia, gangguan motoric, gangguan bicara, gangguan memory 5. Mengkaji kesehatan masa lalu 6. Mengkaji riwayat social: alcohol, tingkat stres 7. Menilai tingkat kesadaran Glasgow Coma Scale (GCS) 8. Respons mata    * + Mengkaji klien membuka mata secara spontan (nilai 4)      + Jika tidak berespon, memberikan perintah membuaka mata (nilai 3)      + Jika tidak berespon, memberikan rangsangan nyeri ringan kemudian berat (nilai 2)      + Tidak berespon (nilai 1) 9. Respons verbal    * + Mengkaji klien mengenali orientasi nama, tempat, waktu, dll (nilai 5)      + Mengkaji ketepatan klien dalam merespon pertanyaan (nilai 4)      + Mengkaji kemampuan klien merespons dengan kata-kata tungga (nilai 3)      + Mengkaji kemampuan klien merespon menegrang (nilai 2)      + Tidak berespon (nilai 1) 10. Respons motoric     * + Mengkaji klien mampu mengikuti instruksi (nilai 6)       + Mengkaji kemampuan klien melokalisir nyeri (nilai 5)       + Mengkaji kemampuan klien merespon nyeri dengan menarik tubuh kearah nyeri (nilia 4)       + Mengkaji kemampuan klien merespon nyeri dengan fleksi (nilai 3)       + Mengkaji kemampuan klien merespon nyeri dengan ekstensi (nilai 2)       + Tidak berespon (nilai 1) 11. Mengkaji reaksi pupil 12. Mengkaji respons pupil: ukuran, reaksi terhadap cahaya 13. Memberikan respon cahaya dengan penlight dari arah samping mata ketengah 14. Mengkaji kekuatan ekstermitas 15. Mengkaji kekuatan otot ekstermitas atas     * + Meminta klien menggengam tangan perawat       + Meminta klien menarik berlawanan arah dengan perawat       + Meminta klien mendorong berlawan arah dengan perawat 16. Mengkaji kekuatan otot ekstremitas bawah     * + Meminta klien mendorong berlawanana dengan tehanan perawat       + Meminta klien mengankat kaki dengan tahanan perawat 17. Mengkaji system neurologis |
| **Evaluasi** | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| **Dokumentasi** | 1. Catat jenis tindakan yang telah dilakukan, hasil, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| **SUMBER PUSTAKA** | 1. (Potter, P.A. & Perry, A.G. 2010. *Fundamental Keperawatan (3-vol set).* Edisi Bahasa Indonesia 7*.*Elsevier (Singapore) Pte.Ltd. 2. Potter, P.A.,Perry, A.G., Stockert P., Hall A. 2014. *Essentials for Nursing Practice*. 8th Ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 3. Rebeiro G., Jack L., Scully N., Wilson D., Novieastari E., Supartini Y. 2015. *Keperawatan Dasar: Manual Keterampilan Klinis*. Edisi Indonesia. Elsevier (Singapore) Pte Ltd |

1. Lembar Kerja
2. Seorang pasien perempuan usia 25 tahun dibawa ke IGD Karena kecelakaan lalu lintas. Pasien dapat membuka mata ketika diberi pertanyaan, namun pasien hanya bergumam tidak jelas serta gelisah, dan pasien menunjukkan reaksi ekstensi pada nyeri. Berapakah GCS pasien diatas?
3. Lakukan pemeriksaan GCS pada anda, peragakan adanya kondisi penurunan kesadaran!

Jawaban:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

* 1. **Rangkuman SOP Pemeriksaan Fisik**

PEMERIKSAAN KEPALA DAN LEHER

KEPALA

*Cara Kerja :*

* 1. Atur posisi pasien duduk, atau berdiri
  2. Bila pakai kaca mata dilepas
  3. Lakukan inpeksi rambut dan rasakan keadaan rambut, serta kulit dan tulang kepala
  4. Inspeksi keadaan muka pasien secara sistematis.

MATA

1. Bola mata

*Cara Kerja :*

1. Inspeksi keadaan bola mata, catat adanya kelainan : endo/eksoptalmus, strabismus.
2. Anjurkan pasien memandang lurus kedepan, catat adanya kelainan nistagmus.
3. Bedakan antara bola mata kanan dan kiri
4. Luruskan jari dan dekatkan dengan jarak 15-30 cm
5. Beritahu pasien untuk mengikuti gerakan jari, dan gerakan jari pada 8 arah untuk mengetahui fungsi otot gerak mata.
6. Kelopak Mata
7. Amati kelopak mata, catat adanya kelainan : ptosis, entro/ekstropion, alismata rontok, lesi, xantelasma.
8. Dengan palpasi, catat adanya nyeri tekan dan keadaan benjolan kelopak mata
9. Konjungtiva, sclera dan kornea
10. Beritahu pasien melihat lurus ke depan
11. Tekan di bawah kelopak mata ke bawah, amati konjungtiva dan catat adanya kelainan : anemia / pucat. ( normal : tidak anemis )
12. Kemudian amati sclera, catat adanya kelainan : icterus, vaskularisasi, lesi / benjolan ( norma : putih )
13. Kemudian amati sklera, catat adanya kelainan : kekeruhan ( normal : hitam transparan dan jernih )
14. Pemeriksaan pupil
15. Beritahu pasien pandangan lurus ke depan
16. Dengan menggunakan pen light, senter mata dari arah lateral ke medial
17. Catat dan amati perubahan pupil : lebar pupil, reflek pupil menurun, bandingkan kanan dan kiri

*Normal* : reflek pupil baik, isokor, diameter 3 mm

*Abnormal* : reflek pupil menurun/-, Anisokor, medriasis/meiosis

1. Pemeriksaan tekanan bola mata

*Tampa alat :*

Beritahu pasien untuk memejamkan mata, dengan 2 jari tekan bola mata, catat adanya ketegangan dan bandingkan kanan dan kiri.

*Dengan alat :*

Dengan alat Tonometri ( perlu ketrampilan khusus )

1. Pemeriksaan tajam penglihatan
2. Siapkan alat : snelen cart dan letakkan dengan jarak 6 meter dari pasien.
3. Atur posisi pasien duduk/atau berdiri, berutahu pasien untuk menebak hurup yang ditunjuk perawat.
4. Perawat berdiri di sebelah kanan alat, pasien diminta menutup salah satu mata ( atau dengan alat penutup ).
5. Kemudian minta pasien untuk menebak hurup mulai dari atas sampai bawah.
6. tentukan tajam penglihatan pasien
7. Pemeriksaan lapang pandang
8. perawat berdiri di depan pasien
9. bagian yang tidak diperiksa ditutup
10. Beritahu pasien untuk melihat lurus kedepan ( melihat jari )
11. Gerakkan jari kesamping kiri dan kanan
12. jelaskan kepada pasien, agar memberi tahu saat tidak melihat jari

TELINGA

* Pemeriksaan daun telinga, lubang telinga dan membrane tympani

1. Atur posisi pasien duduk
2. Perawat berdiri di sebelah sisi pasien, amati daun telinga dan catat : bentuk, adanya lesi atau bejolan.
3. tarik daun telinga ke belakang atas, amati lubang telinga luar , catat adanya : lesi, cerumen, dan cairan yang keluar.
4. Gerakkan daun telinga, tekan tragus dan catat adanya nyeri telinga.catat adanya nyeri telinga.
5. Masukkan spikulum telinga, dengan lampu kepala / othoskop amati lubang telinga dan catat adanya : cerumen atau cairan, adanya benjolan dan tanda radang.
6. Kemudian perhatikan membrane tympani, catat : warna, bentuk, dan keutuhannya. ( normal : warna putih mengkilat/transparan kebiruan, datar dan utuh )
7. Lakukan prosedur 1-6 pada sisi telinga yang lain.
   * Pemeriksaan fungsi pendengaran

*Tujuan :* menentukan adanya penurunan pendengaran dan menentukan jenis tuli persepsi atau konduksi.

Tehnik pemeriksaan :

1. Voice Test ( tes bisik )

*Cara Kerja :*

* *Dengan suara bilangan*

1. perawat di belakang pasien dengan jarak 4-6 meter
2. bagian telinga yang tidak diperiksa ditutup
3. bisikkan suatu bilangan ( tujuh enan )
4. beritahu pasien untuk mengulangi bilangan tersebut
5. bandingkan dengan telinga kiri dan kanan
   * *Dengan suara detik arloji*
6. pegang arloji disamping telinga pasien
7. beritahu pasien menyatakan apakah mendengar arloji atau tidak
8. Kemudian jauhkan, sampai pasien tidak mendengar ( normal : masih terdengar pada jarak 30 cm )
9. lakukan pada kedua sisi telinga dan bandingkan

2. Test garputala

* *Rinne test*

1. Perawat duduk di sebelah sisi pasien
2. Getarkan garputala, dengan menekan jari garputala dengan dua jari tangan
3. letakkan pangkal garputala pada tulang mastoid, dan jelaskan pasien agar memberitahu bila tidak merasakan getaran.
4. Bila pasien tidak merasakan getaran, dekatkan ujung jari garputala pada lubang telinga, dan anjurkan penderita agar memberutahu mendengar suara getaran atau tidah. Normalnya : pasien masih mendengar saat ujung garputala didekatkan pada lubang telinga.
   * *Weber test*
5. getarkan garputala
6. Letakkan pangkal garputala di tengah-tengah dahi pasien
7. Tanya kepada pasien, sebelah mana teinga mendengar lebih keras ( lateralisasi kana/kiri). Normalnya getaran didengar sama antara kanan dan kiri.
   * *Scwabach Test*
8. Getarkan garputala
9. letakkan ujung jari garputala pada lugang telinga pasien
10. kemudian sampai pasien tidak mendengar, lalu bandingkan dengan pemeriksa.

3. Test Audiometri

* + Pemeriksaan Fungsi Keseimbangan
  1. Test Romberg
  2. Test Fistula
  3. Test Kalori

HIDUNG DAN SINUS

* *Inspeksi dan palpasi hidung bagian luar dan sinus-sinus*
  1. Pemeriksa duduk di hadapan pasien
  2. Amati bentuk dan kulit hidung, catat : kesimetrisan, adanya benjolan, tanda radang, dan bentuk khusus hidung.
  3. Palpasi hidung, catat : kelenturan dan adanya nyeri
  4. Palpasi 4 sinus hidung ( frontalis, etmoidalis, spenoidalis, maksilaris ) catat : adanya nyeri tekan
     + *Inspeksi hidung bagian dalam*

1. Pemeriksa duduk dihadapan pasien
2. Pakai lampu kepala dan elevasikan ujung hidung dengan jari
3. Amati lubang hidung luar, catat : benjolan, tanda radang pada batas lubang hidung, keadaan septum nasi.
4. masukkan spikulum hidung, amati lubang hidung bagian dalam, catat : benjolan, tanda radang pada batas lubang hidung, keadaan septum nasi.
   * *Pemeriksaan potensi hidung*
     1. Duduklah dihadapan pasien
     2. Tekan salah satu lubang hidung, beritahu pasien untuk menghembuskan napas lewat hidung.
     3. Lakukan bergantian, suruh pasien merasakan apakah ada hambatan, dan bandingkan kanan dan kiri.
        + *Pemeriksaan fungsi penghidu*
          1. Mata pasien dipejamkan
          2. Salah satu lubang hidung ditekan
          3. Gunakan bahan yang mudah dikenali, dekatkan ke lubang hidung dan minta pasien untuk menebaknya
          4. Lakukan pada ke dua sisi.

MULUT DAN TONSIL

1. Pasien duduk berhadapan dengan pemeriksa
2. Amati bibir, catat : merah, cyanosis, lesi, kering, massa/benjolan, sumbing
3. Buka mulut pasien, catat : kebersihan dan bau mulut, lesi mukosa
4. Amati gigi, catat : kebersihan gisi, karies gigi, gigi berlubang, gigi palsu.
5. Minta pasien menjuliurkan lidah, catat : kesimetrisan, warna, lesi.
6. Tekan lidah dengan sudip lidah, minta pasien membunyikan huruh “ A “, amati uvula, catat : kesimetrisan dan tanda radang.
7. Amati tonsil tampa dan dengan alat cermin, catat : pembesaran dan tanda radang tonsil.

LEHER

* Kelenjar Tyroid

*Inspeksi :*

Pasien tengadah sedikit, telan ludah, catat : bentuk dan kesimetrisan

*Palpasi :*

Pasien duduk dan pemeriksa di belakang, jari tengah dan telunjuk ke dua tangan ditempatkan pada ke dua istmus, raba disepanjang trachea muali dari tulang krokoid dan kesamping, catat : adanya benjolan ; konsidstensi, bentuk, ukuran.

Auskultasi :

Tempatkan sisi bell pada kelenjar tyroid, catat : adanya bising ( normal : tidak terdapat )

* Trakhea

*Inspeksi :*

Pemeriksa disamping kanan pasien, tempelkan jari tengah pada bagian bawah trachea, raba ke atas dan ke samping, catat : letak trachea, kesimetrisan, tanda oliver ( pada saat denyut jantung, trachea tertarik ke bawah ),

*Normalnya* : simetris ditengah.

* JVP ( tekanan vena jugularis )

Posisi penderita berbaring setengah duduk, tentukan batas atas denyut vena jugularis, beritahu pasien merubah posisi ke duduk dan amati pulsasi denyut vena. *Normalnya* : saat duduk setinggi manubrium sternum.

*Atau*

Posisi penderita berbaring setengah duduk, tentukan titik nol ( titik setinggi manubrium s. ) dan letakkan penggaris diatasnya, tentukan batas atas denyut vena, ukur tinggi denyut vena dengan penggaris.

*Normalnya* : tidak lebih dari 4 cm.

* Bising Arteri Karotis

Tentukan letak denyut nadi karotis ( dari tengah leher geser ke samping ), Letakkan sisi bell stetoskop di daerah arteri karotis, catat adanya bising. *Normalnya* : tidak ada bising

PEMERIKSAAN THORAX DAN PARU

*Tujuan Pemeriksaan :*

* Mengidentifikasi kelaian bentuk dada
* Mengevaluasi fungsi paru

1. INSPEKSI

* *Cara Kerja :*

1. Posisi pasien dapat duduk dan atau berbaring
2. Dari arah atas tentukan kesimetrisan dada, *Normalnya* : simetris,
3. Dari arah samping dan belakang tentukan bentuk dada.
4. Dari arah depan, catat : gerakan napas dan tanda-tanda sesak napas

* *Normalnya* : Gerak napas simetris 16 – 24 X, abdominal / thorakoabdominal, tidak ada penggunaan otot napas dan retraksi interkostae.
* *Abnormal :*
* *Tarchipneu* 🡪 napas cepat ( > 24 X ) , misal ; pada demam, gagal jantung
* *Bradipneu* 🡪 napas lambat ( < 16 X ), misal ;pada uremia, koma DM, stroke
* *Cheyne Stokes* 🡪 napas dalam, kemudian dangkal dan diserta apneu berulang-ulang. Misal : pada Srtoke, penyakit jantung, ginjal.
* *Biot* 🡪 Dalam dan dangkal disertai apneu yang tidak teratur, misal : meningitis
* *Kusmoul* 🡪 Pernapasan lambat dan dalam, misal ; koma DM, Acidosis metabolic
* *Hyperpneu* 🡪 napas dalam, dengan kecepatan normal
* *Apneustik* 🡪 ispirasi megap-megap, ekspirasi sangat pendek, misal pada lesi pusat pernapasan.
* *Dangkal* 🡪 emfisema, tumor paru, pleura Efusi.
* *Asimetris* 🡪 pneumonie, TBC paru, efusi pericard/pleura, tumor paru.

1. Dari arah depan tentukan adanya pelebaran vena dada*, normalnya* : tidak ada.
2. PALPASI

*Cara Kerja :*

1. Atur posisi pasien duduk atau berbaring
2. lakukan palpasi daerah thorax, catat ; adanya nyeri, adanya benjolan ( tentukan konsistensi, besar, mobilitas … )
3. Dengan posisi berbaring / semi fowler, letakkan kedua tangan ke dada, sehingga ke dua ibu jara berada diatas Procecus Xypoideus, pasien diminta napas biasa, catat : gerak napas simetris atau tidak dan tentukan daya kembang paru ( normalnya 3-5 cm ).

*Atau*

Dengan posisi duduk merunduk, letakkan ke dua tangan pada punggung di bawah scapula, tentukan : kesimetrisan gerak dada, dan daya kembang paru

1. Letakkan kedua tangan seperti pada no 2/3, dengan posisi tangan agak ke atas, minta pasien untuk bersuara ( 77 ), tentukan getaran suara dan bedakan kanan dan kiri.

*Menurun* : konsolidasi paru, pneumonie, TBC, tumor paru, ada masa paru

*Meningkat* : Pleura efusi, emfisema, paru fibrotik, covenrne paru.

1. PERKUSI

*Cara Kerja :*

1. Atur posisi pasien berbaring / setengah duduk
2. Gunakan tehnik perkusi, dan tentukan batas – batas paru

*Batas paru normal :*

* + Atas : Fossa supraklavikularis kanan-kiri
  + Bawah : iga 6 MCL, iga 8 MAL, iga 10 garis skapularis, paru kiri lebih tinggi

*Abnormal :*

* Meningkat 🡪 anak, fibrosis, konsolidasi, efusi, ascites
* Menurun 🡪 orang tua, emfisema, pneumothorax

1. lakuka perkusi secara merata pada daerah paru, catat adanya perubahan suara perkusi :

*Normalnya* : sonor/resonan ( dug )

*Abnormal :*

* Hyperresonan 🡪 menggendang ( dang ) : thorax berisi udara, kavitas
* Kurang resonan 🡪 “deg” : fibrosis, infiltrate, pleura menebal
* Redup 🡪 “bleg” : fibrosis berat, edema paru
* Pekak 🡪 seperti bunyi pada paha : tumor paru, fibrosis

1. AUSKULTASI

*Cara kerja :*

1. Atur posisi pasien duduk / berbaring
2. Dengan stetoskop, auskultasi paru secara sistematis pada trachea, bronkus dan paru, catat : *suara napas dan adanya suara tambahan*.

*Suara napas*

*Normal :*

* *Trachea brobkhial* 🡪 suara di daerah trachea, seperti meniup besi, inpirasi lebih keras dan pendek dari ekspirasi.
* *Bronkhovesikuler* 🡪 suara di daerah bronchus ( coste 3-4 di atas sternum ), inpirasi spt vesikuler, ekspirasi seperti trac-bronkhial.
* *Vesikuler* 🡪 suara di daerah paru, nada rendah inspirasi dan ekspirasi tidak terputus.

*Abnormal :*

* Suara trac-bronkhial terdengar di daerah bronchus dan paru ( missal ; pneumonie, fibrosis )
* Suara bronkhovesikuler terdengar di daerah paru
* Suara vesikuler tidak terdengar. Missal : fibrosis, effuse pleura, emfisema

*Suara tambahan*

*Normal* : bersih, tidak ada suara tambahan

*Abnormal* :

* Ronkhi 🡪 suara tambahan pada bronchus akibat timbunan lender atau secret pada bronchus.
* Krepitasi / rales 🡪 berasal daru bronchus, alveoli, kavitas paru yang berisi cairan ( seperti gesekan rambut / meniup dalam air )
* Whezing 🡪 suara seperti bunyi peluid, karena penyempitan bronchus dan alveoli.

1. Kemudian, beritahu pasien untuk mengucapkan satu, dua, …, catat bunyi resonan Vokal :
   * *Bronkhofoni* 🡪 meningkat, suara belum jelas ( misal : pnemonie lobaris, cavitas paru )
   * *Pectoriloguy* 🡪 meningkat sekali, suara jelas
   * *Egovoni* 🡪 sengau dan mengeras ( pada efusi pleura + konsolidasi paru )
   * *Menurun / tidak terdengar* 🡪 Efusi pleura, emfisema, pneumothorax

PEMERIKSAAN JANTUNG

* + 1. INPEKSI

Hal – hal yang perlu diperhatikan :

1. *Bentuk perkordial*
2. *Denyut pada apeks kordis*
3. *Denyut nadi pada daerah lain*
4. *Denyut vena*

*Cara Kerja :*

1. buka pakaian dan atur posisi pasien terlentang, kepala ditinggikan 15-30
2. Pemeriksa berdiri sebelah kanan pasien setinggi bahu pasien
3. Motivasi pasien tenang dan bernapas biasa
4. Amati dan catat bentuk precordial jantung

*Normal* 🡪 datar dan simetris pada kedua sisi,

*Abnormal* 🡪 Cekung, Cembung ( bulging precordial )

1. Amati dan catat pulsasi apeks cordis

*Normal* 🡪 nampak pada ICS 5 MCL selebar 1-2 cm ( selebar ibu jari ).

*Sulit dilihat*🡪 payudara besar, dinding toraks yang tebal, emfisema, dan efusi perikard.

*Abnormal* --> bergeser kearah lateroinferior , lebar > 2 cm, nampak meningkat dan bergetar ( Thrill ).

1. Amati dan catat pulsasi daerah aorta, pulmonal, trikuspidalis, dan ephygastrik

*NormaL* 🡪 Hanya pada daerah ictus

1. Amati dan cata pulsasi denyut vena jugularis

Normal tidak ada denyut vena pada prekordial. Denyut vena hanya dapat dilihat pada vena jugularis interna dan eksterna.

* + 1. AUSKULTASI

Hal – hal yang perlu diperhatikan :

1*. Irama dan frekwensi jantung*

Normal : reguler ( ritmis ) dengan frekwensi 60 – 100 X/mnt

2. *Intensitas bunyi jantung*

Normal :

* Di daerah mitral dan trikuspidalis intensitas BJ1 akan lebih tinggi dari BJ 2
* Di daerah pulmonal dan aorta intensitas BJ1 akan lebih rendah dari BJ 2

3. *Sifat bunyi jantung*

*Normal :*

- bersifat tunggal.

- Terbelah/terpisah dikondisikan ( Normal Splitting )

* Splitting BJ 1 fisiologik

🡪 Normal Splitting BJ1 yang terdengar saat “ Ekspirasi maksimal, kemudian napas ditahan sebentar” .

* Splitting BJ 2 fisiologik

🡪 normal Spliting BJ2, terdengar “ sesaat setelah inspirasi dalam “

*Abnormal :*

* Splitting BJ 1 patologik 🡪 ganngguan sistem konduksi ( misal RBBB )
* Splitting BJ 2 Patologik : karena melambatnya penutupan katub pulmonal pada RBBB, ASD, PS.

*4. Fase Systolik dan Dyastolik*

*Normal :* Fase systolik normal lebih pendek dari fase dyastolik ( 2 : 3 )

*Abnormal :* - Fase systolic memanjang / fase dyastolik memendek

- Tedengar bunyi “ *fruction Rub*” 🡪 gesekan perikard dg ephicard.

5. *Adanya Bising ( Murmur ) jantung*

🡪 adalah bunyi jantung ( bergemuruh ) yang dibangkitkan oleh aliran turbulensi ( pusaran abnormal ) dari aliran darah dalam jantung dan pembuluh darah.

*Normal :* tidak terdapat murmur

*Abnormal :* terdapat murmur 🡪 kelainan katub , shunt/pirau

6. Irama Gallop ( gallop ritme )

🡪 Adalah irama diamana terdengar bunyi S3 atau S4 secara jelas pada fase Dyastolik, yang disebabkan karena darah mengalir ke ventrikel yang lebih lebar dari normal, sehingga terjadi pengisian yang cepat pada ventrikel

*Normal* : tidak terdapat gallop ritme

*Abnormal* :

* Gallop ventrikuler ( gallop S3 )
* Gallop atrium / gallop presystolik ( gallop S4 )
* Gallop dapat terjadi S3 dan S4 ( Horse gallop )

*Cara Kerja :*

1. Periksa stetoskop dan gosok sisi membran dengan tangan
2. Tempelkan stetoskop pada sisi membran pada daerah pulmonal, kemudian ke daerah aorta, simak Bunyi jantung terutama BJ2, catat : sifat, kwalitas di banding dg BJ1, splitting BJ2, dan murmur Bj2.
3. Tempelkan stetoskop pada sisi membran pada daerah Tricus, kemudian ke daerah mitral, simak Bunyi jantung terutama BJ1, catat : sifat, kwalitas di banding dg BJ2, splitting BJ1, murmur Bj1, frekwensi DJ, irama gallop.
4. Bila ada murmur ulangi lagi keempat daerah, catat mana yang paling jelas.
5. Geser ke daerah ephigastrik, catat adanya bising aorta.
   * 1. PALPASI

*Cara Kerja :*

1. Dengan menggunakan 3 jari tangan dan dengan tekanan ringan, palpasi daerah aorta, pulmo dan trikuspidalis. catat : adanya pulsasi.

*Normal* 🡪 tidak ada pulsasi

1. Geser pada daerah mitral, catat : pulsasi, tentukan letak, lebar, adanya thrill, lift/heave.

*Normal* 🡪 terba di ICS V MCL selebar 1-2cm ( 1 jari )

*Abnormal* 🡪 ictus bergeser kea rah latero-inferior, ada thriil / lift

1. Geser pada daerah ephigastrik, tentukan besar denyutan.

*Normal* : teraba, sulit diraba

*Abnormal* : mudah / meningkat

* + 1. PERKUSI

*Cara Kerja :*

1. Lakukan perkusi mulai intercota 2 kiri dari lateral ( Ant. axial line ) menuju medial, catat perubahan perkusi redup
2. Geser jari ke ICS 3 kiri kemudian sampai ICS 6 , lakukan perkusi dan catat perubahan suara perkusi redup.
3. Tentukan batas-batas jantung

PEMERIKSAAN PAYUDARA DAN KETIAK

Inspeksi

1. posisi pasien duduk, pakaian atas dibuka, kedua tangan rileks disisi tubuh.
2. Mulai inspeksi bentuk, ukuran dan kesimetrisan payudara

*Normal* : bulat agak simetris, kecil/sedang/besar

1. Inspeksi, dan catat adanya : benjolan, tanda radang dan lesi
2. Inspeksi areola mama, catat : warna, datar/menonjol/masuk kedalam, tanda radang dan lesi.

*Normal* : gelap, menonjol

1. Buka lengan pasien, amati ketiak, Catat : lesi, benjolan dan tanda radang.

PALPASI

*Cara Kerja :*

* Lakukan palpasi pada areola, catat : adanya keluaran, jumlah, warna, bau, konsistensi dan nyeri.
* Palpasi daerah ketiak terutama daerah limfe nodi, catat : adanya benjolan, nyeri tekan.
* Lakukan palpasi payudara dengan 3 jari tangan memutar searah jarum jam kea rah areola. Catat : nyeri dan adanya benjolan
* Bila ada benjolan tentukan konsistensi, besar, mobilisasinya.

PEMERIKSAAN ABDOMEN

Abdomen dibagi menjadi 9 regio :

**1, 3 = hypokondrium ka/ki**

**2 = ephigastrium**

**4, 6 = lumbal ka/ki**

**5 = umbilicus**

**7,9 = iliaka ka/ki**

**8 = hypogastrium**

* **Hati terdapat pada 1 dan 2**
* **Lambung di daerah 2**
* **Limfa di daerah 3**
* **Kandung empedu pada batas 6 dan 2**
* **Kandung kencing pada daerah 8**
* **Apendik pada 7 dan bawah 6,5.**
* **Bifurkasio aorta 2 cm bawah umbilicus ke kiri**

**1 2 3**

**6 5 4**

**7 8 9**

INSPEKSI

*Cara Kerja :*

1. Kandung kencing dalam keadaan kosong
2. Posisi berbaring, bantal dikepala dan lutut sedikit fleksi
3. Kedua lengan, disamping atau didada
4. Mintalah penderita untuk menunjukkan daerah sakit untuk dilakukan pemeriksaan terakhir
5. Lakukan inspeksi, dan perhatikan Kedaan kulit dan permukaan perut

*Normalnya :* datar, tidak tegang, Strie livide/gravidarum, tidak ada lesi

*Abnormal :*

* Strie berwarna ungu 🡪 syndrome chusing
* Pelebaran vena abdomen 🡪 Chirrosis
* Dinding perut tebal 🡪 odema
* Berbintil atau ada lesi 🡪 neurofibroma
* Ada masa / benjolan abnormal 🡪 tumor

6. Perhatikan bentuk perut

*Normal* : simetris

*Abnormal :*

* Membesar dan melebar 🡪 ascites
* Membesar dan tegang 🡪 berisi udara ( ilius )
* Membesar dan tegang daerah suprapubik 🡪 retensi urine
* Membesar asimetris 🡪 tumor, pembesaran organ dalam perut

7. Perhatikan Gerakan dinding perut

*Norma*l : mengempis saat ekspirasi dan menggembung saat inspirasi, gerakan peristaltic pada orang kurus.

*AbnormaL:*

* Terjadi sebaliknya 🡪 kelumpuhan otot diafragma
* Tegang tidak bergerak 🡪 peritonitis
* Gerakan setempat 🡪 peristaltic pada illius
* Perhatikan denyutan pada didnding perut
* Normal : dapat terlihat pada ephigastrika pada orang kurus

8. Perhatikan umbilicus, catat adanya tanda radang dan hernia

AUSKULTASI

*Cara Kerja :*

1. Gunakan stetoskop sisi membrane dan hangatkan dulu
2. Lakukan auskultasi pada satu tempat saja ( kwadaran kanan bawah ), cata bising dan peristaltic usus.

*Normal* : Bunyi *“* Klikc Grugles “, 5-35X/mnt

*Abnormal :*

* Bising dan peristaltic menurun / hilang 🡪 illeus paralitik, post operasi
* Bising meningkat “ metalik sound “ 🡪 illius obstruktif
* Peristaltik meningkat dan memanjang ( borboritmi )🡪 diare, kelaparan

3. Dengan merubah posisi/menggerakkan abdomen, catat gerakan air ( tanda ascites ).

Normalnya : tidak ada

1. Letakkan stetoskop pada daerah ephigastrik, catat bising aorta,

*Normal* : tidak ada.

PERKUSI

*Cara Kerja :*

1. lakukan perkusi dari kwadran kanan atas memutar searah jarum jam, catat adanya perubahan suara perkusi :

*Normalnya* : tynpani, redup bila ada organ dibawahnya ( misal hati )

*Abnormal :*

* + Hypertympani 🡪 terdapat udara
  + Pekak 🡪 terdapat Cairan

1. lakukan perkusi di daerah hepar untuk menentukan batas dan tanda pembesaran hepar.

*Cara :*

* Lakukan perkusi pada MCL kanan bawah umbilicus ke atas sampai terdengar bunyi redup, untuk menentukan batas bawah hepar.
* Lakukan perkusi daerah paru ke bawah, untuk menentukan batas atas
* Lakukan perkusi di sekitar daerah 1 da 2 untuk menentukan batas-batas hepar yang lain.

PALPASI

*Cara Kerja :*

1. Beritahu pasien untuk bernapas dengan mulut, lutut sedikit fleksi.
2. Lakukan palpasi perlahan dengan tekanan ringan, pada seluruh daerah perut
3. Tentukan ketegangan, adanya nyeri tekan, dan adanya masa superficial atau masa feces yang mengeras.
4. Lanjutkan dengan pemeriksaan organ

Hati

* + Letakkan tangan kiri menyangga belakang penderita pada coste 11 dan 12
  + Tempatkan ujung jari kanan ( atas - obliq ) di daerah tempat redup hepar bawah / di bawah kostae.
  + Mulailah dengan tekanan ringan untuk menentukan pembesaran hepar, tentukan besar, konsistensi dan bentuk permukaan.
  + Minta pasien napas dalam, tekan segera dengan jari kanan secara perlahan, saat pasien melepas napas, rasakan adanya masa hepar, pembesaran, konsistensi dan bentuk permukaannya.

*Normal* : tidak teraba / teraba kenyal, ujung tajam.

*Abnormal :*

* Teraba nyata ( membesar ), lunak dan ujung tumpul 🡪 hepatomegali
* Teraba nyata ( membesar ), keras tidak merata, ujung ireguler 🡪 hepatoma

Lien

* Letakkan tangan kiri menyangga punggung kanan penderita pada coste 11 dan 12
* Tempatkan ujung jari kanan ( atas - obliq ) di bawah kostae kanan.
* Mulailah dengan tekanan ringan untuk menentukan pembesaran limfa
* Minta pasien napas dalam, tekan segera dengan jari kanan secara perlahan, saat pasien melepas napas, rasakan adanya masa hepar, pembesaran, konsistensi dan bentuk permukaannya.

Normal : Sulit di raba, teraba bila ada pembesaran

PEMERIKSAAN SISTEM MUSKULOSKELETAL

OTOT

*Hal – hal yang perlu diperhatikan* :

* Bentuk, ukuran dan kesimetrisan otot
* Adanya atropi, kontraksi dan tremor, tonus dan spasme otot
* Kekuatan otot

UJi Kekuatan Otot

*Cara kerja :*

* Tentukan otot/ektrimitas yang akan di uji
* Beritahu pasien untuk mengikuti perintah, dan pegang otot dan lakukan penilaian.

Penilaian :

0 ( Plegia ) : Tidak ada kontraksi otot

1 ( parese ) : Ada kontraksi, tidak timbul gerakan

2 ( parese ) : Timbul gerakan tidak mampu melawan gravitasi

3 ( parese ) : Mampu melawan gravitasi

4 ( good ) : mampu menahan dengan tahanan ringan

5 ( Normal ): mampu menahan dengan tahanan maksimal

TULANG

*Hal-hal yang perlu diperhatikan :*

* Adanya kelainan bentuk / deformitas
* Masa abnormal : besar, konsistensi, mobilitas
* Tanda radang dan fraktur

Cara kerja :

* Ispkesi tulang, catat adanya deformitas, tanda radang, benjolan abnormal.
* Palpasi tulang, tentukan kwalitas benjolan, nyeri tekan, krepitasi…

PERSENDIAN

*Hal-hal Yang perlu diperhatikan :*

* Tanda-tanda radang sendi
* Bunyi gerak sendi ( krepitasi )
* Stiffnes dan pembatasan gerak sendi ( ROM )

*Cara Kerja :*

* Ispeksi sendi terhadap tanda radang, dan palpasi adanya nyeri tekan
* Palpasi dan gerakan sendi, catat : krepitasi, adanya kekakua sendi dan nyeri gerak
* Tentukan ROM sendi : Rotasi, fleksi, ekstensi, pronasi/supinasi, protaksi, inverse/eversi,

PEMERIKSAAN KHUSUS

1. Angkat Tungkai Lurus

* Angkat tungkai pasien, luruskan sampai timbul nyeri, dorsofleksikan tungkai kaki
* Abnormal : nyeri tajan ke rah belakang tungkai 🡪 ketegangan / kompresi syaraf

2. Uji CTS ( Carpal Tunnel Syndrome )

Uji PHALEN’S

* Fleksikan pergelangan tangan ke dua tangan dengan sudut maksimal, tahan selama 60 detik.
* Abnormal : Baal / kesemutan pada jari-jari dan tangan.

Uji TINEL’S

* Lakukan perkusi ringan di atas syaraf median pergelangan tangan
* Abnormal : ada kesemutan atau kesetrum

3. Tanda BALON

Tekan kantung suprapatela dengan jari tangan, jari yang lain meraba adanya cairan.

PEMERIKSAAN SISTEM INTEGUMEN

KULIT

*Inspeksi*

1. Warna kulit

Normal : nampak lembab, Kemerahan

Abnormal : cyanosis / pucat

2. Tekstur kulit

Normal : tegang dan elastis ( dewasa ), lembek dan kurang elastis ( orang tua )

Abnormal : menurun 🡪 dehidrasi, nampak tegang 🡪 odema, peradangan

3. Kelainan / lesi kulit

Normal : tidak terdapat

Abnormal : Terdapat lesi kulit, tentukan :

1. bentuk Lesi

* Lesi Primer : bulla, macula, papula, plaque, nodula, pigmentasi, hypopigmentasi, pustula
* Lesi Sekunder : Tumor, crusta, fissura, erosi, vesikel, eskoriasi, lichenifikasi, scar, ulceratif.

2. distribusi dan konfigurasinya.

General, Unilateral, Soliter, Bergerombol

*Palpasi*

1. Tekstur dan konsistensi

Normal : halus dan elastis

Abnormal : kasar, elastisitas menurun, elastisitas meningkat ( tegang )

2. Suhu

Normal : hangat

Abnormal : dingin ( kekurangan oksigen/sirkulasi ), suhu meningkat ( infeksi )

3. Turgor kulit

Normal : baik

Abnormal : menurun / jelek 🡪 orang tua, dehidrasi

4. Adanya hyponestesia/anestesia

1. Adanya nyeri

Pemeriksaan Khusus

AKRAL

* Ispeksi dan palpasi jari-jari tangan, catat warna dan suhu .

Normal : tidak pucat, hangat

Abnormal : pucat, dingin 🡪 kekurangan oksigen

CR ( capilari Refiil )

* Tekan Ujung jari berarapa detik, kemudian lepas, catat perubahan warna

Normal : warna berubah merah lagi < 3 detik

Abnormal : > 3 detik 🡪 gangguan sirkulasi.

ODEM

* Tekan beberapa saat kulit tungkai, perut, dahi amati adanya lekukan ( pitting )

Normal : tidak ada pitting

Abnormal : terdapat pitting ( non pitting pada beri-beri )

KUKU

* Observasi warna kuku, bentuk kuku, elastisitas kuku, lesi, tanda radang

Abnormal :

* Jari tabuh ( clumbing Finger ) 🡪 penykait jantung kronik
* Puti tebal 🡪 jamur

RAMBUT TUBUH

* Ispeksi distribusi, warna dan pertumbuhan rambut

PEMERIKSAAN SISTEM PERSAYARAFAN

PEMERIKSAAN FUNGSI SENSORIK

1. Sensasi Taktil

* Siapkan alat kuas halus, kapas, ujung jari ( bila terpaksa )
* Penderita dapat berbaring atau duduk rileks, mata di pejamkan
* Lakukan sentuhan ringan ( jangan sampai menekan ), minta pasien “ya” bila merasakan dan “ tidak “ bila tidak merasakan
* Lakukan mulai dari ujung distal ke proksimal ( azas Ekstrem ), dan bandingkan kanan dan kiri ( azas Simetris ).
* Cari tempat yang tidak berbulu, beri sentuhan beberapa tempat, minta pasien untuk membandingkan.
* Lakukan sentuhan, membentuk huruf, minta pasien menebak.

*Kelainan :*

* Anestesia, hipestesia, hiperestesia.
* Trikoanestesia 🡪 kehilangan senasi gerak rambut
* Gravanestesia 🡪 tidak mampu mengenal angka/huruf.

2. Sensasi Nyeri superficial

* Gunakan jarum salah satu runcing dan tumpul
* Mata pasien dipejamkan
* Coba dulu, untuk menentukan tekanan maksimal
* Beri rangsangan dengan jarum runcing, minta pasien merasakan nyeri atau tidak
* Lakukan azas ekstri, dan simetris.
* Lakukan rangsangan dengan ujung tumpul dan runcing, minta pasien untuk menebaknya.

*Kelainan :*

Analgesia, Hypalgesia, hiperalgesia.

3. Pemeriksaan sensasi suhu

* Siapkan alat Panas ( 40-45 derajat ), dingin ( 5-10 )
* Posisi pasien berbaring dan memejamkan mata.
* Tempelkan alat, dan minta pasien menebak panas atau dingin
* Lakukan azas simetris dan ekstrim

Kelainan :

Termastesia, termhipestesia, termhiperestesia, isotermognosia

4. Sensasi Gerak dan posisi

* Pasien memejamkan mata
* Bagian tubuh ( jari-jari ) digerakkan pasif oleh pemeriksa
* Minta pasien menjelaskan posisi dan keadaan jari

PEMERIKSAAN FUNGSI MOTORIK

* Posisi Tubuh

🡪 postur hemiplegia, decorticate, deserebrate.

* Gerakan involunter

🡪 tremor, tiks, chorea ..

* Tonus otot

🡪 Spastis, kekakuan, flasid

* Koordinasi

🡪 Tunjuk hidung jari : perintahkan pasien menyentuk hidung dan jari bergantian dan berulang-ulang, catat adanya kegagalan.

PEMERIKSAAN REFLEK FISIOLOGIS

( Muscle Stretch )

Penilaian :

* + 1. = negative

+1 = lemah ( normal )

+2 = normal

+3 = meninggi, belum patologik

+4 = hyperaktif, sering disertai klonus

1. Reflek pada Lengan
   * *Reflek Bisep*
   * Pasien duduk santai.
   * Lengan lemas, sedikit fleksi dan pronasi.
   * Siku penderita diletakkan pada tangan pemeriksa
   * Ibu jari pemeriksa diletakkan pada tendo bisep, kemudian pukul ibu jari dengan perkusi hamer.
   * Amati gerakan lengan pasien

Hasil :

Kontraksi otot bisep, fleksi dan sedikit supinasi lengan bawah

* *Reflek Trisep*
* Pasien duduk santai.
* Lengan lemas, sedikit fleksi dan pronasi.
* lengan penderita diletakkan pada tangan pemeriksa
* Pukul tendo pada fosa olekrani

Hasil :

Trisep akan kontraksi menyentak yang dirasakan oleh tangan pemeriksa

* *Reflek Brachioradialis*
* Posisi penderita duduk santai
* Lengan relaks, pegang lengan pasien dan letakkan tangan pasien diatas tangan pemeriksa dalam posisi fleksi dan pronasi.
* Pukul tendo Brachioradialis

Hasil :

Gerakan menyentak pada tangan

1. Reflek pada tungkai

* *Reflek patella ( kuadrisep )*
* Posisi pasien duduk, denga kedua kaki menjuntai
* Tentukan daerah tendo kanan dan kiri
* Tangan kiri memegang bagian distal ( paha pasien ), yang satu melakukan perkusi pada tendo patella

Hasil :

Ada kontraksi otot kuadisrep, gerakan menyentak akstensi kaki

* Reflek Achilles
* Pasien dapat duduk menjuntai, atau berlutut dengan kaki menjulur di luar meja
* Tendo Achilles diregangkan, dengan menekkan ujung tapak tangan
* Lakukan perkusi pada tendo, rasakan gerakan.

Hasil :

Gerakan menyentak kaki

PEMERIKSAAN REFLEK PATOLOGIS

* Reflek Babinski
* Posisi penderita terlentang
* Gores dengan benda lancip tapi tumpul pada telapak kaki : dari bawah lateral, keatas menuju ibu jari kaki.
* Amati gerakan jari-jari kaki

Hasil :

Normal : gerakan dorsofleksi ibu jari, jari yang lain meregang

Abnormal : terjadi gerakan mencekeram jari-jari kaki

Tugas : tehnik reflek Gordon, chadoc, ophenhein.

PEMERIKSAAN REFLEK MENINGEAL

( Meningeal Sign )

*1. Kaku Kuduk*

* Pasien posisi berbaring
* Fleksi kepala, dengan mengangkat kepala agak cepat

Hasil : + terdapat tahanan kuat

*2. Tanda kernig*

* Posisi pasien berbaring
* Angkat kaki, dan luruskan kaki pada lututnya

Hasil :

Normal : kaki dapat lurus, atau tahanan dengan sudut minimal 120 derajat

Abnormal ( + ) : terjadi tahanan < 1 20 dan nyeri pada paha.

3. Buzinsky 1

* Posisi pasien berbaring
* Fleksi kepala, dengan mengangkat kepala agak cepat
* Perhatikan gerakan tungkai kaki

Hasil : + bila terjadi fleksi tungkai, bersamaan dengan fleksi kepala

4. Buzinsky 2

* Posisi pasien berbaring
* Lakukan fleksi pada lutut kaki
* Amati kaki sebelahnya

Hasil : + bila kaki sebelahnya mengikuti gerakan fleksi

PEMERIKSAAN SYARAF KRANIAL

I ( olfaktorius )

* pemeriksaan fungsi penghidu

II ( Optikus )

* periksa fungsi penglihatan dan lapang pandang

II, III ( Optikus dan Okulomotoris )

* periksa reaksi pupil terhadap cahaya

III, IV, VI ( Okulomotoris, trokleal, abdusen )

* periksa gerakan bola mata

V ( trigeminal )

* Raba kontraksi temporal
* Periksa gerakan mengunyah 🡪 otot maseter
* Periksa reflek kornea
* Uji sentuhan dan nyeri pada wajah

VII ( fasialis )

* Periksa gerakan otot wajah 🡪 tersenyum, mengkerutkan dahi, cemberut

VIII ( akustik )

* Periksa fungsi pendengaran

IX, X ( Glusofaringius dan vagus )

* Amati kesulitan menelan
* Dengarkan suara
* Amati naiknya langit-langit dg bunyi “ ah “
* Amati gag reflek

XI ( Aksesoris )

* Kaji kemampuan mengangkat bahu
* Kaji gerakan berputar wajah

XII ( Hipoglosal )

* Dengarkan artikulasi pasien
* Julurkan lidah, amati adanya atropi, asimetris.

**BAB III : Pengendalian Infeksi**

* 1. **Pendahuluan**
  2. **Pendahuluan**

Kesehatan yang baik juga dipengaruhi oleh lingkungan yang aman. Pelayanan kesehatan merupakan lingkungan dengan resiko infeksi yang tinggi bagi klien maupun petugas kesehatan. Hal ini disebabkan oleh adanya penurunan daya tahan tubuh terhadap infeksi mikroorganisme dan peningkatan paparan terhadap mikroorganisme penyebab penyakit dan prosedur invasif. Praktik pencegahan dan pengendalian infeksi yang efektif mampu mengurangi dan meminimalisir terjadinya penyebaran infeksi dan memberikan perlindungan bagi klien dan tenaga kesehatan dari penyakit.

Pendidikan dan promosi kesehatan tentang infeksi, penularan, dan pencegahan penting untuk klien, keluarga dan petugas kesehatan dalam mengenali sumber infeksi dan penatalaksanaan prosedur proteksi. Tenaga kesehatan diwajibkan mampu melindungi diri sendiri dan klien terhadap bahan yang infeksius atau paparan terhadap penyakit menular dengan memahami proses infeksi serta menerapkan standar pencegahan yang berlaku.

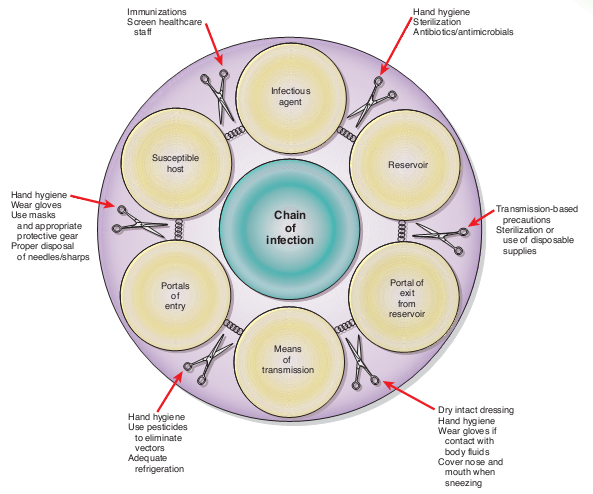
* 1. **Konsep**

Dalam Kamus Keperawatan disebutkan bahwa infeksi adalah invasi dan multiplikasi mikroorganisme dalam jaringan tubuh, khususnya yang menimbulkan cedera seluler setempat akibat metabolisme kompetitif, toksin, replikasi intraseluler atau reaksi antigen- antibodi.

Ada beberapa tipe infeksi, antara lain:

1. Kolonisasi : Merupakan suatu proses dimana benih mikroorganisme menjadi flora yang menetap/flora residen. Infeksi terjadi ketika mikroorganisme yang menetap tadi sukses menginvasi/menyerang bagian tubuh host/manusia yang sistem pertahanannya tidak efektif dan patogen menyebabkan kerusakan jaringan.
2. Infeksi lokal : spesifik dan terbatas pada bagain tubuh dimana mikroorganisme tinggal.
3. Infeksi sistemik : terjadi bila mikroorganisme menyebar ke bagian tubuh yang lain dan menimbulkan kerusakan.
4. Bakterimia : terjadi ketika dalam darah ditemukan adanya bakteri
5. Septikemia : multiplikasi bakteri dalam darah sebagai hasil dari infeksi sistemik
6. Infeksi akut : infeksi yang muncul dalam waktu singkat
7. Infeksi kronik : infeksi yang terjadi secara lambat dalam periode yang lama (dalam hitungan bulan sampai tahun)

Rantai infeksi:



1. Agen infeksius

Microorganisme yang termasuk dalam agen infeksi antara lain bakteri, virus, jamur dan protozoa. Kemungkinan faktor organisme yang menyebabkan penyakit: jumlah, virulensi (kemampuan menyebabkan penyakit), inang pembawa, waktu dan bagaimana sering kontak dengan organism tersebut.

1. Reservoir

Tempat dimana mikroorganisme patogen dapat hidup baik berkembang biak atau lingkungan tempat hidup mikroorganisme.

1. Portal of exit

Sebelum menimbulkan infeksi, mikroorganisme harus keluar terlebih dahulu dari reservoarnya. Jika reservoarnya manusia, kuman dapat keluar melalui saluran pernapasan, pencernaan, perkemihan, genitalia, kulit dan membrane mukosa yang rusak serta darah.

1. Transmission
2. Direct contact (orang ke orang)

Tangan merupakan salah satu media utama mikroorganisme patogen untuk berpindah dari satu orang ke orang lain.

1. Indirect contact

Muncul karena ada media pembawa/karier. Contohnya seperti lalat, semut, atau kecoak, atau media seperti udara.

1. Ingestion -

Ketika suatu organisme yang mampu menginfeksi saluran pencernaan dicerna seperti Salmonellosis, organisme ini kemudian diekskresikan dalam feses dan dapat ditularkan jika kebersihan tangan buruk..

1. Inoculation

Penularan melualui kulit, selaput lendir atau darah oleh darah yang terinfeksi setelah luka gigitan atau benda tajam

1. Inhalation -

terjadi ketika Mikroba dihembuskan / dibuang ke udara oleh orang yang terinfeksi dihirup oleh orang lain, seperti virus influensa yang keluar pada saat bersin apabila tidak dtutup dengan benar beresiko akan terhirup oleh orang lain disekitarnya dan menularkan penyakit.

1. Portal of entry

Sebelum seseorang terinfeksi, mikroorganisme harus masuk dalam tubuh. Kulit merupakan barier pelindung tubuh terhadap masuknya kuman infeksius. Rusaknya kulit atau ketidakutuhan kulit dapat menjadi portal masuk. Mikroba dapat masuk ke dalam tubuh melalui rute atau jalan yang sama dengan portal keluar. Faktor-faktor yang menurunkan daya tahan tubuh memperbesar kesempatan patogen masuk ke dalam tubuh.

1. Susceptible host

Seseorang terkena infeksi bergantung pada kerentanan terhadap agen infeksius. Kerentanan bergantung pada derajat ketahanan tubuh individu terhadap patogen. Meskipun seseorang secara konstan kontak dengan mikroorganisme dalam jumlah yang besar, infeksi tidak akan terjadi sampai individu rentan terhadap kekuatan dan jumlah mikroorganisme tersebut. Faktor yang mempengaruhi kerentanan tubuh terhadap kuman yaitu usia, keturunan, stress (fisik dan emosional), status nutrisi, terapi medis, pemberian obat dan penyakit penyerta.

* 1. **Mencuci tangan**

1. Definisi

Mencuci tangan adalah proses membersihkan tangan dari kotoran, yang dimulai dari ujung jari sampai siku dan lengan atas dengan cara tertentu sesuai dengan kebutuhan

1. Tujuan

* Memelihara tekstur dan integritas kulit tangan dengan tepat
* Mencegah dan mengurangi infeksi
* Mengurangi mikroorganisme pada tangan dan mencegah kontaminasi

1. Indikasi Tindakan

* Sebelum kontak dengan pasien
* Sebelum tindkan aseptic
* Setelah terkena cairan tubuh pasien
* Setelah kontak dengan pasien
* Setelah kontak dengan area disekitar pasien

1. SOP cuci tangan bersih

|  |  |
| --- | --- |
| **Sop** | **Mencuci Tangan** |
| **Persiapan Alat** | 1. Wastafel dengan air mengalir 2. Sabun cair 3. Antiseptic 4. Kertas tissue atau handuk 5. Alat pembersih kuku |
| **Pelaksanaan** | 1. Menginspeksi adanya lesi pada permukaan kedua tangan. Jika terdapat lesi maka tutup lesi sebelum melakukan tindakan 2. Menginspeksi adanya kotoran pada kedua tangan 3. Memastika kuku dalam kondisi pendek dan tidak terdapat cat kuku 4. Melepaskan seluruh perhiasan: jam tangan, cincin, gelang 5. Menyingsingkan lengan baju 6. Berdiri didepan wastafel, menjaga kedua tangan jauh dari permukaan wastafel 7. Mengalirkan air secukupnya tanpa ada percikan ke pakaian 8. Membasahi keduan tangan hingga pergelangan. Memposisikan tangan dan lengan bawah lebih tinggi dari siku 9. Menggunakan sabun atau antiseptik dan menggosok hingga berbusa 10. Menggosok telapak, punggung, sela-sela jari, sisi depan, ibu jari, dan ujung kuku masing-masing selama 15 detik 11. Membersihkan kuku dengan alat gosok 12. Membilas kedua tangan hingga perlangan secara menyeluruh 13. Mengeringkan tangan dengan menepuk-nepuk pada tisu atau handuk dari ujung hingga pergelangan 14. Membuang tissue ata handuk pada tempatnya 15. Menutup aliran air dengan tissue 16. Menginspeksi adanya kontaminasi 17. Menginspeksi adanya dermatitis atau luka |
| **SUMBER PUSTAKA** | 1. (Potter, P.A. & Perry, A.G. 2010. *Fundamental Keperawatan (3-vol set).* Edisi Bahasa Indonesia 7*.*Elsevier (Singapore) Pte.Ltd. 2. Potter, P.A.,Perry, A.G., Stockert P., Hall A. 2014. *Essentials for Nursing Practice*. 8th Ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 3. Rebeiro G., Jack L., Scully N., Wilson D., Novieastari E., Supartini Y. 2015. *Keperawatan Dasar: Manual Keterampilan Klinis*. Edisi Indonesia. Elsevier (Singapore) Pte Ltd |

1. Lembar Kerja
2. Tindakan apakah yang anda lakukan sebelum cuci tangan?
3. Observasi langkah-langkah cuci tangan yang dilakukan teman anda, catat hasil evaluasinya di lembar jawaban!
4. Sebutkan manfaat cuci tangan!

Jawaban:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

* 1. **Mencuci tangan steril**

1. **Definisi**

Suatu kegiatan untuk membersihkan tangan dari agent penyebab penyakit dengan membersihkan jari, kuku, telapak tangan hingga pergelangan tangan dengan menggunakan sabun antiseptik dan dikeringkan dengan handuk steril.

1. Tujuan

Mencegah infeksi nosokomial dan melindungi diri dari agent penyakit mulai kuman sampai spora

1. Indikasi Tindakan

Sebelum dan sesudah melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan tidak langsung pada

1. SOP Cuci Tangan Steril

|  |  |
| --- | --- |
| Sop | Mencuci tangan steril/ bedah |
| Persiapan Alat | 1. Sabun yang mengandung antiseptik. 2. Kran dengan air mengalir 3. Pembersih kuku 4. Sikat 5. Handuk/lap steril |
| Persiapan Klien & Lingkungan | 1. Pasien sudah dipersiapkan di ruang operasi 2. Siapkan alat dan bahan cuci tangan steril. |
| Pelaksanaan | 1. Periksa adanya luka pada tangan dan jari 2. Lepaskan jam tangan atau cincin 3. Gunakan pakaian bedah, penutup kepala, masker wajah, pelindung mata jika dipakai. 4. Air dialirkan dengan pengontrol kaki atau siku 5. Kedua tangan dibasahi dibawah air mengalir, mulai jari-jari sampai atas siku. Pertahan kan tangan atas berada setinggi siku selama prosedur. 6. Sabun antiseptik cair dituangkan dalam telapak tangan (2-4 ml) dengan siku atau pengontrol kaki. 7. Sabun diratakan mulai jari sampai 5 cm diatas siku. 8. Kuku jari bagian dalam dibersihkan dengan menggunakan pembersih kuku. Buang pembersih kuku. 9. Menyikat mulai ujung jari dan kuku 15 kali (selama ½ menit). 10. Jari-jari disikat dengan arah ke bawah selama 10 kali gerakan (kira-kira 1 menit). 11. Telapak dan punggung tangan disikat dengan arah memutar masing-masing selama 10 gerakan (kira-kira ½ menit). 12. Pergelangan sampai diatas siku dengan arah memutar 10 kali gerakan (selama 1 menit). 13. Mengulangi prosedur untuk tangan yang lain, buang sikat 14. Membersihkan tangan dengan air mengalir, mulai ujung jari sampai atas siku, dengan tangan tetap berada diatas siku untuk masing-masing tangan. 15. Matikan aliran air dengan menggunakan pengontrol kaki atau siku. 16. Keringkan tangan dengan handuk steril mulai jari-jari kearah siku. 17. Ulangi untuk tangan yang lain. |
| Evaluasi | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| Dokumentasi | 1. Catat jenis tindakan yang telah dilakukan, hasil, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| SUMBER PUSTAKA | 1. (Potter, P.A. & Perry, A.G. 2010. *Fundamental Keperawatan (3-vol set).* Edisi Bahasa Indonesia 7*.*Elsevier (Singapore) Pte.Ltd. 2. Potter, P.A.,Perry, A.G., Stockert P., Hall A. 2014. *Essentials for Nursing Practice*. 8th Ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 3. Rebeiro G., Jack L., Scully N., Wilson D., Novieastari E., Supartini Y. 2015. *Keperawatan Dasar: Manual Keterampilan Klinis*. Edisi Indonesia. Elsevier (Singapore) Pte Ltd |

1. Lembar Kerja
2. Evaluasi tindakan teman anda dalam menyiapkan area aseptic dan catat hasil evaluasi pada lembar jawaban!

Jawaban:

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

* 1. **Memakai sarung tangan steril**

1. Tujuan
   * + Pencegahan terjadinya infeksi
     + Perlindungan diri
     + Mempertahankan area steril
2. Indikasi Tindakan

Tindakan aseptik

1. SOP

|  |  |
| --- | --- |
| **Sop** | Memakai sarung tangan steril |
| **Persiapan Alat** | 1. Sarung tangan steril sesuai ukuran |
| **Persiapan Klien & Lingkungan** | 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas 2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Memberi kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman |
| **Pelaksanaan** | 1. Mencuci tangan 2. Membuka paket sarung tangan dengan memisahkan kedua sisi paket 3. Memegang tepi sarung tangan untuk tangan dominan dengan memegang bagian dalam dari sarung tangan 4. Memasukkan tangan dominan kedalam sarung tanganhingga mencapai pergelangan. Pastikan sarung tangan tidak tergulung dipergelangan. 5. Pastikan jari-jari tangan masuk kebagian yang tepat dari sarung tangan. 6. Mengambil sarung tangan yang lain dengan memegang permukaan sarung tangan memasukkan tangan ke dalam sarung tangan. Pastikan ntangan dominan yang sudah menggunakan sarung tangan tidak menyentuh permukaan kulit. 7. Memastikan ruangan pada sarung tangan terpasang pada jari-jari yang tepat. |
| **Evaluasi** | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| **Dokumentasi** | 1. Catat jenis tindakan yang telah dilakukan, hasil, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| **SUMBER PUSTAKA** | 1. (Potter, P.A. & Perry, A.G. 2010. *Fundamental Keperawatan (3-vol set).* Edisi Bahasa Indonesia 7*.*Elsevier (Singapore) Pte.Ltd. 2. Potter, P.A.,Perry, A.G., Stockert P., Hall A. 2014. *Essentials for Nursing Practice*. 8th Ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 3. Rebeiro G., Jack L., Scully N., Wilson D., Novieastari E., Supartini Y. 2015. *Keperawatan Dasar: Manual Keterampilan Klinis*. Edisi Indonesia. Elsevier (Singapore) Pte Ltd |

Lembar Kerja

1. Sebutkan perbedaan cuci tangan bersih dan cuci tangan steril!
2. Evaluasi timdakan cuci tangan streli yang dilakukan teman anda, catat hasil evaluasi pada lembar jawaban!

Jawaban:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………… |

**BAB IV : Pemberian medikasi**

* 1. **Prinsip Medikasi**

1. **Definisi**

Medikasi adalah cara utama terapi yang diprogramkan oleh medis untuk mengobati masalah kesehatan atau masalah klien. Meskipun obat menguntungkan, Obat bukan tanpa reaksi merugikan. Perawat harus mengetahui tentang prinsip-prinsip keamanan dalam pemberian medikasi serta pemantauan hasil khusus obat (Perry, 2005).

Obat merupakan sebuah substansi yang diberikan kepada manusia atau binatang sebagai perawatan atau pengobatan bahkan pencegahan terhadap berbagai gangguan yang terjadi di dalam tubuh (Kusyanti, 2012).

1. **Reaksi Obat**

Farmakokinetik

Proses obat memasuki tubuh dan pada akhirnya akan keluar dari tubuh.proses ini terdiri dari absorpsi,distribusi,metabolisme,dan ekskresi obat dari tubuh manusia.setiap obat mempunyai karakteristik khusus dalam kecepatan dan bagaimana obat tersebut akan diserap oleh jaringan,kemudian dihantarkan pada sel-sel tubuh dan berubah menjadi zat yang tidak berbahaya bagi tubuh yang akhirnya keluar dari tubuh kita.

a)      Absorpsi

Proses zat-zat dari obat masuk kedalam aliran/pembuluh darah. cara pemberian berdampak pada kecepatan dan keseluruhan bagian obat yang akan diserap tubuh.

b)      Distribusi

Proses pengiriman zat-zat dalam obat kepada jaringan dan sel-sel target.Proses dipengaruhi oleh sistem sirkulasi tubuh,jumlah zat obat yang dapat terikat dengan protein tubuh serta jaringan atau sel tujuan dari obat tersebut

c)      Metabolisme

Proses diaktivasi /detoksifikasi zat-zat obat didalam tubuh.Proses ini terutama berlangsung didalam hepar,namun juga berlangsung didalam ginjal,plasma darah,mukosa,usus,dan paru-paru.Gangguan pada fungsi hepar adalah penurunan fungsi hepar akibat penuaan atau penyakit dapat mempengaruhi kecepatan detoksifikasi obat yang berlangsung didalam tubuh.

d)     Ekskresi

Adalah proses mengeluarkan obat atau zat-zat sisa metabolismenya dari dalam tubuh. Ginjal berfungsi untuk mengeluarkan sebagian besar sisa metabolisme tersebut, sebagian yang lain dikeluarkan melalui paru-paru dan intestinal. Penurunan fungsi ginjal akan sangat berpengaruh buruk pada proses ini.

2)      Farmakodinamik

Adalah proses yang berhubungan dengan fungsi fisiologis dan biokimia dari obat didalam tubuh. Pemahaman tentang proses ini sangat membantu perawat untuk mengevaluasi efek terapeutik dan efek lainnya dari pengobatan. Reaksi kerja obat adalah hasil dari reaksi kimia antara zat-zat obat dengan sel-sel tubuh untuk menghasilkan respon biologis tubuh. Kebanyakan obat bereaksi dengan komponen sel untuk menstimulasi perubahan biokimia dan fisiological sehingga obat menjadi efektif bagi tubuh.

Reaksi ini dapat terjadi secara lokal maupun sistemik didalam tubuh. Contohnya adalah efek lokal terlihat terjadi pada pemberian obat topikal pada kulit. Sedangkan pada pemberian obat analgesik, efeknya akan meliputi beberapa sistem, termasuk diantaranya yaitu sistem saraf (efek sedatif), paru-paru (depresi pernafasan), gastrointenstinal (konstipasi) walaupun efek yang diharapkan adalah pereda nyeri. Efek medikasi dapat dimonitor melalui perubahan klinis yang terjadi pada kondisi klien.

1. Prinsip Benar Obat
2. Benar Pasien

Sebelum obat diberikan, identitas pasien harus diperiksa (papan identitas di tempat tidur, gelang identitas) atau ditanyakan langsung kepada pasien atau keluarganya. Jika pasien tidak sanggup berespon secara verbal, respon non verbal dapat dipakai, misalnya pasien mengangguk. Jika pasien tidak sanggup mengidentifikasi diri akibat gangguan mental atau kesadaran, harus dicari cara identifikasi yang lain seperti menanyakan langsung kepada keluarganya. Bayi harus selalu diidentifikasi dari gelang identitasnya.

1. Benar Obat

Obat memiliki nama dagang dan nama generik. Setiap obat dengan nama dagang yang kita asing (baru kita dengar namanya) harus diperiksa nama generiknya, bila perlu hubungi apoteker untuk menanyakan nama generiknya atau kandungan obat. Sebelum memberi obat kepada pasien, label pada botol atau kemasannya harus diperiksa tiga kali. Pertama saat membaca permintaan obat dan botolnya diambil dari rak obat, kedua label botol dibandingkan dengan obat yang diminta, ketiga saat dikembalikan ke rak obat. Jika labelnya tidak terbaca, isinya tidak boleh dipakai dan harus dikembalikan ke bagian farmasi.

1. Benar Dosis

Sebelum memberi obat, perawat harus memeriksa dosisnya. Jika ragu, perawat harus berkonsultasi dengan dokter yang menulis resep atau apoteker sebelum dilanjutkan ke pasien. Jika pasien meragukan dosisnya perawat harus memeriksanya lagi. Ada beberapa obat baik ampul maupun tablet memiliki dosis yang berbeda tiap ampul atau tabletnya. Misalnya 1 amp ondansentron dosisnya ada 4 mg, namun terdapat juga dosis 8 mg.

1. Benar Cara/Rute

Obat dapat diberikan melalui sejumlah rute yang berbeda. Faktor yang menentukan pemberian rute terbaik ditentukan oleh keadaan umum pasien, kecepatan respon yang diinginkan, sifat kimiawi dan fisik obat, serta tempat kerja yang diinginkan. Rute pemberian obat dapat melalui oral, parenteral, topical, suppositoria, dan inhalasi

1. Benar Waktu

Komponen ini sangat penting, khususnya bagi obat yang efektivitasnya tergantung untuk mencapai atau mempertahankan kadar darah yang memadai. Jika obat harus diminum sebelum makan, untuk memperoleh kadar yang diperlukan, harus diberi satu jam sebelum makan. Ingat dalam pemberian antibiotik yang tidak boleh diberikan bersama susu karena susu dapat mengikat sebagian besar obat itu sebelum dapat diserap. Ada obat yang harus diminum setelah makan, untuk menghindari iritasi yang berlebihan pada lambung misalnya asam mefenamat.

1. Benar Dokumentasi

Setelah obat diberikan, harus didokumentasikan, dosis, rute, waktu dan oleh siapa obat itu diberikan. Bila pasien menolak meminum obatnya, atau obat itu tidak dapat diminum, harus dicatat alasannya dan dilaporkan.

* 1. **Pemberian Obat Oral dan Tetes**

1. Tujuan

Cara pemberian obat memalului dengan tujuan mencegah, mengobati,mengurangi rasa sakit sesuai efek terapi dari jenis obat Seperti :

· Sublingual

Adalah obat yang cara pemberiannya ditaruh di bawah lidah. Tujuannya adalah agar efek yang ditimbulkan bisa lebih cepat karena pembuluh darah di bawah lidah merupakan pusat dari sakit. Kelebihan dari cara pemberian obat dengan sublingual adalah efek obat akan terasa lebih cepat dan kerusakan obat pada saluran cerna dan metabolisme di dinding usus dan hati dapat dihindari.

· Bukal

Keuntungan : praktis, aman, dan ekonomis

Kelemahan : efek yang tibul biasanya lambat, tidak efektif jika pengguna sering muntah-muntah, diare, tidak sabar, tidak kooperatif, kurang disukai jika rasanya pahit (rasa jadi tidak enak), iritasi pada saluran cerna.

1. Indikasi Tindakan

Pasien dengan kondisi patologis dengan gejala tertentu, ex : nyeri, hipertermi

1. Kontra indikasi Tindakan

Pasien dengan riwayat alergi obat tertentu

1. Komplikasi

Efek toksik obat, ex : alergi, gangguan hepar

1. SOP

|  |  |
| --- | --- |
| **Sop** | **PEMBERIAN MEDIKASI ORAL** |
| **Persiapan Alat** | 1. Troli medikasi (jika ada) 2. Takar obat 3. Minuman (air putih) 4. Sedotan 5. Penggerus pil (jika diperlukan) 6. Kartu obat 7. Mangkuk obat 8. Gunting 9. Tissue |
| **Persiapan Klien & Lingkungan** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | No | Prosedur | Rasional | | **Mengidentifikasi klien dan indikasi medikasi** | | | | 1 | Kaji adanya kontraindikasi klien yang menerima obat. Ex: kesulitan menelan, mual atau muntah, radang usus, peristaltic menurun, baru menjalani pembedahan saluran cerna, bising usus hilang, terpasang penghisap lambung, tingkat kesadaran menurun | Perubahan fungsi saluran cerna mempengaruhi distribusi, absorpsi, dan ekskresi obat.  Apabila selang lambung terpasang, obat akan dihisap keluar sebelum diabsorbsi.  Klien yang tingkat kesadarannya rendah mengalami aspirasi. | | 2 | Kaji riwayat medic klien riwayat alergi dan riwayat diit | Factor-faktor tersebut dapat mempengaruhi bagaimana medikasi tertentu bereaksi. Informasi juga merefleksikan kebutuhan klien untuk medikasi. | | 3 | Kumpulkan data pemeriksaan fisik dan laboratorium yang mungkin mempengaruhi pemberian medikasi ( TD-anti hipertensi, GD-OAD, dll) | Hasil dari pemeriksaan fisik atau data laboratorium mungkin menjadi kontraindikasi pemberian medikasi | | 4 | Identifikikasi klien, minta klien menyebutkan nama dan bandingkan dengan kartu obat dan gelang klien | Memastikan benar klien yang mendapat medikasi | | 5 | * Jelaskan tindakan yang akan dilakukan * Kaji pengetahuan klien tentang kesehatan dan penggunaan obat-obatan * Beri kesempatan klien untuk bertanya | Menentukan kebutuhan klien tentang pendidikan kesehatan. Juga dapat membantu mengidentifikasi kebutuhan terapi medikasi dirumah. Pengkajian dapat menggungkapkan masalah medic seperti toleransi (medikasi gagal mencapai efek terapeutik, penyalahgunaan dan ketergantungan) | | 6 | Tetapkan pilihan dan toleransi terhadap cairan. Tawarkan klien tentang minuman | Menawarkan cairan dapat meningkatkan asupan cairan, kecuai jika kontrak indikasi pada klien dengan penyakit jantung, paru, atau ginjal. | | 7 | Siapkan peralatan yang dibutuhkan |  | | 8 | Periksa keakuratan dan kelengkapan kartu, format, atau huruf cetak nama obat.  Periksa prinsip medikasi (benar klien, obat, dosis, waktu, rute) laporkan jika ada ketidaksesuaian. | Program dokter adalah sumber catatan resmi obat yang akan diberikan | | 9 | Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) |  | | 10 | Mengatur posisi nyaman duduk dan menutup *siderail* tempat tidur. |  | |
| **Pelaksanaan** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | No | Prosedur | Rasional | | **Siapkan medikasi Per-oral** | | | | 1 | Cuci tangan | Mengurangi perpindahan mikroorganisme | | 2 | Atur nampan/troli obat ke luar kamar klien | Menghemat waktu dan mengurangi kesalahan | | 3 | Buka laci/rak medikasi | Obat terjaga aman dalam laci obat | | 4 | Siapkan obat untuk satu klien pada satu waktu | Mencegah kesalahan dalam menyediakan obat | | 5 | Pilih obat yang tepat dari laci. Cek kesesuaian obat yang tersedia dengan permintaan. Cek tanggal kadaluarasa obat | Mengurangi kesalahan | | 6 | Hitung dosis dengan benar. Lakukan dengan teliti dan periksa kembali hitungannya | Perhitunga lebih akurat jika informasi dari label obat ada | | 7 | Untuk menyiapkan tablet atau kapsul dari botol: tuangkan jumlah yang dibutuhkan dalam tutup botol lalu pindahkan kemangkuk obat.  \*Jangan sentuh dengan jari. Tablet atau kapsul yang lebih dapat dikembalika ke botol | Mempertahakan kebersihan obat | | 8 | Untuk menyiapkan tablet atau kapsul unit dosis, tempatkan tablet atau kapsul langsung dalam mangkok, jangan dibuka pembungkusnya. | Pembungkus mempertahankan kebersihan. Obat yang belum dibuka dapat dikembalikan ke depo farmasi jika tidak digunakan | | 9 | Tempatkan semua tablet atau kapsul yang diberikan dalam satu waktu didlam sebuah cangkir, kecuali tablet atau kapsul yang memerlukan pengkajian sebelum pemberian. | Menyimpan obat membutuhkan pengkajian sebelum diberikan membuat kebih mudah menunda pemberian jika diperlukan | | 10 | Tablet berbentuk biji dapat dibelah dengan tangan yang dibungkus sarung tangan atau dipotong menggunakan alat pemotong.  \*Buang bagian belahan tablet yang tidak diguanakn. | Mencegah kesalhan dosis pemberian | | 11 | Jika klien sulit menelan gerus tablet dapan penghancur pil. Dapat diberikan pada makanan. Jangan hancurkan obat bersalut enteric atau obat yang kerjanya terus menerus. | Obat yang berukuran besar mungkin sulit ditelan. Tablet yang telah digerus dan dicampur dengan makan lunak mudah ditelan. Obat bersalut enteric tidak didesain untuk diserap lambung. | | 12 | Kembalikan sisa obat kedalam wadah laci obat | Membaca label ketiga kalinya mengurangi kesalahan obat | | 13 | Jangan tinggalkan obat tanpa pengawasan | Perawat bettanggungjawab menyimpan obat dengan aman | | **Siapkan medikasi Cair** | | | | 1 | Cek benar obat pada label maupun sediaan. Kembalikan persediaan obat yang tersisa pada lemari obat | Mengurangi kesalahan pemberian terapi | | 2 | Kocok merata sebelum diberikan. Periksa dan buang obat yang telah menjadi kusam atau berubah warna | Mencampurkan obat | | 3 | Buka dan pindahkan tutup botol dari wadahnya dan letakkan terbalik | Mencegah kontaminasi bagian dalam tutup botol | | 4 | Pegang botol dengan label pada telapak tangan ketika menuang |  | | 5 | Pegang cangkir obat sejajar mata dan isi sampai skala yang diinginkan | Memastikan keaukuran penghitungan | | 6 | Buang cairan yang berlebih did alam mangkuk atau bak cuci piring. Seka bibir botol dengan sebet kertas. | Mencegah kontaminasi isi botol dan mencegah tutup botol melekat. | | 7 | Beberapa obat tersedia dalam wadah unit dosis. Isap cairan kedalam spuit |  | | 8 | Kembalikan sisa obat kedalam wadah laci obat | Membaca label ketiga kalinya mengurangi kesalahan obat | | 9 | Jangan tinggalkan obat tanpa pengawasan | Perawat bettanggungjawab menyimpan obat dengan aman | | **Pemberian medikasi** | | | | 1 | Posisikan klien duduk atau miring |  | | 2 | Tanyakan apakh klien ingin memegang obat pada tangannya atau dimangkuk obat sebelum memasukkan obat ke mulut | Klein akan mengenal obat karena melihat setiap obat | | 3 | Berikan minuman | Pilih cairan yang meningkatkan kenyamanan dan dapat meningkatkan asupan cairan | | 4 | Sublingual:   * Minta klien meletakkan edikasi dibawah lidah biarkan obat larut seluruhnya * Peringatkan klien untuk tidak mengunyah atau menelan tablet | * Obat diabsorbsi melalui pembuluh darahdibawah permukaan lidah. * Jika ditelan obat hancur akibat asam lambungatau detoksifikasi dengan sangat cepat oleh hati sehingga kadar terapeutik darah tidak dicapai | | 5 | Bukal:   * Minta klien meletakkan medikasi pada mukosa pipi sampai obat larut * Peringatkan klien untuk tidak mengunyah atau menelan tablet | * Obat berkerja melalui absorpsi lambat mukosa oral buka mukosa lambung | | 6 | Sebruk:   * Campurkan obat bubuk dengan cairan disisi tempat tidur dan berikan pada klien untuk diminum * Berikan bubuk atau tablet buih segera setelah larut * Anjurkan klien untuk minum | * Apabila disiapkan terlebihdahulu obat bubuk dapat gumpal dan mengeras sehingga klien sulit menelan * Buih atau busa membantu menghilangkan rasa obat yang tidak menyenangkan | | 7 | Peroral:   * Letak satu persatu medikasi pada mulut klien, jika klien tidak mampu memgang medikasi secara mandiri * Minta klien menelan langsung obat yang diberikan * Anjurkan klien untuk minum |  | | 18 | Untuk obat dengan keasaman tinggi (ex: aspirin) tawarkan cemilan tidak berlemak jita tidak ada kontraindikasi | Mengurangi iritasi lambung | | 19 | Jika tablet obat terjatuh kelantai buang dan siapkan lagi | Medikasi terkontaminasi ktika menyentuh lantai | | 20 | Temani klien sampai semua obat tertelan. Jika ragu minta klien membuka mulutnya | Perawat bertanggung jawab untuk memastikan bahwa klien mendapatkan dosis sesuai order. Jika tidak ditunggu klien mungkin meminum obat atau menyimpan medikasi, menyebabkan resiko pada kesehatan klien | | 21 | Posisikan klien yang nyaman | Menjaga kenyamanan klien | | 22 | Rapikan alat dan bahan | Mengurangi transmisi mirkroorganisme | |
| **Evaluasi** | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| **Dokumentasi** | 1. Catat tindakan yang telah dilakukan (nama, dosis, rute, obat), tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| **SUMBER PUSTAKA** | Noviestari, E. dan Supartini, Y. 2015. Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis. Singapura:Elsevier |

|  |  |
| --- | --- |
| Sop | PEMBERIAN MEDIKASI TETES HIDUNG |
| Persiapan Alat | 1. Medikasi 2. Tissue 3. Sarung tangan bersih 4. Kartu obat 5. Penlight 6. Phantom |
| Persiapan Klien & Lingkungan | 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas 2. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Beri kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman dan menutup *siderail* tempat tidur. |
| Pelaksanaan | |  |  |  | | --- | --- | --- | | No | Prosedur | Rasional | | 1 | Indentifikasi daerah sinus yang terinfeksi dengan merujuk pada catatan kesehatan | Mempengaruhi posisi klien saat penetesan obat | | 2 | Kaji riwayat kesehatan klien terkait hipertensi, pentakit jantung, Dm, dan hipertiroid | Kondisi tersebut menjadi kontraindikasi untuk penggunaan dekongestan yang dapat menstimulasi SSP. Efek samping peningkatan TD, takikardi, palpitasi, dan sakit kepala mungkin terjadi | | 3 | Identifikikasi klien, minta klien menyebutkan nama dan bandingkan dengan kartu obat dan gelang klien | Memastikan benar klien yang mendapat medikasi | | 4 | Inspeksi kondisi hidung dan sinus menggunakan penlight  Palpasi kekakuan sinus | Memberika batas bawah untuk memonitor efek medikasi. Adanya discharge menggangu absorbs medikasi | | 5 | Kaji pengetahuan klien tentang kesehatan dan penggunaan obat tetes hidung dan adanya keinginan untuk belajar | Menentukan kebutuhan klien tentang pendidikan kesehatan. Motivasi mempengaruhi pendekatan pembelajaran | | 6 | Jelaskan posisi dan sensasi yang mungkin dirasakan klien, seperti terbakar atau tersengat pada mukosa atau sensasi tersedak bersamaan dengan masukkan medikasi kedalam tenggorokan. | Membantu klien mengantisipasi pengalaman tidak menyenangkan | | 7 | Cuci tangan | Mengurangi transmisi mikroorganisme | | 8 | Dekatkan alat |  | | 9 | Intruksikan klien untuk membersihkan hidung atau meniup secara perlahan kecuali ada kontraindikasi (resiko perdarahan) | Mengeluarkan secret dan lender yang dapat menghalangi medikasi | | Berikan tetes hidung | | | | 10 | Posiiskan klien supine | Posiis membebaskna akses ke saluran hidung | | 11 | Posisikan kepala dengan benar:   * Untuk akses ke faring posterior tengadahkan kepala klien ke belakang * Untuk akses ke sinus ethmoid ata sphenoid tengadahkan kepala ke belakang sampai tepi tempat tidur atau letakkan bantal kecil dibawah bahu klien dan tengadahkan kepala kebelakang * Untuk akses ke sinus frontal dan maxilla tengadahkan kepala klien kebelakang sampai tepi tempat tidur atau letakkan bantal dengan kepala menghadap kearah yang akan diobati | Posisi memfasilitasi mendikasi untuk bermuara pada sinus yang terinfeksi | | 12 | Tahan kepala klien dengan tangan non-dominan | Mencegah kekauan leher | | 13 | Intruksikan klien bernapas melalui mulut | Bernapas melalui mulut mengurangi terjadinya aspirasi obat tetes hidung kedalam trakea dan paru | | 14 | Pegang penates hidung 1cm diatas lubang hidung dan teteskan sejumlah yang diresepkan melalui tulang ethmoid | Menghindari kontaminasi alat tetes hidung. Menteskan pada tulang ethmoid memasilitasi distribusi medikasi sepanjang mukosa hidung | | 15 | Minta klien tetap dalam posisi supin selama 5 menit | Mencegah kehilangan dini medikasi melalui lubang hidung | | 16 | Tawarkan tisu wajah untuk meinup hidung setelah beberapa menit | Memfasilitasi jumlah maximal medikasi | | 17 | Posisikan klien yang nyaman | Menjaga kenyamanan klien | | 18 | Rapikan alat dan bahan | Mengurangi transmisi mirkroorganisme | |
| Evaluasi | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| Dokumentasi | 1. Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| SUMBER PUSTAKA | Noviestari, E. dan Supartini, Y. 2015. Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis. Singapura:Elsevier |

|  |  |
| --- | --- |
| Sop | PEMBERIAN MEDIKASI MATA |
| Persiapan Alat | 1. Medikasi mata (salep, tetes) 2. Bola kapas atau tisu 3. Baskom berisi air hangat dan handuk kecil 4. Penutup mata 5. Sarung tanagn berih 6. Kartu obat |
| Persiapan Klien & Lingkungan | 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas 2. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Beri kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman dan menutup *siderail* tempat tidur. |
| Pelaksanaan | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | No | Prosedur | | Rasional | | | 1 | Identifikikasi klien, minta klien menyebutkan nama dan bandingkan dengan kartu obat dan gelang klien | | Memastikan benar klien yang mendapat medikasi | | | 2 | Kaji kondisi truktur mata eksternal | | Mengindikasi kebutuhan umtuk membersihkan mata sebelum medikasi | | | 3 | Indetifikasi adanya alergi obat | | Melindungi klien dari resiko alergi | | | 4 | Mengkaji apakah klien memiliki gejala gangguan penglihatan | | Obat mata bekerja untuk mengurangi atau memperparah kondisi | | | 5 | Kaji pengetahuan klien tentang kesehatan dan penggunaan obat tetes hidung dan adanya keinginan untuk belajar | | Menentukan kebutuhan klien tentang pendidikan kesehatan. Motivasi mempengaruhi pendekatan pembelajaran | | | 6 | Kaji kemampuan klien memgang medikasi | | Merefleksikan memapuan klien untuk melakukan sendiri | | | 7 | Cuci tangan | | Mengurangi transmisi mikroorganisme | | | 8 | Dekatkan alat | |  | | | 9 | Posisikan supine atau duduk di kursi dengan kepala hiperekstensi | | Posisi mempermudah akses ke mata untuk pemberian medikasi dan mengurangi cairan medikasi melewati kelenjar air mata | | | 10 | Jika ada kotoran atau cairan disepanjang garis kelopak mata pada kantus dalam dan luar, cuci dengan lembut. Basahi kotoran yang kering hapus dari dalam ke luar kantus | | Kotoran atau cairan tempat mikroorganisme. Pencuciian dapat menghilangkan kotoran dan membersihkan dari dalam keluar menegah masukkan mikroorgnasim ke dalam larutan lakrimal | | | 11 | Pegang bola kapas dan letakkan pada tulang pipi dibawah kelopak mata, dengan lembut tarik kebawah | | Teknik membuka kantung konjungtiva dan menvegah jari menyentuh mata. | | | 12 | Minta klien melihat ke atas | | Teknik menarik kornea untuk menghindari stimulasi kedip | | | 13 | Memberikan medikasi | | | | |  | Memberikan obat tetes mata | | | | | A | Dengan tangan dominan diletakkan di atas dahi klien, pegang obat tetes 1-2 cm diatas kantung konjungtiva | Membanyu mencegah kontak yang disengaja antara alat tetes mata dengan struktur mata dan mengurangi resiko injuri. | | | B | Teteskan medikasi sesuai resep | Secara normal mampu menampung 1-2 tetes | | | C | Jika klien mengedip atau menutup mata atau tetesan jatuh diluar kelopka ulangi | Efek terapeuyik didapatkan jika tetesan masuk ke kantung konjungtiva | | | D | Setelah pemberian tetesan minta kliuen menutup mata | Membantu mendistribusikan medikasi | | | E | Ketika pemberian medikasi memberika efek sistemik, berika tekanan lembut dengan jari dan bersihkan jaringan pada sal nasolaktrimal (30-60 detik) | Mencegah aliran medikasi masuk ke hidung dan faring | | |  | Memberikan salep mata | | | | | A | Pegang salep diatas batas kelopak mata, oleskan tipis salep secara merata disepanjang tepi dalam kelopak mata pada konjungtiva dari kantus dalam ke kantus luar | | Mendistribusikan medikasi secara merata | | | B | Minta klien menutup mata dan menggosok kelopak secara sirkular perlahan dengan kapas jika tidak ada konrtraindikasi | | Mendistribusikan medikasi lebih jauh tanpa melukai mata | | | 14 | Jika kelebihan medikasi tertinggal basuh secara perlahan dari dalam keluar kantus | | Meningkatak kenyamanan pada mata | | | 15 | Jika klien memiliki penutup mata maka dapat dipakai tanpa menekan mata | | Penutup mata yang bersih mengurangi resiko infeksi | | | 16 | Posisikan klien yang nyaman | | Menjaga kenyamanan klien | | | 17 | Rapikan alat dan bahan | | Mengurangi transmisi mirkroorganisme | | |
| Evaluasi | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| Dokumentasi | 1. Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| SUMBER PUSTAKA | Noviestari, E. dan Supartini, Y. 2015. Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis. Singapura:Elsevier |

1. Lembar Kerja
2. Lakuan pemberian obat tetes mata pada teman anda, catat hasil respon klien!
3. Sebutkan perbedaan pemberian obat secara bukal dan sublingual!

Jawaban:

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

4.3 Pemberian Obat Topikal

1. Konsep

Rute pemberian ini mencapai efek sistemik dengan pemakaian obat pada kulit, biasanya melalui suatu “transdermal patch”. Kecepatan absorbsi sangat bervariasi tergantun pada sifat-sifat fisik kulit pada tempat pemberian. Cara pemberian obat ini paling sering digunakan untuk pengiriman obat secara lambat

1. Tujuan

* Mempertahankan hidrasi peermukaan kulit, melindungi bagian atas kulit
* Mengurangi iirtasi kulit lokal
* Membuat anentesi lokal mengobati infeksi, abrasi atau infeksi

1. Indikasi Tindakan

* Pasien dengan keluhan pada daerah kulit
* Sebelum dilakukan operasi minor atau tindakan pada kulit

1. SOP

|  |  |
| --- | --- |
| **Sop** | **Pemberian obat Topikal** |
| **Persiapan Alat** | * Obat pada tempatnya (cairan/ gel, bedak. Salap)     Kain kasa    Kertas tisu    Pengalas    Air sabun dan air hangat |
| **Persiapan Klien & Lingkungan** | 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas 2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Memberi kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman |
| **Pelaksanaan** | 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Cuci tangan 3. Gunakan sarung tangan 4. Bersihkan daerah yang akan diberi obat dengan air hangat(bila terdapat kilit yang mengeras)atau air sabun 5. Berikan obat sesuai indikasi dan cara pemakaian, seperti mengoleskan, mengompres.   Cara Mengompres    Pakailah kain kompres yang halus, putih dan bersih.    Rendam kain ini kedalam cairan dan kain kompres    Kain bsah di letakan diatas lesi selama 1 menit dan  diuangi 4-6 kali sehari. Kain kompres dapat dipakai lagi setelah di cuci dan dikeringkan   1. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan 2. Catat prosedur dan respon pasien |
| **Evaluasi** | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| **Dokumentasi** | 1. Catat jenis tindakan yang telah dilakukan, hasil, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| **SUMBER PUSTAKA** | 1. Kasiati dan Rosmalawati, Ni Wayan. Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Kebutuhan Dasar Manusia 1. 2016. Jakarta.Pusdik SDM Kesehatan 2. Rebeiro, Geraldine dkk. 2015. Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis Edisi Indonesia. Elsevier:Singapura 3. Potter dan Perry. 2010. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Volume 1 Edisi 4. EGC: Jakarta |

* 1. Pemberian Medikasi Injeksi

1. Pendahuluan

Injeksi adalah sediaan steril berupa larutan, emulsi atau suspensi atau serbuk yang harus dilarutkan atau disuspensikan lebih dahulu sebelum digunakan, yang disuntikkan secara merobek jaringan ke dalam kulit atau melalui kulit atau selaput lendir. Pemberian injeksi merupakan prosedur invasif yang harus dilakukan dengan menggunakan teknik steril.

1. Tujuan

mempercepat proses penyerapan (absorbsi) obat untuk mendapatkan efek obat yang cepat.

1. Indikasi Tindakan

Pasien rawat inap yang membtuhkan efek terapi yang cepat

|  |  |
| --- | --- |
| sop | Pemberian Injeksi |
| Persiapan Alat | 1. Spuit 1ml, 3 ml, 5ml 2. Alcohol swab 3. Medikasi (ampul atau vial) 4. Tourniquet 5. Sarung tangan bersih |
| Persiapan Klien & Lingkungan | 1. Telaah order medikasi sesuai resep (terkait nama klien, nama obat, dosis, waktu dan rute pemberian) 2. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas (minta klien menyebutkan nama) 3. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan dan kemungkinana timbul rasa tidak nyaman seperti terbakar atau rasa tersengat 4. Kaji riwayat klien terhadap alergi obat 5. Kaji kontraindikasi:    * + Injeksi SC: kaji factor syok sirkulasi atau berkurangnya perfusi jaringan local. Kaji keadekuatan jaringan lemak klien      + Injeksi IM: kaji factor atropiotot, berkurangnya aliran darah atau syok sirkulasi.      + Injeksi IV: kaji adanya infiltrasi atau plebitis 6. Beri kesempatan klien untuk bertanya 7. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 8. Mengatur posisi nyaman dan menutup *siderail* tempat tidur 9. Siapkan medikasi |
| Pelaksanaan | |  |  |  | | --- | --- | --- | | No | Prosedur |  | | 1 | Cuci tangan dan gunakan sarung tangan bersih (jika perlu) |  | | 2 | Pilih area injeksi dengan tepat. Inspeksi permukaan kulit terkait adanya lebam, inflamasi, atau edema  Subkutan:  Palpasi area terkait adanya masa atau perlunakan, hindari area tersebut. Untuk injeksi yang dilakukan sering anjurkan rotasi area. Ukur lipatan lemak dan gunakan jarum dengan panjang setetngah dari ukuran lipatan  Intramuskular:  Kaji ukuran, pelunakan dan kekakuan otot, hindari area tersebut. Untuk injeksi yang dilakukan sering anjurkan rotasi area.  Intradermal:  Kaji lesi atau perubahan warna lengan. Pilih area tiga taua empar jari dibawah antecubiti dan satu lebar tangan diatas pergelangan tangan.  Intavena:  Kaji perlukaan atau kebutuha integritas kulit. Kaji area injeksi pada kantung atau botol cairan intavena maupun selang infus |  | | 3 | Posisikan nyaman:  Subkutan:  Minta klien merelaksasikan lengan, kaki, abdomen, atau tergantung area yang akan diinjeksi  Intramuskular:  Minta klien berbaring lurus, miring atau pronasi tergantung area yang dipilih  Intradermal:  Minta klien mengekstensikan siku dan menyangga siku dan lengan pada permukaan datar  Intavena:  Minta klien relakasasi terhadap area injeksi |  | | 4 | Bersihkan area yang akan diinjeksi. Disinfeksi area dengan alcohol swab secara sirkuler ke luar |  | | 5 | Pengang spuit berisi medikasi  Subkutan:  Pegang seperti panah atau telapak tangan kebawah  Intramuskular:  Pegang seperti panah atau telapak tangan kebawah  Intradermal:  Pegang bevel jarum menghadap keatas  Intavena:  Pegang bevel jarum menghadap keatas atau lepasakan jarum dati spuit dan Pegang seperti panah atau telapak tangan kebawah |  | | 6 | Administrasi injeksi  Subkutan:   1. Gunakan spuit 1-3ml 2. Untuk klien dengan ukuran tubuh rata-rata, tarik kulit sepanjang area injeksi atau cubit kulit dengan tangan nondominan. Suntikkan jarum dengan sudut 45-90 derajat, kemudian lepaskan cubitan 3. Untuk klien dengan ukuran tubuh obesitas cubit kulit dengan tangan nondominan. Suntikkan jarum dengan sudut 90 derajat, kemudian lepaskan cubitan   Intramuskular:   1. Gunakan spuit 1-3ml 2. Tangan non dominan menatik kulit kebawah untuk memberikan area suntikan Z track 3. Jika masa otot klien sedikit cubit otot tubuh 4. Injeksikan jarum dengan sudut 90 derajat. Setelah jarum masuk pindahkan tangan non-dominan memegang spuit dan tangan dominana melakukan aspirasi. Jika terdapat darah maka lokasi injeksi tidak tepat dan cabut jarum ulangi prosedur. 5. Jika tidak terdapat darah injeksikan medikasi secara perlahan 6. Lepaskan jarum   Intradermal:   1. Gunakan spuit 1ml 2. Tangan non-dominana merentangkan area injeksi 3. Injkesi spuit dengan sudut 5-15 derajat masukkan dibawah permukaan kulit sehingga tampak ujung jarum terlihat dikulit 4. Injeksikan sekita 3mm secara perlahan dengan bevel jarum menghadap keatas. Secara normal akan terjadi retensi 5. Perhatikan terjadinya gelembung terbentuknya gelembung   Intravena   1. Gunakan spuit 5-10 ml 2. Minta klien menggengam dengan kuat 3. Tangan nondominan menarik kulit bagian bawah area injeksi (dengan bantuan tourniquet) 4. Injeksikan spuit dengan 30-45 derajat dengan bevel jarum menghadap keatas 5. Pindahkan tangan nondominan memegang spuit dan tangan dominan melakukan aspirasi. Jika tidak terdapat darah pasa ujung spuit lakukan reposisi. 6. Jika terdapat darah pada spuit injeksikan medikasi secara perlahan   Intravena bolus injeksi:   1. Buka port injeksi pada selang infus dan lakukan disinfeksi 2. Injeksikan spuit tanpa jarum dan biarkan infus tetap mengalir dan pastikan medikasi tidak redluks kedalam selang infus 3. Tutup kembali port injeksi |  | | 7 | Keluarkan jarum dan usap medikasi yang keluar |  | | 8 | Jangan memijat area injeksi SC, IM, dan ID. Tekan ringan pada area injeksi IV |  | | 9 | Posisikan klien |  | | 10 | Rapikan alat:   1. Buang jarum pada box safety 2. Buang spuit dan sampah medis 3. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan |  | |
| Evaluasi | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| Dokumentasi | 1. Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| SUMBER PUSTAKA | 1. Kasiati dan Rosmalawati, Ni Wayan. Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Kebutuhan Dasar Manusia 1. 2016. Jakarta.Pusdik SDM Kesehatan 2. Rebeiro, Geraldine dkk. 2015. Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis Edisi Indonesia. Elsevier:Singapura 3. Potter dan Perry. 2010. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Volume 1 Edisi 4. EGC: Jakarta |

* 1. Pemberian Medikasi suppositoria

1. Konsep

Suppositoria adalah obat solid (padat) berbentuk peluru yang dirancang untuk dimasukkan ke dalam anus/rektum (suppositoria rektal), vagina (suppositoria vagina) atau uretra (suppositoria uretra). Suppositoria umumnya terbuat dari minyak sayuran solid yang mengandung obat. Suppositoria rektal akan hancur atau larut dalam suhu tubuh, dan akan menyebar secara bertahap ke lapisan usus rendah (rektum), dimana disana ia akan diserap oleh aliran darah. (Pembahasan kali ini khusus untuk suppositoria rektal).

Suppositoria rektal bertindak secara sistemik, atau sebagai alternatif dari obat-obat oral (misalnya ketika seseorang tidak mampu mengonsumsi obat melalui mulut). Obat ini mudah diserap di dalam rektum karena rektum kaya akan pembuluh darah.

1. Tujuan
2. Memberikan efek lokal dan sistemik.
3. Tindakan pengobatan ini disebut pemberian obat supositoria yang bertujuan untuk mendapatkan efek terapi obat.
4. Menjadikan lunak pada daerah feses dan merangsang buang air besar.
5. Pemberian obat ini diberikan tepat pada dinding rektal yang melewati sfingter ani interna.
6. Indikasi Tindakan
7. Mengobati gejala-gejala rematoid, spondistis ankiloksa, gout akut dan osteoritis.
8. Untuk pengobatan konstivasi, wasir.
9. Untuk efek sistematik seperti mual dan muntah.
10. Kontra indikasi Tindakan
11. Pasien yang menderita ulkus pentrikum atau peradangan aktif (inflamasi akut) pada saluran cerna.
12. Bionkospasme berat atau pasien dengan riwayat asma bronchial atau alergi.
13. Gagal fungsi ginjal dan hati yang berat.
14. Supositoria sebaiknya tidak di gunakan pada penderita piotitis atau hemoroid.
15. Pembedahan rektal.
16. Hipersensitif terhadap ketoprofen, esetosal dan ains lain

|  |  |
| --- | --- |
| **Sop** | **Pemberian obat Suppositoria** |
| **Persiapan Alat** | a) Supositoria rektal atau tube salep dan aplikator salep  b) Catatan pasien dan daftar obat pasien  c) Bantalan kassa ukuran 10 cm x 10cm  d) Sarung tangan  e) Pelumas dalam larutan air  f) Pilihan : pispot |
| **Persiapan Klien & Lingkungan** | 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas 2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Memberi kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman |
| **Pelaksanaan** | 1. Periksa kembali order pengobatan mengenai jenis pengobatan waktu, jumlah dan dosis obat. 2. Siapkan pasien 3. Identifikasi pasien dengan tepat dan tanyakan namanya 4. Berikan penjelasan pada pasien dan jaga privasi pasien 5. Atur posisi pasien dalam posisi sim dengan tungkai bagian atas fleksi ke depan 6. Tutup dengan selimut mandi, panjangkan area parineal saja 7. Kenakan sarung tangan 8. Buka supositoria dari kemasannya dan beri pelumas pada ujung bulatan dengan jeli, beri pelumas sarung tangan pada jari telunjuk dan tangan dominan anda. 9. Minta pasien untuk menarik nafas dalam melalui mulut dan untuk merelaksasikan sfingterani. Mendorong supositoria melalui spinter yang kontriksi menyebabkan timbulnya nyeri 10. Regangkan bokong pasien dengan tangan dominan, dengan jari telunjuk yang tersarungi, masukan supusitoria ke dalam anus melalui sfingterani dan mengenai dinding rektal 10 cm pada orang dewasa dan 5 cm pada bayi dan anak-anak. 11. Anak supositoria harus di tetapkan pada mukosa rectum supaya pada pasiennya di serap dan memberikan efek terapeutik 12. Tarik jari anda dan bersihkan areal anal pasien dcngan tisu. 13. Anjurkan pasien untuk tetap berbaring terlentang atau miring selama 5 menit untuk mencegah keluarnya suppositoria 14. Jika suppositoria mengandung laktosit atau pelunak fases, letakan tombol pemanggil dalam jangkauan pasien agar pasien dapat mencari bantuan untuk mengambil pispot atau ke kamar mandi 15. Buang sarung tangan pada tempatnya dengan benar 16. Cuci tangan 17. Kaji respon pasien 18. Dokumentasikan seluruh tindakan. |
| **Evaluasi** | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| **Dokumentasi** | 1. Catat jenis tindakan yang telah dilakukan, hasil, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| **SUMBER PUSTAKA** | 1. Kasiati dan Rosmalawati, Ni Wayan. Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Kebutuhan Dasar Manusia 1. 2016. Jakarta.Pusdik SDM Kesehatan 2. Rebeiro, Geraldine dkk. 2015. Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis Edisi Indonesia. Elsevier:Singapura 3. Potter dan Perry. 2010. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Volume 1 Edisi 4. EGC: Jakarta |

Lembar Kerja

1. Lakuan pemberian obat injeksi pada teman anda, catat respon klien!
2. Lakukan pemberian obat topical pada teman anda, catat respon klien!

Jawaban:

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

**BAB IV : Perawatan Luka Sederhana**

* 1. **Pendahuluan**

Kesehatan yang baik juga dipengaruhi oleh lingkungan yang aman. Pelayanan kesehatan merupakan lingkungan dengan resiko infeksi yang tinggi bagi klien maupun petugas kesehatan. Hal ini disebabkan oleh adanya penurunan daya tahan tubuh terhadap infeksi mikroorganisme dan peningkatan paparan terhadap mikroorganisme penyebab penyakit dan prosedur invasif. Praktik pencegahan dan pengendalian infeksi yang efektif mampu mengurangi dan meminimalisir terjadinya penyebaran infeksi dan memberikan perlindungan bagi klien dan tenaga kesehatan dari penyakit.

Pendidikan dan promosi kesehatan tentang infeksi, penularan, dan pencegahan penting untuk klien, keluarga dan petugas kesehatan dalam mengenali sumber infeksi dan penatalaksanaan prosedur proteksi. Tenaga kesehatan diwajibkan mampu melindungi diri sendiri dan klien terhadap bahan yang infeksius atau paparan terhadap penyakit menular dengan memahami proses infeksi serta menerapkan standar pencegahan yang berlaku.

* 1. **Konsep**

Rawat luka adalah tindakan perawatan mencuci, membuang jaringan mati serta membalut luka yang dilakukan berdasarkan hasil pengkajian luka dan disesuaikan dengan kondisi luka pada saat itu.

Fase penyembuhan luka:

1. Fase infl amasi

* Hari ke-0 sampai 5.
* Respons segera setelah terjadi injuri berupa pembekuan darah untuk mencegah kehilangan darah.
* Karakteristik: tumor, rubor, dolor, *color, functio laesa.*
* Fase awal terjadi hemostasis.
* Fase akhir terjadi fagositosis.
* Lama fase ini bisa singkat jika tidak terjadiinfeksi.

1. Fase proliferasi atau epitelisasi

* Hari ke-3 sampai 14.
* Disebut juga fase granulasi karena ada nya pembentukan jaringan granulasi; luka tampak merah segar, mengkilat.
* Jaringan granulasi terdiri dari kombinasi: fi broblas, sel infl amasi, pembuluh darah baru, fi bronektin, dan asam hialuronat.
* Epitelisasi terjadi pada 24 jam pertama ditandai dengan penebalan lapisan epidermis pada tepian luka.
* Epitelisasi terjadi pada 48 jam pertama pada luka insisi.

1. Fase maturasi atau *remodelling*

* Berlangsung dari beberapa minggu sampai 2 tahun.
* Terbentuk kolagen baru yang mengubah bentuk luka serta peningkatan kekuatan jaringan *(tensile strength).*
* Terbentuk jaringan parut (*scar tissue*) 50-80% sama kuatnya dengan jaringan sebelumnya.
* Pengurangan bertahap aktivitas seluler dan vaskulerisasi jaringan yang mengalami perbaikan.

Prinsip perawatan luka :

* 1. Evaluasi luka
  2. Pencucian luka
  3. Pemberian antiseptik
  4. Penggunaan wound dressing (balutan)
  5. Pemberian antibiotik

Balutan Luka (Wound Dressing):

1. Dressing primer

Yaitu dressing yang diletakkan secara langsung diatas permukaan luka

1. Dressing sekunder

Yaitu dressing yang tidak kontak secara langsung dengan luka tetapi diletakkan diatas dressing primer. Biasanya digunakan untuk memfiksasi atau melindungi dressing primer.

* 1. **Perawatan Luka Sederhana**

1. Tujuan
   * + Mengoptimalkan kenyamanan dan keamanan pasien.
     + Mengurangi resiko komplikasi.
     + Mempercepat proses penyembuhan luka.
2. Indikasi Tindakan
   * + Pasien dengan luka seperti luka operasi dengan jahitan, luka laserasi, luka dekubitus, ulkus diabetik, dan sebagainya.
     + Balutan kotor.
3. Kontra indikasi Tindakan
4. Komplikasi
5. SOP

|  |  |
| --- | --- |
| **sop** | **Perawatan Luka Sederhana** |
| **Persiapan Alat** | 1. Set steril  * Gunting jaringan * Pinset anatomis (2) * Pinset sirurgis (1) * Kom * kassa  1. Gunting verban 2. Bak instrumen 3. Bengkok 4. Handscoon bersih 5. Handscoon steril 6. Underpad/perlak 7. Cairan fisiologis/pencuci luka 8. Topical terapi (sesuai kebutuhan) 9. Kassa gulung 10. Elastic bandage 11. Plester 12. Korentang 13. Tempat sampah medis |
| **Persiapan Klien & Lingkungan** | * + 1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan memeriksa identitas     2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan     3. Memberi kesempatan klien untuk bertanya     4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel)     5. Mengatur posisi nyaman |
| **Pelaksanaan** | 1. Perawat mencuci tangan 2. Memakai handscoon bersih 3. Meletakkan underpad/perlak dibawah luka 4. Mendekatkan bengkok atau siapkan kantong sampah 5. Membuka balutan dengan hati-hati, jika kesulitan basahi dengan Ns 0,9% 6. Membuang balutan yang kotor ke dalam bengkok atau kantong sampah. 7. Mengkaji kondisi luka  * Eksudat dan bau * Warna dasar luka * Ukuran luka * Kulit sekitar luka  1. Melepaskan sarung tangan dengan bagian dalamnya berada di luar dan buang didalam bengkok. 2. Mendekatkan set steril pada tempat tidur klien. 3. Memakai sarung tangan steril 4. Membersihkan luka dengan Ns 0,9% atau cairan antiseptik. Bersihkan dari area yang kurang terkontaminasi ke area yang paling terkontaminasi. Gunakan kassa lain untuk tiap usapan. 5. Melakukan debridemen untuk membuang jaringan yang mati pada luka. Letakkan kasa didekat luka untuk membuang jaringan yang mati. 6. Membersihkan dan mengeringkan luka menggunakan kassa steril. 7. Memberikan obat topikal yang sesuai dengan kondisi luka 8. Menutup luka dengan kassa steril 9. Menutup dengan perekat/kassa gulung/elastic bandage 10. Memberitahu klien apabila prosedur telah selesai 11. Kembalikan posisi klien 12. Merapikan alat 13. Lepaskan handscoon 14. Perawat mencuci tangan |
| **Evaluasi** | 1. Evaluasi hasil subjektif dan objektif 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik |
| **Dokumentasi** | 1. Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat |
| **SUMBER PUSTAKA** | 1. Ruth A. Bryant, Denise P. Nix. 2007. Acute and Chronic Wounds. 3rd edition. Mosby 2. Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). Fundamental Keperawatan (3-vol set) . Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd. |

Lembar Kerja

1. Evaluasi tindakan rawat luka sederhana yang dilakukan oleh teman anda, catat hasil evaluasi pada lembar jawaban!

Jawaban:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |