



**MODUL  
PRAKTIKUM LABORATORIUM  
MATA KULIAH KEPERAWATAN MEDIKAL  
BEDAH I**



**KODE M.K: WAT 3.E03**

**AKADEMI KEPERAWATAN FATMAWATI  
JAKARTA  
TAHUN 2020**

Jl. Margasatwa H.Beden No. 25 Pondok Labu Cilandak Jakarta Selatan 12450,  
Telp. (021) 766 0607, Fax. (021) 7591 3075  
Email: akfat\_ykf@yahoo.co.id

# **MODUL**

## **PRAKTIKUM LABORATORIUM MATA KULIAH KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH I**



**KODE M.K: WAT 3.E03**

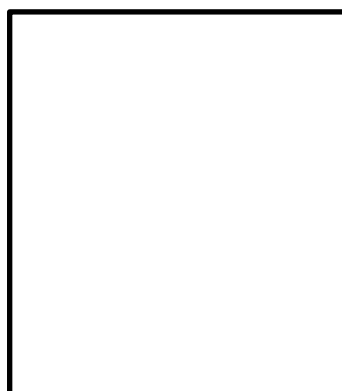
Modul ini disusun sebagai Pegangan bagi Mahasiswa dalam Melaksanakan  
Praktikum Laboratorium Keperawatan Medikal Bedah I

**Disusun Oleh:**

Zahri Darni, MKep  
Ns. DWS Suarse Dewi M.Kep, Sp.Kep.MB

**AKADEMI KEPERAWATAN FATMAWATI  
JAKARTA  
TAHUN 2020**

## **DATA PEMILIK BUKU**



NAMA : .....

NIM : .....

TINGKAT : .....

SEMESTER : .....

**AKADEMI KEPERAWATAN FATMAWATI  
JAKARTA  
2020**

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan Modul Praktikum Laboratorium Keperawatan Medikal Bedah I (KMB I).

Modul Praktikum Laboratorium Keperawatan Medikal Bedah I ini merupakan buku panduan yang diperlukan bagi mahasiswa agar dapat dengan mudah memahami dan mengaplikasikan keterampilan di Laboratorium Akper Fatmawati. Modul ini merupakan modul dengan edisi kedua yang berisikan prosedur tindakan yang telah disesuaikan dengan Kurikulum D3 Keperawatan Update tahun 2018 dan pelaksanaan simulasi tindakan di laboratorium juga disesuaikan dengan kondisi Pandemi Covid-19 dengan menerapkan protokol kesehatan sesuai dengan anjuran Pemerintah.

Dalam penyusunan modul ini, kami banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan kali ini kami mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ns. DWS Suarse Dewi M.Kep. Sp.Kep.MB, selaku Direktur Akper Fatmawati Jakarta.
2. Teman-teman pengajar Keperawatan Medikal Bedah I Akper Fatmawati.
3. Teman-teman dosen dan karyawan Akper Fatmawati.
4. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan modul ini yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu.

Akhirnya kami berharap semoga modul ini dapat bermanfaat bagi kita dalam mengembangkan profesionalisme keperawatan di Indonesia.

Jakarta, 20 Agustus 2020

**Tim Penyusun**

## **SINOPSIS**

Modul praktikum laboratorium mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah I ini disusun berdasarkan Kurikulum D-3 Keperawatan Update tahun 2018 yang terdiri dari 2 SKS praktikum. Di dalam modul ini akan dijelaskan prosedur tindakan system kardiovaskuler, pernafasan, pencernaan, penglihatan dan pendengaran.

Prosedur tindakan pada sistem kardiovaskulr meliputi pemeriksaan fisik sistem kardiovaskuler, perekaman EKG, pengambilan specimen darah vena dan arteri, memberikan transfusi darah, obat-obatan, menilai CVP dan pemasangan infus. Prosedur tindakan pada sistem pernapasan meliputi pemeriksaan fisik pernapasan, mengatur posisi semi fowler, fowler, fisioterapi dada, pemberian oksigen, prosedur inhalasi, suction dan perawatan WSD.

Prosedur tindakan pada sistem pencernaan meliputi melakukan pemeriksaan fisik sistem pencernaan, melakukan pengambilan tinja secara manual, perawatan kolostomi, pemasangan dan perawatan NGT, melakukan bilas lambung dan perawatan luka post operasi. Prosedur tindakan pada sistem pendengaran dan penglihatan terdiri dari pemeriksaan fisik pendengaran dan penglihatan, memberikan obat tetes telinga dan mata, prosedur irigasi telinga dan mata serta prosedur perawatan post op mata.

## **VISI, MISI, TUJUAN PROGRAM STUDI**

### **A. Visi**

Menjadi Institusi Penyelenggara Pendidikan Tinggi DIII Keperawatan yang menghasilkan lulusan perawat terampil di tatanan layanan keperawatan serta unggul dalam memberikan asuhan keperawatan Orthopedi Tahun 2030.

### **B. Misi**

1. Melakukan proses pendidikan dengan pendekatan berbasis kompetensi dengan unggulan keperawatan Orthopedi.
2. Melaksanakan strategi pembelajaran yang mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran terkini.
3. Menyiapkan SDM yang memiliki kualifikasi sesuai dengan bidangnya.
4. Menyediakan sarana dan prasarana yang lengkap dalam mendukung pengelolaan pembelajaran khususnya perawatan orthopedi.
5. Melaksanakan penelitian keperawatan.
6. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat bersama dengan mahasiswa di daerah binaan dalam bentuk seminar dan penyuluhan kesehatan.

### **C. Tujuan**

1. Menghasilkan lulusan yang terampil dalam memberikan asuhan keperawatan secara umum dan khususnya keperawatan orthopedi berdasarkan kode etik profesi.
2. Tersusunnya kurikulum berbasis kompetensi dengan unggulan keperawatan orthopedi.
3. Tersedianya sumber daya manusia yang sesuai dengan bidang keahliannya.
4. Tersedianya sarana dan prasarana untuk mendukung pengelolaan pembelajaran.
5. Terlaksananya penelitian keperawatan.
6. Terlaksananya kegiatan pengabdian masyarakat.

#### **D. Profil Lulusan**

Sebagai perawat pelaksana asuhan keperawatan pada individu, keluarga dan kelompok khusus ditatanan klinik dan komunitas yang memiliki keunggulan perawatan orthopedi dan memiliki kemampuan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia yang meliputi aspek bio, psiko, sosio, kultural dan spiritual dalam kondisi sehat, sakit serta kegawatdaruratan berdasarkan ilmu dan teknologi keperawatan dengan memegang teguh kode etik keperawatan serta menjunjung tinggi nilai-nilai moral: kejujuran, kedisiplinan, kerja keras, kepedulian dan kemandirian.

## DAFTAR ISI

<b>PENYUSUN.....</b>	<b>i</b>
<b>DATA PEMILIK BUKU.....</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iii</b>
<b>SINOPSIS.....</b>	<b>iv</b>
<b>VISI MISI.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>

### **A. SISTEM KARDIOVASKULER**

1. Pemeriksaan fisik sistem kardiovaskuler.....	6
2. Prosedur perekaman EKG.....	18
3. Prosedur pengambilan spesimen darah arteri dan vena.....	29
4. Prosedur memberikan transfusi darah.....	36
5. Prosedur medikasi.....	58
6. Prosedur menilai CVP.....	71
7. Prosedur pengukuran JVP.....	77
8. Prosedur pemasangan infus.....	80

### **B. SISTEM PERNAFASAN**

1. Pemeriksaan fisik sistem pernafasan .....	92
2. Prosedur mengatur posisi semi fowler.....	97
3. Prosedur mengatur posisi fowler.....	100
4. Prosedur fisioterapi dada.....	108
5. Prosedur pemberian terapi oksigen.....	117
6. Prosedur inhalasi.....	120
7. Prosedur suction.....	125
8. Prosedur perawatan WSD.....	134



### **C. SISTEM PENCERNAAN**

1. Prosedur pemeriksaan fisik sistem pencernaan .....139
2. Prosedur melakukan tinja secara manual..... 144
3. Prosedur perawatan kolostomi.....148
4. Prosedur pemasangan dan perawatan selang NGT.....153
5. Prosedur memberikan makan melalui selang NGT.....159
6. Prosedur melakukan bilas lambung.....162
7. Prosedur perawatan luka post operasi.....165

### **D. SISTEM PENDENGARAN**

1. Pemeriksaan fisik sistem pendengaran.....175
2. Prosedur memberikan obat tetes telinga.....182
3. Prosedur irigasi telinga.....187

### **E. SISTEM PENGLIHATAN**

1. Pemeriksaan fisik sistem penglihatan.....193
2. Prosedur memberikan obat tetes mata .....199
3. Prosedur irigasi mata.....203
4. Prosedur perawatan post op mata.....208

### **Daftar Pustaka**

### **PENJELASAN MELAKUKAN PEER**

1. Setiap mahasiswa wajib melakukan prosedur tindakan sesuai dengan format PA yang ada dalam modul Keperawatan Medikal Bedah I.
2. Satu hari sebelum melakukan peer mahasiswa mengajukan permohonan ijin penggunaan laboratorium dan peminjaman alat-alat kepada penanggungjawab laboratorium dan merapikan kembali alat-alat yang telah digunakan
3. Setiap mahasiswa yang melakukan peer di laboratorium wajib menerapkan 3M (mencuci tangan, memakai masker dan menjaga jarak), memakai *face shield* serta dalam kondisi sehat (tidak panas, flu, batuk dan sebagainya).
4. Setiap kelompok maksimal terdiri dari 5 orang mahasiswa dan terdapat ketua kelompok untuk melakukan atau menilai prosedur tindakan yang telah dilakukan oleh anggota kelompoknya dengan memberikan contrenge pada bagian “D” apabila mahasiswa yang melakukan tindakan melakukan prosedur sesuai dengan PA dan mencontrenge “TD” apabila mahasiswa yang melakukan prosedur tindakan tidak melakukan tindakan sesuai PA.
5. Ketua kelompok adalah mahasiswa yang telah dianggap mampu melakukan prosedur tindakan yang telah ditunjuk dan dinilai oleh dosen yang memberikan materi simulasi/PJMK
6. Selesai melakukan peer, ketua kelompok melaporkan kepada PJMK rekapitulasi jumlah tindakan yang telah dilakukan anggota kelompok sehingga dapat ditentukan bisa mengikuti ujian laboratorium KMB I
7. Mahasiswa yang dinyatakan dapat mengikuti ujian laboratorium adalah apabila mahasiswa tersebut telah melakukan peer seluruh tindakan yang terdapat dalam buku target KMB I.

## **A. PROSEDUR SISTEM KARDIOVASKULER**

1. Melakukan Pemeriksaan Fisik Kardiovaskuler
2. Melakukan Perekaman EKG
3. Pengambilan Spesimen Darah Arteri
4. Pengambilan Darah Vena\*
5. Melakukan Tranfusi Darah
6. Menyiapkan Obat Suntikan dari Ampul dan Vial\*
7. Menyiapkan Obat Suntikan dari Flacon\*
8. Memberikan Obat secara Parenteral (IM, IV, IC, SC)\*
9. Penilaian dan Pengukuran CVP
10. Pengukuran Tekanan Vena Jugularis
11. Pemasangan Infus

## **PEMERIKSAAN FISIK KARDIOVASKULER**

### **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan pemeriksaan fisik sistem kardiovaskuler dengan benar.

### **Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti praktikum, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan teknik-teknik pengkajian fisik
2. Mendemonstrasikan pemeriksaan fisik pada kepala, leher dan jantung

### **Ruang Lingkup Materi**

Ruang lingkup pemeriksaan sistem kardiovaskuler, meliputi:

1. Pemeriksaan umum
2. Inspeksi
3. Palpasi
4. Perkusi
5. Auskultasi

#### **1. Pemeriksaan Umum**

Secara khusus pemeriksaan fisik sistem kardiovaskuler dalam pelaksanaannya tidak beda jauh dengan sistem lain yaitu secara berurutan dilakukan pemeriksaan melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), dan mendengarkan (auskultasi). Pemeriksaan fisik kardiovaskuler biasanya dimulai dengan pemeriksaan tekanan darah dan denyut nadi. Kemudian diperiksa tekanan vena jugularis, dan terakhir pemeriksaan jantung.

Dalam pemeriksaan selanjutnya pada jantung disamping ditemukan adanya hasil pemeriksaan normal, juga bisa kita dapati kelainan-kelainan hasil pemeriksaan fisik yang meliputi, antara lain: batas jantung yang melebar, adanya berbagai variasi abnormal bunyi jantung dan bunyi tambahan berupa bising (murmur).

Disamping anamnesis dan pemeriksaan fisik, maka pemeriksaan penunjang cukup membantu pemeriksa dalam menegakkan diagnosis.

## **2. Inspeksi**

Inspeksi merupakan proses observasi dengan menggunakan mata. Pada pemeriksaan fisik kardiovaskuler, pasien disarankan untuk mengambil posisi terlentang, pemeriksa berhadapan dengan pasien yang terlentang dengan badan dinaikkan 30° dari posisi horizontal. Penerangan harus cukup baik pada dinding dada depan agar inspeksi perikordium dapat dilakukan secara adekuat. Pemeriksa mencari pulsasi yang terlihat, retraksi atau gerakan dinding dada yang berhubungan dengan peristiwa siklus jantung dan membuat evaluasi sistemik pada apeks, daerah sternum kiri bawah, serta daerah katup pulmonalis dan aorta.

## **3. Palpasi**

Dengan menggunakan sendi interfalang distal jari jari telunjuk dan jari tengah (bukan ujung jari), pemeriksa mencari iktus kordis yang biasanya terletak pada ruang intercostal keempat atau kelima (ICS 4-5) pada atau sekitar garis midclavikula. Lokasi iktus kordis ini lebih mudah ditentukan dengan menyuruh pasien berbaring lebih ke arah kiri, sehingga bagian apeks lebih dekat ke dinding dada. Namun demikian, pasien harus kembali ke posisi terlentang sebelum ditarik kesimpulan mengenai lokasi, kekuatan dan sifat impuls. Dorongan iktus kordis yang kadang-kadang dapat dilihat dan sering teraba pada "*point maximal impuls*" (PMI) timbul akibat gerakan jantung depan bersamaan dengan sistolik ventrikel. Lokasi, besar, kekuatan dan lamanya dapat terlihat. Apabila lokasi iktus kordis dapat ditentukan, pemeriksa meletakkan dua jari tangan yang lain pada pulsasi karotis kanan dan merasakan beberapa siklus jantung dalam waktu yang relatif bersamaan dengan pulsasi karotis.

Kemudian pemeriksa meletakkan permukaan telapak tangan dari satu tangan pada batas sternum kiri bawah untuk merasakan heaves (gerakan jantung yang diinfus) atau getar jantung (thrill), yaitu getaran yang ditimbulkan oleh turbulensi aliran darah.

#### **4. Perkusi**

Merupakan metode pemeriksaan dengan cara mengetuk yang bertujuan untuk menentukan batas-batas organ atau bagian tubuh dengan cara merasakan vibrasi yang ditimbulkan akibat adanya gerakan yang diberikan ke bawah jaringan.

Cara kerja perkusi:

- a. Buka/lepas pakaian klien sesuai yang diperlukan.
- b. Luruskan jari tangan kiri, tekan bagian ujung jari dan letakkan dengan kuat pada pemeriksaan yang diperkusi. Upayakan jari-jari yang lain tidak menyentuh permukaan, karena akan mengaburkan aura. Konsistenlah dalam memberikan tekanan pada permukaan dan permukaannya diperkusi.
- c. Lenturkan jari tengah kanan ke atas dengan lengan bawah rileks. Pertahankan kelenturan tangan pada pergelangan tangan.
- d. Gerakkan pergelangan tangan dengan cepat, jelas dan relaks serta ketukkan ujung jari tengah tangan kiri (setelah batas kuku) dimana tekanan yang mendesak pada permukaan yang diperkusi paling besar.
- e. Segera angkat jari tengah kanan untuk menghindari vibrasi terendam.
- f. Pertahankan gerakan pada pergelangan tangan tidak pada jari, siku atau pundak.

#### **5. Auskultasi**

Merupakan metode pengkajian yang menggunakan stetoskop untuk memperjelas pendengaran untuk mendengarkan bunyi jantung, paru-paru, bunyi usus serta untuk mendengarkan tekanan darah dan denyut nadi.

Ada tiga tempat utama tempat stetoskop harus diletakkan untuk auskultasi, tempat tersebut adalah:

- a. Apeks atau apeks mitral: Terbaik ditentukan secara palpasi pada denyutan apikal, jika tidak teraba impuls dengarkan ruang sela interkostal kelima kiri pada garis midclavikula.
- b. Batas sternum kiri bawah atau fokus trikuspidalis: ruang sela interkostal ke empat tepat pada batas sternum bagian kiri.
- c. Intercostalis ketiga kiri: terdapat pada batas sternum kiri (fokus pulmonalis asesorium).
- d. Interkostal kedua kiri: disebut juga batas sternum kiri atas atau fokus katup pulmonal: ruang sela iga kedua, tepat pada batas sternum kiri.

- e. Interkosta kedua kanan atau fokus katup aorta : ruang interkosta kedua, tepat pada batas sternum.

## 1. PEMERIKSAAN FISIK KARDIOVASKULER

Nama Mahasiswa :

Peer :

Tanggal :

No	Komponen	D	TD	Ket
1.	<b>Persiapan Alat :</b>			
	a. Termometer			
	b. Tensimeter (Sphygmanometer)			
	c. Stetoscope			
	d. Penunjuk waktu (jam)			
	e. Alat tulis			
	f. Format pengkajian			
2.	<b>Persiapan pasien :</b>			
	a. Memberitahu pasien tentang tindakan yang akan dilakukan			
	b. Menyiapkan lingkungan pasien (memasang tabir/sampiran)			
3.	<b>Langkah-langkah:</b>			
	a. Mencuci tangan			
	b. Mengkaji Riwayat Kesehatan			
	1) Riwayat kesehatan dahulu			
	2) Riwayat kesehatan sekarang dan pencetus			
	3) Riwayat kesehatan keluarga			
	c. Mengukur tanda-tanda vital			
	d. Melakukan prosedur pemeriksaan fisik sistem kardiovaskuler secara :			
	1) <u>Inspeksi dan Palpasi:</u>			
	a) Postur/ bentuk			
	b) Denyut nadi apikal (bandingkan dengan denyut arteri lainnya)			
	c) Ketidaknormalan denyutan			
	2) <u>Perkusi:</u>			
	a) batas, ukuran dan bentuk jantung			
	3) <u>Auskultasi:</u>			
	a) bunyi jantung S1-S2 (ritme keteraturan dan isi)			





Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<b>Evaluasi Kinerja Praktikum</b>
-----------------------------------

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

## **MELAKUKAN PEREKAMAN EKG**

### **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melakukan perekaman EKG pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler

### **Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti praktikum, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan anatomi dan fisiologi jantung
2. Mendemonstrasikan cara melakukan perekaman EKG dengan benar dan tepat

### **Ruang Lingkup Materi**

Ruang lingkup perekaman EKG, meliputi:

1. Anatomi dan fisiologi jantung
2. Prosedur perekaman EKG

### **Uraian Materi**

#### **1. Sistem Konduksi Jantung**

Sistem konduksi jantung terdiri dari Nodus Sinus Atrial (SA), nodus Atrioventrikuler (AV), berkas His dan serabut Purkinje.

##### **a. Nodus SA**

Nodus SA terletak pada pertemuan antara vena kava superior dengan atrium kanan. Sel-sel dalam nodus SA secara otomatis dan teratur mengeluarkan impuls dengan frekuensi 60-100 x/menit.

##### **b. Nodus AV**

Terletak di atas sinus koronarius pada dinding posterior atrium kanan. Sel-sel dalam nodus AV mengeluarkan impuls lebih rendah dari nodus SA yaitu 40-60 x/menit.

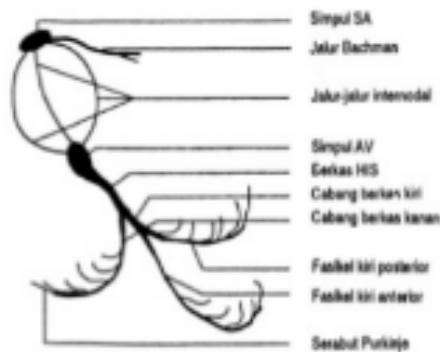
##### **c. Berkas His**

Nodus AV kemudian menjadi Berkas His yang menembus jaringan pemisah miokardium atrium dan miokardium ventrikel, selanjutnya berjalan pada septum

ventrikel yang kemudian bercabang dua menjadi berkas kanan (*Right Bundle Branch*= RBB) dan berkas kiri (*Left Bundle Branch*= LBB). RBB dan LBB kemudian menuju endokardium ventrikel kanan dan kiri, berkas tersebut bercabang menjadi serabut-serabut Purkinje.

d. Serabut Purkinje

Serabut Purkinje mampu mengeluarkan impuls dengan frekuensi 20-40 x/menit



**Gambar 1. Sistem Penghantaran Jantung**

## 2. Prosedur perekaman EKG

### Perlengkapan EKG

EKG yang digunakan untuk keterampilan adalah:

Ada 10 kabel dari EKG yang dihubungkan dengan pasien:

Empat macam kabel menghubungkan antara alat EKG dengan keempat anggota gerak, yaitu:

- Warna merah untuk tangan kanan
- Warna kuning untuk tangan kiri
- Warna hitam untuk kaki kanan
- Warna hijau untuk kaki kiri

Empat buah elektrode untuk pericordial, menghubungkan daerah preikordial dengan alat EKG, yaitu:

- Lead C1 warna putih/ merah di V1
- Lead C2 warna putih/ kuning di V2
- Lead C3 warna putih/ hijau di V3
- Lead C4 warna putih/ coklat di V4
- Lead C5 warna putih/ hitam di V5

- f. Lead C6 warna putih/ ungu di V6

### **Elektrokardiogram (EKG)**

EKG adalah suatu grafik yang menggambarkan rekaman listrik jantung. Kegiatan listrik jantung dalam tubuh dapat dicatat dan direkam melalui elektroda-elektroda yang dipasang pada permukaan tubuh. Kelainan tata listrik jantung akan menimbulkan kelainan gambar EKG. Pemeriksaan EKG menjadi pemeriksaan dignostik yang sangat penting. Saat ini pemeriksaan jantung tanpa pemeriksaan EKG dianggap kurang lengkap. Beberapa kelainan jantung sering hanya diketahui berdasarkan EKG saja. Tetapi sebaliknya juga, jangan memberikan penilaian yang berlebihan pada hasil pemeriksaan EKG dan mengabaikan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

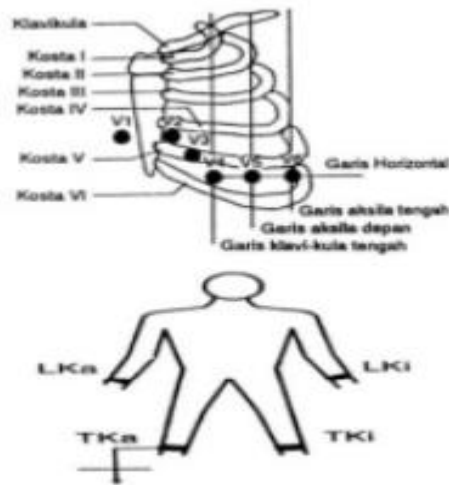
#### **1. Sandapan-sandapan pada EKG**

Untuk memperoleh rekaman-rekaman EKG, pada tubuh dilekatkan elektroda-elektroda yang dapat meneruskan potensial listrik dari tubuh ke sebuah alat pencatat potensial yang disebut elektrokardiograf. Pada rekaman EKG yang konvensional dipakai 10 buah elektrode, yaitu 4 buah elektroda ekstremitas dan 6 buah elektroda prekordial. Elektroda-elektroda ekstremitas masing-masing diletakkan pada lengan kanan, lengan kiri, tungkai kanan dan tungkai kiri. Elektroda tungkai kanan selalu dihubungkan dengan bumi untuk menjamin potensial nol yang stabil.

Lokasi penetapan elektroda sangat penting diperhatikan, karena penetapan yang salah akan menghasilkan pencatatan yang berbeda. Elektroda-elektroda perikordil diberi nama V1-V6 dengan lokalisasi sebagai berikut:

- a. V1: Garis parasentel kanan, pada interkostal IV
- b. V2: Garis pada parasternal kiri, pada interkostal IV
- c. V3: Titik tengah antara V2 dan V4
- d. V4: Garis klavikula-tengah, pada interkostal V
- e. V5: Garis aksila depan, sama tinggi dengan V4
- f. V6: garis aksila tengah, sama tinggi dengan V4 dan V5

Kadang-kadang diperlukan elektroda-elektroda prekosrdial sbelah kanan, yang disebut V3R, V4R, V5R, dan V6R yang letaknya berseberangan dengan V3, V4, V5, dan V6.



Gambar 2. Posisi Sandapan Pemeriksaan EKG

## 2. Sandapan-sandapan Ekstremitas

Dari elektroda-elektroda ekstremitas didapatkan tiga sandapan, dengan rekaman potensial bipolar, yaitu:

- a. Sandapan I: Merekam beda potensial antara tangan kanan (RA) dengan tangan kiri (LA), dimana tangan kanan bermuatan negatif (-) dan tangan kiri bermuatan positif (+).
- b. Sandapan II: Merekam beda potensial antara tangan kanan (RA) dengan kaki kiri (LF) dimana tangan bermuatan negatif (-) dan kaki kiri bermuatan positif (+).
- c. Sandapan III: Merekam beda potensial antara tangan kiri (LA) dengan kaki kiri (LF), dimana tangan kanan bermuatan negatif (-) dan tangan kiri bermuatan positif (+).

Ketiga sandapan ini dapat digambarkan sebagai segitiga sama sisi, yang lazim disebut segitiga *EINTHOVEN*.

Untuk mendapatkan sandapan unipolar, gabungan dari sandapan I, II, III disebut terminal sentral dan anggap berpotensial nol. Bila potensial dari suatu elektroda dibandingkan dengan teminal sentral, maka didapatkan potensial mutlak elektroda tersebut dan sandapan yang diperoleh disebut sandapan unipolar.

Sandapan unipolar ekstremitas, yaitu:

- a. Sandapan  $a_{VR}$  = Merekam potensial listrik pada tangan kanan (RA), dimana tangan kanan bermuatan positif (+), tangan kiri dan kaki kiri membentuk elektroda Indiferen (potensial nol).
- b. Sandapan  $a_{VL}$  = Merekam potensial listrik pada tangan kiri (LA), dimana tangan kiri bermuatan positif (+), tangan kanan dan kaki kiri membentuk elektroda Indiferen (potensial nol).
- c. Sandapan  $a_{VF}$  = Merekam potensial listrik pada kaki kiri (LF), dimana kaki kiri bermuatan positif (+), tangan kanan dan tangan kiri membentuk elektrode Indiferen (potensial nol).

Sandapan Unipolar Prekordial, yaitu:

Merekam besar potensial listrik jantung dengan bantuan elektroda yang ditempatkan di beberapa tempat dinding dada. Elektroda Indiferen diperoleh dengan menggabungkan ketiga elektroda ekstremitas. Sesuai dengan nama elektrodanya, sandapan-sandapan prekordial disebut V1, V2, V3, V4, V5, dan V6.

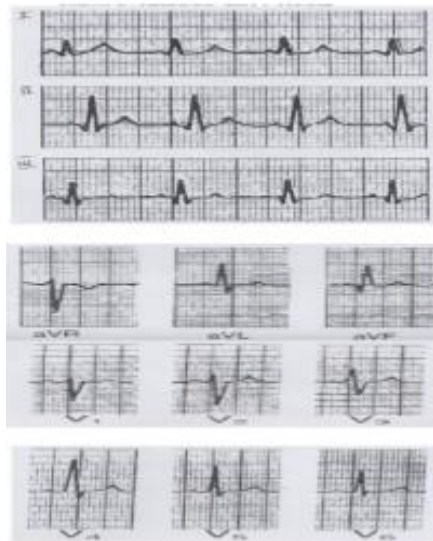
### **3. Kertas EKG**

Kertas EKG merupakan kertas grafik yang terdiri dari garis horizontal dan vertikal dengan jarak 1 mm (sering disebut sebagai kotak kecil). Garis yang lebih tebal terdapat pada setiap 5 mm (disebut kotak besar).

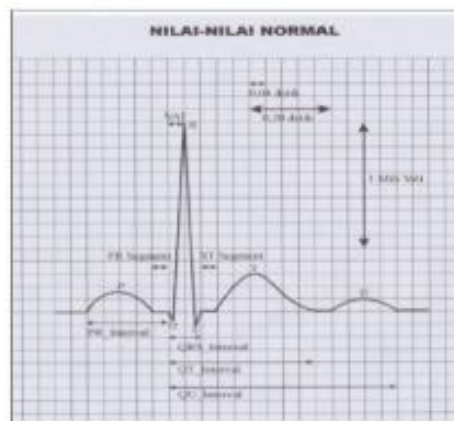
- a. Garis horizontal menggambarkan waktu, dimana 1 mm = 0,04 detik, sedangkan 5 mm = 0,20 detik.
- b. Garis vertikal menggambarkan voltase, dimana 1 mm = 0,1 miliVolt, sedangkan setiap 10 mm = 1 miliVolt.

Pada praktek sehari-hari perekaman dibuat dengan kecepatan 25 mm/detik. Pada awal rekaman kita harus membuat kalibrasi 1 miliVolt yaitu sebuah atau lebih yang menimbulkan defleksi 10 mm. Pada keadaan tertentu kalibrasi dapat diperbesar yang akan menimbulkan defleksi 20 mm atau diperkecil yang akan menimbulkan defleksi 5 mm. Hal ini harus dicatat pada saat perekaman EKG sehingga tidak menimbulkan interpretasi yang salah bagi pembacanya.

Garis rekaman mendatar tanpa ada potensial listrik disebut garis iso-elektrik. Defleksi yang arahnya ke atas disebut defleksi positif, yang ke bawah disebut defleksi negatif.



Gambar 3. Contoh Hasil Perekaman EKG



Gambar 4. Interpretasi Hasil Pemeriksaan EKG

Kurva EKG menggambarkan proses listrik yang terjadi pada atrium dan ventrikel. Proses listrik ini terdiri dari:

- Depolarisasi Atrium
- Repolarisasi Atrium
- Depolarisasi Ventrikel
- Repolarisasi Ventrikel

Sesuai dengan proses listrik jantung, setiap hantaran pada EKG normal memperlihatkan 3 proses listrik yaitu depolarisasi atrium, depolarisasi ventrikel dan repolarisasi ventrikel. Repolarisasi atrium umumnya tidak terlihat pada EKG, karena disamping intensitasnya kecil juga repolarisasi atrium waktunya



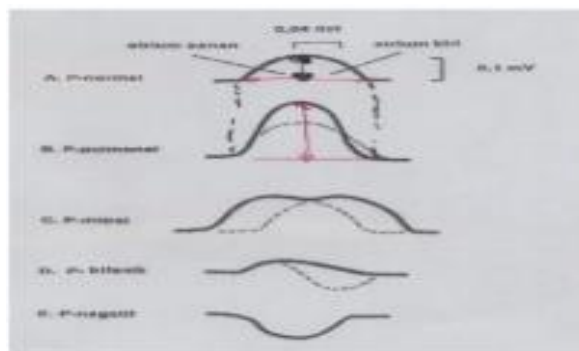
bersamaan dengan depolarisasi ventrikel yang mempunyai intensitas yang jauh lebih besar. EKG normal terdiri dari gelombang P, Q, R, S dan T serta kadang terlihat gelombang U. Selain itu juga ada beberapa interval dan segmen EKG.

### **Gelombang P**

Gelombang P merupakan gambaran proses depolarisasi atrium dari pemacu jantung fisiologi nodus SA atau dari atrium. Gelombang P bisa positif, negatif, atau bifasik, atau bentuk lain yang khas.

Gelombang P yang normal:

- a. Lebar kurang dari 0,12 detik
- b. Tinggi kurang dari 0,3 milivolt
- c. Selalu positif di lead II
- d. Selalu negatif di aVR



Gambar 5. Interpretasi Gelombang P

### **Gelombang QRS**

Merupakan gambaran proses depolarisasi ventrikel, terdiri dari gelombang Q, gelombang R dan gelombang QRS yang normal:

- Lebar 0,006 - 0,12 detik
- Tinggi tergantung lead

Gelombang Q adalah defleksi negatif pertama pada gelombang QRS.

Gelombang Q yang normal:

- Lebar kurang dari 0,04 detik
- Tinggi/ dalamnya kurang dari 1/3 tingi R

Gelombang R adalah defleksi positif pertama gelombang QRS Gelombang R umumnya positif di lead II, V5 dan V6 di lead aVR, V1 dan V2 biasanya hanya kecil atau tidak sama sekali.

Gelombang S adalah defleksi negatif sesudah gelombang R, di lead aVR dan V1 gelombang S terlihat dalam dan di V2 ke V6 akan terlihat makin lama makin menghilang atau berkurang dalamnya.

### **Gelombang T**

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

### **Gelombang U**

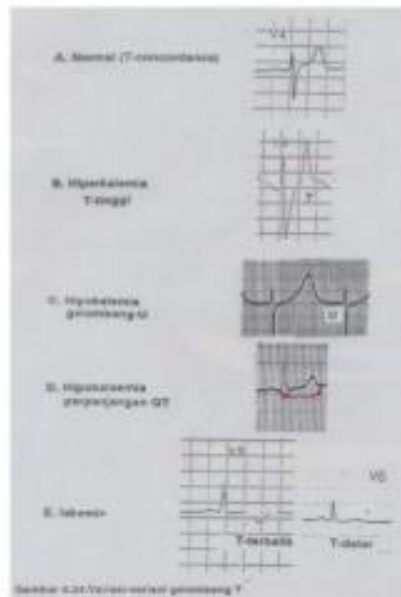
Adalah gelombang yang timbul setelah gelombang T dan sebelum gelombang P berikutnya. Penyebab timbulnya gelombang U masih belum diketahui, namun diduga akibat repolarisasi lambat sistem konduksi interventrikel.

### **Interval PR**

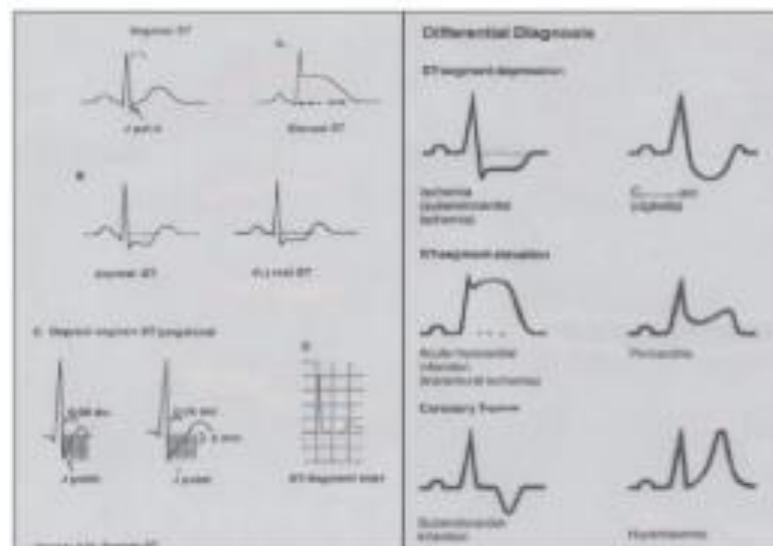
Interval PR diukur dari permulaan gelombang P sampai permulaan gelombang QRS. Nilai normal berkisar antara 0,12 – 0,20 detik. Ini merupakan waktu yang dibutuhkan untuk depolarisasi atrium dan jalannya impuls melalui berkas His sampai permulaan depolarisasi ventrikel.

### **Segmen ST**

Segmen ST diukur dari akhir gelombang S sampai awal gelombang T. Segmen ini normalnya isoelektris, tetapi pada lead prekordial dapat bervariasi dari -0,05 sampai +2 mm. Segmen ST yang naik disebut ST elevasi dan yang turun disebut ST depresi.



**Gambar 6. Interpretasi Gelombang QRS**



**Gambar 7. Interpretasi Segmen ST**

## 2. MELAKUKAN PEREKAMAN EKG

Nama Mahasiswa :

Peer:

Tanggal :

No	Komponen	D	TD	Ket
1.	Persiapan: a. Mesin EKG dilengkapi dengan 3 kabel 1) Kabel untuk listrik 2) Kabel untuk bumi 3) Kabel untuk pasien b. Plat elektroda 1) Elektroda ekstremitas 2) Elektroda dada c. Jelly d. Kertas EKG e. Tissue f. Kain kasa g. Kapas alkohol			
2.	Memberi penjelasan pemeriksaan pada pasien/keluarga			
3.	Atur lingkungan sekitar pasien, jaga privasi pasien			
4.	Baringkan pasien pada posisi datar dan anjurkan pasien untuk membuka pakaian atas			
5.	Lepaskan benda logam/ mekanik yang dipakai oleh pasien			
6.	Cuci tangan			
7.	Dekatkan alat pada pasien			
8.	Identifikasi dan bersihkan daerah yang akan dipasang elektroda dengan kapas alkohol			
9.	Berikan jelly pada tiap tempat-tempat pemasangan elektroda			
10.	Tempat pemasangan elektroda: a. Elektroda ekstremitas:			

	1) R: dipasang pada pergelangan tangan kanan 2) L: dipasang pergelangan tangan kiri searah telapak tangan 3) N: dipasang pada ekstremitas bawah pada pergelangan kaki kanan sebelah dalam 4) F: dipasang pada pergelangan kaki kiri sebelah dalam			
11.	Pada posisi pergelangan bukanlah mutlak, bila diperlukan dapat dipasang sampai ke bahu atau pangkal paha			
12.	Pasang elektroda dada: V1: Interkostal keempat sub clavicula kanan V2: Intercostal keempat sub clavicula kiri V3: diantara V2 dan V1 V4: Interkostal kelima pada garis mid clavicula sebelah kiri V5: Sejajar V4 pada garis aksila anterior V6: sejajar dengan V4 pada garis mid aksila tengah			
13.	Perisa kembali standarisasi			
14.	Rekam EKG dengan mengatur selektor secara berturut-turut I, II, III, AVR, AVL, AVF, VI, V2, V3, V4, V5, V6			
15.	Setelah selesai matikan mesin EKG			
16.	Lepaskan elektroda dan bersihkan kulit pasien			
17.	Rapihkan pasien dan kembalikan alat ketempat semula			
18.	Perawat cuci tangan			
19.	Catat pinggir kiri atas kertas EKG: a. Nama, umur, alamat, tanggal, jam b. Catat yang membuat rekaman dikiri bawah.			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### **Dokumentasi**

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....  
.....  
.....  
.....

Rencana Keperawatan

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **Evaluasi Kinerja Praktikum**

<b>Evaluasi</b>	<b>Catatan</b>	<b>Nama &amp; Paraf</b>

Diri		
Peer		

## **PENGAMBILAN SPESIMEN DARAH ARTERI**

### **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melakukan pengambilan spesimen darah arteri pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler

### **Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti praktikum, mahasiswa mampu:

1. Menyiapkan alat-alat untuk melakukan pengambilan spesimen darah arteri
2. Mendemonstrasikan cara pengambilan spesimen darah arteri dengan benar dan tepat

#### **A. Pengertian**

Pengambilan darah arteri adalah suatu tindakan untuk mengambil darah arteri yaitu pembuluh darah yang berasal dari bilik jantung yang berdinding tebal dan kaku. Sedangkan analisa gas darah adalah prosedur untuk menilai tekanan parsial oksigen, karbondioksida dan pH (konsentrasi ion hydrogen) di darah arteri. Mengambil sampel darah arteri membutuhkan suntikan perkutan pada arteri brachialis, radial atau femoralis. Juga bisa didapatkan dari arterial line.

#### **B. Tujuan**

Analisa gas darah memiliki tujuan sebagai berikut:

- a. Mengetahui keseimbangan asam dan basa dalam tubuh.
- b. Mengevaluasi ventilasi melalui pengukuran pH, tekanan parsial oksigen arteri ( $\text{PaO}_2$ ), dan tekanan parsial karbon dioksida ( $\text{PaCO}_2$ ).
- c. Mengetahui jumlah oksigen yang diedarkan oleh paru-paru melalui darah yang ditunjukkan melalui  $\text{PaO}_2$ .
- d. Mengetahui kapasitas paru-paru dalam mengeliminasi karbon dioksida yang ditunjukkan oleh  $\text{PaCO}_2$ .
- e. Menganalisa isi oksigen dan pemenuhannya serta untuk mengetahui jumlah bikarbonat.

Perubahan pH disebabkan oleh:

1. Fungsi pernafasan abnormal.



2. Fungsi ginjal abnormal.
3. Jumlah asam atau basa yang berlebihan.

<b>Perubahan dalam pH, PaCO<sub>2</sub>, dan bikarbonat standar pada gangguan asam-basa</b>			
	pH	PaCO <sub>2</sub>	Bikarbonat standar
Asidosis Respiratory	Rendah	Tinggi	Normal-tinggi
Alkalosis Respiratory	Tinggi	Rendah	Normal-tinggi
Asidosis Metabolik	Rendah	Normal-rendah	Rendah
Alakalosis Metabolik	Tinggi	Normal	Tinggi

### **C. Indikasi, Kontraindikasi dan Komplikasi**

#### **1. Indikasi**

- a. Penyakit paru.
- b. Bayi prematur dengan penyakit paru.
- c. Diabetes Melitus berhubungan dengan kondisi asidosis diabetik.
- d. Gagal ginjal yang berhubungan dengan kondisi asidosis metabolik.

#### **2. Kontraindikasi**

- a. Penyakit perdarahan seperti hemophilia
- b. Trombosit rendah.

#### **3. Komplikasi**

pengambilan darah arteri akan minimal terjadi jika dilakukan dengan benar. Namun dapat terjadi perdarahan atau perdarahan yang tertunda atau memar pada area tusukan jarum atau yang jarang terjadi, kerusakan sirkulasi di sekitar area tusukan.

### **D. Peralatan**

1. AGD kit:
  - a. S spuit spesifik untuk mengambil darah yang akan digunakan untuk analisa gas darah.

- b. Jarum 20 G 1 ¼ “
  - c. Jarum 22 G 1”
  - d. 1 ml ampul carian heparin (1:1000)
2. Sarung tangan
  3. Sduit 5 ml dan 10 ml
  4. Alkohol or povidine-iodine pad
  5. 4x4 gauze pads
  6. Penutup karet untuk sduit
  7. Tas plastik atau wadah berisi es
  8. Label
  9. Format permintaan laboratorium

Banyak fasilitas kesehatan yang menggunakan AGD kit yang terdiri atas semua yang dibutuhkan untuk melakukan prosedur ini termasuk tempat yang sudah berisi es untuk membawa sampel ke laboratorium. Namun jika tidak ada, gunakan basin emesis yang bersih dan mangkuk styrofoam untuk meletakkan es didalamnya, atau tas plastik untuk membawa sampel ke lab.

#### **E. Lokasi Pengambilan Darah Arteri**

Mengidentifikasi arteri untuk pengambilan sampel. Arteri yang paling sering untuk pengambilan sampel adalah

1. Arteri Radialis, merupakan pilihan pertama yang paling aman dipakai untuk fungsi arteri kecuali terdapat banyak bekas tusukan atau hamatom
2. Arteri Dorsalis Pedis, merupakan pilihan kedua.
3. Arteri Brachialis, merupakan pilihan ketiga karena lebih banyak resikonya bila terjadi obstruksi pembuluh darah.
4. Arteri Femoralis, merupakan pilihan terakhir apabila pada semua arteri diatas tidak dapat diambil. Bila terdapat obstruksi pembuluh darah akan menghambat aliran darah ke seluruh tubuh/tungkai bawah dan bila yang dapat mengakibatkan berlangsung lama dapat menyebabkan kematian jaringan. Arteri femoralis berdekatan dengan vena besar, sehingga dapat terjadi percampuran antara darah vena dan arteri.

Dari ketiganya, arteri radial adalah area sampling yang paling disukai karena tiga faktor utama:

1. Mudah untuk mengakses
2. Arteri radial adalah arteri dangkal dan karena itu lebih mudah untuk diraba, stabil, dan mudah ditusuk
3. Memiliki jaminan aliran darah.

Jika kerusakan pada arteri radial terjadi atau menjadi terhambat, arteri ulnaris akan memasok darah ke jaringan biasanya dipasok oleh arteri radial. Arteri femoralis adalah area sampling arteri yang paling tidak disukai karena merupakan arteri relatif dalam; terletak berdekatan dengan saraf femoralis dan vena, dan tidak memiliki jaminan aliran darah.

#### **F. Prosedur Tindakan**

1. Cek identitas pasien. Beritahu pasien bahwa anda akan melakukan pengambilan sampel AGD dan jelaskan tujuan serta prosedurnya. Beritahukan bahwa spesimen akan diambil dari arteri, jaga privasi klien, dan atur posisi klien dalam posisi supinasi atau semi fowler.
2. Siapkan peralatan. Beri label syringe dengan nama pasien, nomor ruangan, nama dokter, tanggal dan waktu pengambilan, inisial pelaksana AGD. Beri heparin pada spuit.
3. Lakukan cuci tangan dan gunakan sarung tangan untuk meminimalkan penyebaran mikroorganisme.
4. Membersihkan kulit di area tusukan dengan kapas alcohol. Tangan klien harus ditekuk sedikit atau letakkan handuk kecil yang digulung di bawah pergelangan tangan. Hal ini membawa arteri radial lebih dekat ke permukaan. Ekstensi berlebihan pada pergelangan tangan harus dihindari karena dapat menutup jalan denyut nadi.
5. Palpasi denyutan dengan telunjuk dan jari tengah. Setelah menemukan sensasi denyutan terkuat, sedikit fiksasi arteri dengan telunjuk dan jari tengah. Hal ini akan mencegah arteri berubah posisi ketika dilakukan tusukan.
6. Suntikan harus dengan sudut 45° atau kurang di tangan berlawanan, seperti memegang pensil atau sebuah anak panah. Penempatan paralel dekat jarum tersebut akan meminimalkan trauma arteri dan memungkinkan serat otot polos untuk menutup lubang tusukan setelah jarum ditarik.

7. Sementara memfiksasi arteri dan dengan sudut jarum mengarah ke atas, masukkan jarum ke tepat di bawah permukaan kulit. Sekarang dorong jarum perlahan-lahan sampai terlihat denyut berkedip darah di pusat jarum. Berhenti dan pertahankan posisi ini sampai terkumpul 2-4 cc darah dalam alat suntik.
8. Jika jarum masuk terlalu jauh, tarik perlahan-lahan sampai mengalir darah ke jarum suntik. Seharusnya tidak perlu ada aspirasi darah ke jarum suntik sebab tekanan arteri akan mengisi otomatis alat suntik. Hanya dalam jika digunakan jarum gauge kecil (misalnya 25 gauge), atau pasien hipotensi, sebaiknya dilakukan aspirasi jarum suntik.
9. Setelah mendapatkan jumlah darah yang diinginkan, tarik jarum dan terapkan tekanan ke area tusukan dengan ukuran  $4 \times 4$ . Setelah tekanan diterapkan selama 2 menit, periksa area untuk perdarahan, aliran, atau rembesan darah. Jika ada, terapkan tekanan sampai pendarahan berhenti. Waktu kompresi lama akan diperlukan untuk pasien pada terapi antikoagulan atau yang memiliki gangguan perdarahan.
10. Lepaskan jarum dari alat suntik. Jarum tidak boleh disumbat, bengkok, atau sengaja dirusak karena bahaya tusukan diri. Semua jarum harus ditempatkan dalam wadah tahan tusukan (umumnya dikenal sebagai wadah benda tajam).
11. Sangat penting bahwa gelembung udara yang dikeluarkan dari spuit gas darah karena dapat mengubah hasil gas darah. Pegang jarum suntik tegak lurus dan tekan jarum suntik dengan lembut sehingga gelembung udara naik ke bagian atas jarum suntik sehingga dapat dikeluarkan.
12. Cap jarum suntik dan letakkan spuit dalam kantong es (mendinginkan sampel akan mencegah metabolisme lebih lanjut dari darah). Pasang slip laboratorium untuk tas, dan bawa sampel ke laboratorium. Jika akan menganalisis sampel, harus dilakukan sesegera mungkin.
13. Lepas sarung tangan dan lakukan cuci tangan untuk mencegah penyebaran mikroorganisme.

#### **G. Hal-hal yang perlu diperhatikan saat melakukan tindakan AGD**

1. Pasien menerima oksigen, pastikan terapi oksigen telah berjalan sekurang-kurangnya 15 menit sebelum mengambil gas darah. Indikasikan pada slip lab, jumlah dan tipe terapi oksigen yang diterima pasien. Catat suhu pasien, level

Hb, dan RR terbaru. Jika pasien memakai ventilator mekanik, catat fraksi inspirasi oksigen dan tidal volume.

2. Pasien tidak memakai O<sub>2</sub>, indikasikan jika pasien bernafas dengan udara ruangan.
3. Pasien baru saja memakai nebulizer, tunggu hingga 20 menit sebelum mengambil sampel. Konsentrasi oksigen harus tetap konstan selama 20 menit sebelum pengambilan sampel.
4. Jika order secara spesifik tanpa oksigen, maka matikan gas selama 20 menit sebelum pengambilan sampel agar hasilnya akurat.
5. Saat menarik spuit untuk mengambil sampel, jika ada tahanan. Ubah posisi ekstremitas yang dilakukan tindakan dan cek area tusukan. Lanjutkan pengambilan darah, jika masih ada tahanan, beritahukan dokter.
6. Jika spesimen yang diambil gelap, darah yang gelap artinya mungkin vena telah terakses, atau darah sangat kurang oksigen. Pastikan dari mana specimen diambil apakah dari arterial line. Juga cek level saturasi oksigen untuk mengevaluasi hipoksemia. Pastikan bahwa arterilah yang telah ditusuk sebelum membawa sampel ke lab.
7. Sampel tidak akan diterima oleh laboratorium kecuali jarum suntik diberi label, kantong es diberi label, dan permintaan selesai. Untuk dianggap lengkap, permintaan harus berisi nama pasien, nomor pendaftaran, tanggal lahir atau usia, pemesanan dokter, waktu ditarik, FIO<sub>2</sub> dan suhu pasien.

#### **H. Hal-hal yang harus dicatat setelah tindakan (dokumentasi)**

1. Catat identitas pasien.
2. Nama dokter yang memberi order.
3. Waktu pengambilan sampel.
4. Jumlah sampel yang diambil.
5. Suhu pasien.
6. Area tusukan.
7. Catat waktu yang diterapkan pada area untuk mencegah perdarahan, tentukan tipe dan jumlah untuk terapi oksigen jika pasien menerima terapi.
8. Catat respon klien.
9. Tanda tangan dan nama perawat yang melaksanakan tindakan.

### 3. PENGAMBILAN DARAH VENA

Nama Mahasiswa :

Peer :

Tanggal:

No	Komponen	D	TD	Ket
1	<b>Persiapan Alat :</b>			
	a. Sduit dan jarum steril			
	b. Kapas alkohol 70%			
	c. Perlak			
	d. Pembendung (tourniquit)			
	e. Bengkok			
	f. Plester dan gunting			
	g. Formulir permintaan darah			
2	<b>Persiapan Pasien :</b>			
	a. Mengidentifikasi pasien			
	b. Memberitahu pasien tentang tindakan yang akan dilakukan			
	c. Menyiapkan lingkungan pasien			
3	<b>Langkah-langkah :</b>			
	a. Mencuci tangan			
	b. Menentukan lokasi			
	c. Meletakkan pengalas dan bengkok			
	d. Memakai sarung tangan			
	e. Melakukan pembendungan			
	f. Mendesinfeksi lokasi tusukan			
	g. Menusukkan jarum dengan sudut 30 derajat			
	h. Melakukan aspirasi (jika tersedot darah pembendung dilepas)			
	i. Menghisap/mengambil darah sebanyak yang diinginkan			

	j. Menempelkan kapas alkohol diatas tusukan dan cabut jarum			
	k. Menekan bekas punksi/bekas tusukan			
	l. Membereskan alat-alat			
	m. Mencuci tangan			
	n. Mengirimkan darah ke laboratorium dengan segera			
4	<b>Sikap :</b> -			
	a. Teliti			
	b. Tidak ragu-ragu			
	c. Efektifitas dan efisien			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....



.....

.....

.....

.....

.....

<b>Evaluasi Kinerja Praktikum</b>
-----------------------------------

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

## **TRANFUSI DARAH**

### **Tujuan Umum**

Setelah mengikuti praktikum, mahasiswa diharapkan mampu melakukan pemasangan tranfusi darah

### **Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti praktikum, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan definisi tranfusi darah
2. Menjelaskan tujuan dilakukan pemberian tranfusi darah
3. Menjelaskan macam - macam komponen darah
4. Mendemonstrasikan cara pemberian tranfusi darah dengan benar dan tepat.

### **Tranfusi Darah**

#### **1. Definisi Tranfusi darah**

Tranfusi darah adalah suatu pemberian darah lengkap atau komponen darah seperti plasma, sel darah merah kemasam atau trombosit melalui IV. Meskipun tranfusi darah penting untuk mengembalikan homeostasis, tranfusi darah dapat membahayakan. Banyak komplikasi dapat ditimbulkan oleh terapi komponen darah, contohnya reaksi hemolitik akut yang kemungkinan mematikan, penularan penyakit, infeksi dan reaksi demam.

#### **2. Tujuan pemberian tranfusi darah**

- a. Meningkatkan volume sirkulasi darah merah dan setelah pembedahan, trauma atau perdarahan.
- b. Meningkatkan jumlah sel darah merah dan untuk mempertahankan kadar hemoglobin pada klien yang mengalami anemia berat.
- c. Memberikan komponen seluler yang terpilih sebagai terapi pengganti (misalnya: faktor pembekuan plasma untuk membantu mengontrol perdarahan pada klien yang menderita hemofilia).

#### **3. Macam-macam komponen darah**

- a. Darah lengkap (Whole Blood)

Tranfusi darah lengkap hanya untuk mengatasi perdarahan akut dan masif, meningkatkan dan mempertahankan proses pembekuan. Darah lengkap diberikan dengan golongan ABO dan Rh yang diketahui. Infuskan selama 2 sampai 3 jam, maksimum 4 jam/unit. Dosis pada anak-anak 20 ml/kg, diikuti dengan volume yang diperlukan untuk stabilisasi. Biasanya tersedia dalam volume 400-500 ml dengan masa hidup 21 hari. Hindari memberikan tranfusi saat klien tidak dapat mentoleransi masalah sirkulasi. Hangatkan darah jika akan diberikan dalam jumlah besar.

Indikasi:

- 1) Penggantian volume pada pasien dengan syok hemoragi, trauma atau luka bakar
- 2) Klien dengan perdarahan masif dan telah kehilangan lebih dari 25% dari volume darah total.

**b. *Packed Red Cells (PRC)***

Komponen ini mengandung sel darah merah, sel darah putih, dan trombosit karena sebagian plasma telah dihilangkan (80%). Tersedia volume 250 ml. Diberikan selama 2 sampai 4 jam, dengan golongan darah ABO dan Rh yang diketahui. Hindari menggunakan komponen ini untuk anemia yang mendapat terapi nutrisi dan obat. Masa hidup komponen ini 21 hari.

Indikasi:

- 1) Pasien dengan kadar Hb rendah
- 2) Pasien anemia karena kehilangan darah saat pembedahan
- 3) Pasien dengan massa sel darah merah rendah

**c. *White Blood Cells (WBC atau Leukosit)***

Komponen ini terdiri dari darah lengkap dengan isi seperti RBCs, plasma dihilangkan 80%, biasanya tersedia dalam volume 150 ml. Dalam pemberian perlu diketahui golongan darah ABO dan sistem Rh. Apabila diresepkan berikan dipenhidramin. Berikan antipiretik, karena komponen ini bisa menyebabkan demam dan dingin. Untuk mencegah infeksi, berikan tranfusi dan disambung dengan antibiotik. Indikasi: pasien sepsis yang tidak berespon dengan antibiotik (khususnya untuk pasien dengan kultur darah positif, demam persisten/ 38,3°C dan granulositopenia).

**d. Leukosti-poor RBCs**

Komponen ini sama dengan RBCs, tapi leukosit dihilangkan sampai 95%, digunakan bila kelebihan plasma dan antibody tidak dibutuhkan. Komponen ini tersedia dalam volume 200 ml, waktu pemberian 1 ½ sampai 4 jam.

Indikasi: Pasien dengan penekanan sistem imun (imunokompresi).

**e. Platelet/ Trombosit**

Komponen ini biasanya digunakan untuk mengobati kelainan perdarahan atau jumlah trombosit yang rendah. Volume bervariasi biasanya 350-50 ml/unit, untuk pemberian biasanya memerlukan beberapa kantong. Komponen ini diberikan secara cepat. Hindari pemberian trombosit jika klien sedang demam. Klien dengan riwayat reaksi transfusi trombosit, berikan premedikasi antipiretik dan antihistamin. *Shelf life* umumnya 6 sampai 72 jam tergantung pada kebijakan. Pusat dimana trombosit tersebut didapatkan. Periksa hitung trombosit pada 1 dan 24 jam setelah pemberian.

Indikasi:

- 1) Pasien dengan trombositopenia (karena penurunan trombosit)
- 2) Pasien dengan leukimia dan marrow aplasia

**f. *Fresh Frozen Plasma (FFP)***

Komponen ini digunakan untuk memperbaiki dan menjaga volume akibat kehilangan darah akut. Komponen ini mengandung semua faktor pembekuan darah (faktor V, VIII, dan IX). Pemberian dilakukan secara cepat, pada pemberian FFP dalam jumlah besar diperlukan koreksi adanya hipokalsemia, karena asam sitrat dalam FFP mengikat kalsium. *Shelf life* 12 bulan jika dibekukan dalam 6 jam jika sudah mencair. Perlu dilakukan pencocokan golongan darah ABO dan sistem Rh.

Indikasi:

1. Pencegahan perdarahan post operasi dan syok
2. Pasien dengan defisiensi faktor koagulasi yang tidak bisa ditentukan
3. Klien dengan penyakit hati dan mengalami defisiensi faktor pembekuan.

**g. Albumin 5% dan alnumin 25%**

Komponen ini terdiri dari plasma protein, digunakan sebagai ekspander darah dan pengganti protein. Komponen ini dapat diberikan melalui piggybag. Volume yang diberikan bervariasi tergantung kebutuhan pasien. Hindarkan untuk mencampur albumin dengan protein hidrolisate dan larutan alkohol.

Indikasi:

- 1) Pasien yang mengalami syok karena luka bakar, trauma, pembedaan atau infeksi.
- 2) Terapi hyponatremi.

#### 4. MELAKUKAN TRANSFUSI DARAH

Nama Mahasiswa:

Peer :

Tanggal:

No	Komponen	D	TD	Ket
1.	<b>Persiapan Alat :</b>			
	a. Standar infus			
	b. 1 botol NaCl 0,9 %			
	c. Darah yang dibutuhkan sesuai dengan nama dan golongan darah pasien			
	d. 1 set transfusi darah, 1 set blood set			
	e. Bila perlu IV kateter/ <i>wing needle</i> no.19			
	f. Cairan desinfektan :			
	Yodium 2 % & alkohol 70% atau betadine solution 10%			
	g. Alkohol swab			
	h. Plester, gunting			
	i. Bila perlu obat antihistamin			
	j. Bila perlu Ca Glukonas			
	k. Tali pembendung/torniquet			
	l. Perlak alas			
	m. Tromol berisi kasa steril			
	n. Tensimeter, termometer			
	o. Formulir observasi khusus dan alat tulis			
2	<b>Persiapan pasien :</b>			
	a. Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien dan keluarganya mengenai prosedur yang akan dilakukan			
	b. Memasang tabir tempat tidur			
3	<b>Langkah-langkah :</b>			
	a. Mencuci tangan			
	b. Mengatur posisi tidur sesuai kebutuhan			
	c. Mengukur/menghitung tensi, suhu, nadi, pernafasan			
	d. Memasang NaCl 0,9 %			

	e. Mengontrol kembali darah yg sudah disiapkan, mengenai :			
	1) warna darah			
	2) identitas pasien			
	3) jenis dan golongan darah			
	4) nomor kantong darah			
	5) tanggal kadaluarsa			
	6) kros matching dan jumlah darah			
	f. Memindahkan slang transfusi ke darah			
	(setelah NaCl masuk 15 menit)			
	g. Mengatur tetesan darah			
	Perawat mencuci tangan			
	Mencatat dalam formulir observasi			
	khusus : a. jam pemasangan			
	b. jumlah dan jenis darah			
	c. kantong beberapa			
	d. nomor kantong			
	d. nama perawat yang memasang			
	h. Merapihkan pasien dan lingkungan			
	i. Membersihkan alat dan mengembalikan pada tempatnya			
	j. Mencuci tangan			
	k. Memperhatikan reaksi transfusi atau komplikasi			
	l. Mengobservasi :			
	Tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan tiap 5'			
	untuk 15' pertama, tiap 15' pada 1 jam berikutnya,			
	tiap 1 jam sampai dengan transfusi selesai			
5	<b>S i k a p :</b>			
	a. Teliti			
	b. Hati-hati			
	c. Tanggung jawab – sabar			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

**Dokumentasi**

.....

.....

.....

.....

[illegible][illegible]



**Evaluasi Kinerja Praktikum**

<b>Evaluasi</b>	<b>Catatan</b>	<b>Nama &amp; Paraf</b>
Diri		
Peer		

## **MENYIAPKAN OBAT SUNTIK DARI AMPUL DAN VIAL**

### **Tujuan Umum**

Setelah mengikuti praktikum, mahasiswa diharapkan mampu menyiapkan obat injeksi dari ampul dan vial.

### **Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti praktikum, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan definisi vial
2. Menjelaskan definisi ampul
3. Mendemostrasikan cara mengambil obat dari vial
4. Mendemonstrasikan cara mengambil obat melalui ampul

### **Vial dan Ampul**

**Vial** adalah wadah dosis tunggal atau multi dosis dengan penutup karet diatasnya yang terdapat cap logam untuk melindungi penutup steril samapi vial siap digunakan. Vial berisi medikasi dalam bentuk cairan dan atau kering dan untuk memudahkan mengambil cairan didalamnya, disuntikkan dahulu udara ke dalam vial karena vial merupakan sistem tertutup. Jika gagal menyuntikkan udara sebelum mengambil obat bagian dalam vial tetap vakum suehingga untuk mengambil obat didalam vial menjadi sulit.

**Ampul** adalah wadah gelas bening dengan bagian leher menyempit yang berisi obat dosis tunggal dalam bentk cair. Untuk mengambil obat dalam ampul, perawat harus dapat mematahkan leher ampul untuk dapat mencapai medikasi. Saat menghisap medikasi, perawat menggunakan teknik aseptik (jarum tidak menyentuh permukaan luar ampul). Obat/ cairan dalam ampul dapat mudah diaspirasi kedalam spuit cukup dengan menarik plunger spuit ke belakang.

**Persiapan Alat:**

1. Sduit dan jarum dengan ukuran yang diperlukan
2. Ampul atau vial yang diresepkan
3. Alkohol Swab
4. Metal file (opsional), jarum spuit ekstra.

### MENYIAPKAN OBAT SUNTIK DARI AMPUL

Nama Mahasiswa:

Peer :

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
1.	Perawat cuci tangan			
2.	Menyiapkan medikasi			
3.	Menyentil bagian atas ampul dengan perlahan dan cepat dengan menggunakan jari			
4.	Meletakkan bantalan kassa kecil atau kapas alkohol mengelilingi leher ampul			
5.	Memetahkan leher ampul menjauhi tangan anda (jika leher ampul belum patah, gunakan metal file untuk mengikir salah satu sisi leher)			
6.	Pegang ampul dengan posisi tegak atau menjorok dan masukkan spuit ke dalam ampul (ujung jarum tidak boleh menyentuh pinggiran ampul)			
7.	Aspirasi medikasi kedalam spuit dengan cara menarik kebelakang plunger spuit			
8.	Jika gelembung udara terinspirasi jangan mengeluarkan udara di dalam ampul			
9.	Untuk mengeluarkan gelembung udara angkat jarum dari dalam ampul dan pegang spuit dengan jarum mengarah ke atas tarik bagian plunger sedikit dan dorong kembali ke atas untuk mengeluarkan udara tapi jangan mengeluarkan cairan.			
10.	Jika udara terlalu banyak dalam spuit gunakan bak untuk membuang. Pegang spuit kearah vertikal terhadap ujung jarum, hentakan sedikit ke bak dan dengan perlahan keluarkan sedikit kelebihan cairan ke bak. Periksa ulang ketinggian cairan dengan memegang spuit ke arah vertikal.			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

## Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

## Rencana Keperawatan

[illegible]

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

[illegible]

**Evaluasi Kinerja Praktikum**

<b>Evaluasi</b>	<b>Catatan</b>	<b>Nama &amp; Paraf</b>
Diri		
Peer		

## MENYIAPKAN OBAT SUNTIK DARI FLACON

Nama Mahasiswa:

Peer :

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
1.	Lepaskan cap logam untuk memajan penutup karetnya			
2.	Dengan kapas alkohol usap permukaan penutup karet			
3.	Lepaskan cap jarum. Tarik plunger kebelakang untuk mengumpulkan sejumlah udara yang sama dengan volume medikasi yang akan diaspirasi			
4.	Masukan bagian ujung jarum, dengan bevel jarum mengarah ke atas, menembus bagian tengah penutup karet			
5.	Keluarkan udara ke dalam vial, jangan biarkan plunger kembali keatas			
6.	Balikkan vial sambil tetap memegang vial dengan kuat dengan spuit dan plunger. Pegang vial antara ibu jari dan jari tengah pada tangan yang dominan. Raih bagian ujung barel dan plunger dengan ibu jari dan jari telunjuk dari tangan yang dominan.			
7.	Tahan bagian ujung jarum dibawah ketinggian cairan			
8.	Memungkinkan tekanan udara untuk secara bertahap mengisi spuit dengan medikasi (tarik kembali plunger jika perlu)			
9.	Sentil bagian barel dengan hati-hati untuk melepaskan semua gelembung udara. Keluarkan semua udara yang terdapat diatas spuit kedalam vial			
10.	Jika dosis yang sesuai sudah terpenuhi, angkat jarum dari dalam dengan menarik kekebalan barel spuit			
11.	Untuk mengeluarkan kelebihan gelembung udara lepaskan jarum dari vial dengan menarik barel kebelakang. Pegang spuit dengan jarum mengarah			

	keatas dan sentil-sentil untuk melepaskan gelembung. Tarik sedikit plunger dan dorong plunger keatas untuk mengeluarkan udara (jangan mengeluarkan udara)			
12.	Berikan lebel pada vial jika masih tersisa obat didalamnya. Catat jumlah larutan dan konsentrasi obat			
13.	Bungkus jarum dengan capnya dan ganti jarum yang terdapat pada spuit			
14.	Buanglah alat-alat yang basah pada tempatnya			
15.	Cuci tangan			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

## MEDIKASI PARENTERAL

### Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan injeksi parenteral, khususnya SC, IC, IM, IV dengan tepat dan mandiri.

### **Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti praktikum, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menyebutkan definisi injeksi subkutan, intradermal, dan intramuskular
2. Menyebutkan ukuran jarum yang digunakan untuk tindakan injeksi intradermal, subkutan, intramuscular, dan intravena.
3. Mengidentifikasi area penyuntikan intradermal, subkutan, intramuskular, dan intravena
4. Mendeskripsikan lokasi dan karakteristik area injeksi
5. Mendeskripsikan indikasi dan kontra indikasi area injeksi
6. Mendeskripsikan langkah menginjeksi dengan urutan yang benar
7. Melakukan tindakan injeksi intradermal, subkutan, dan intramuskular.

### **Pendahuluan**

Panduan ini disusun untuk membantu Mahasiswa mempelajari teknik memberikan medikasi secara mandiri. Dalam melakukan tindakan injeksi diperlukan pengetahuan, keterampilan dan rasa percaya diri. Untuk memudahkan pembelajaran dan pencapaian tujuan, mahasiswa dianjurkan memahami anatomi dan fisiologi otot dan kulit serta melakukan latihan injeksi.

### **Medikasi Parenteral**

Pemberian medikasi parenteral merupakan prosedur pemberian medikasi secara invasive dengan prinsip aseptik. Cara pemberian obat yaitu dengan menginjeksi obat dengan suntikan ke dalam jaringan tubuh. Pemberian medikasi ini dilakukan melalui subkutan (SC), intradermal/intracutan (IC), intramuscular (IM), dan intravena (IV).

#### **Tujuan memberikan obat secara parenteral:**

1. Obat diserap lebih cepat dibandingkan dengan pemberian secara oral
2. Mendapatkan reaksi setempat, misalnya tes mantoux
3. Membantu menegakkan diagnosa, misalnya penyuntikan zat kontras

4. Mendapatkan kekebalan (imunisasi), misalnya memberikan suntikan DPT, ATS, BCG.

**Kerugian pemberian medikasi parenteral:**

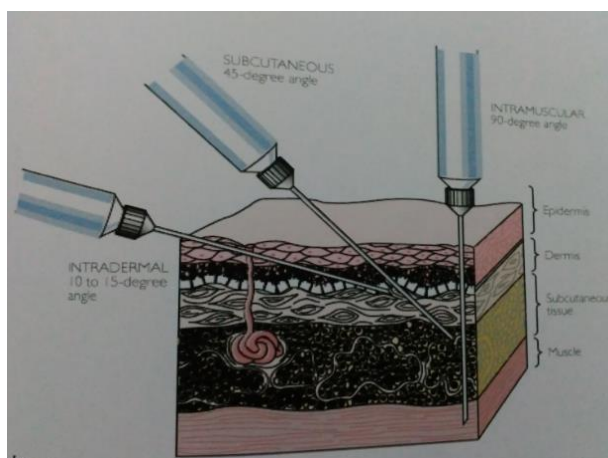
1. Meningkatkan resiko infeksi
2. Harga obat lebih mahal
3. Beresiko terjadi kerusakan jaringan
4. Berbahaya karena diabsorbsi cepat
5. Tindakan injeksi menimbulkan perasaan cemas, takut terutama pada anak-anak.

**Indikasi klien yang diberikan obat secara parenteral:**

1. Klien yang tidak dapat diberikan obat secara per oral
2. Klien dengan penyakit tertentu yang harus diberi pengobatan dengan cara suntikan, misalnya insulin, streptomycin, dan lain-lain.
3. Klien yang memerlukan obat/cairan yang dapat bereaksi dengan cepat
4. Klien yang memerlukan pemeriksaan diagnostik, misalnya dibagian radiologi.

**Lokasi penyuntikan perlu diseleksi dengan memperhatikan:**

1. Daerah yang dipilih untuk injeksi adalah daerah yang tidak ada lesi, hiperpigmentasi, abrasi kulit, jaringan nekrosis, dan mempunyai sedikit bulu rambut.
2. Ada/ tidaknya serat saraf atau pembuluh darah besar dibawah otot.
3. Jumlah obat yang dapat diinjeksi pada lokasi tersebut.



**Jarum Suntik:**

Setiap jarum memiliki tiga karakteristik utama: kemiringan bevel, panjang batang jarum, dan ukuran atau diameter jarum. Ukuran jarum yang digunakan juga beraneka ragam dari ukuran 18 sampai 28. Semakin besar nomor jarum maka semakin kecil ukuran diameter kanula. Gauge (diameter) yang lebih kecil meminimalkan trauma jaringan, gauge dengan ukuran besar diperlukan untuk obat yang kental seperti penisilin (Kozier, 2010). Dibawah ini ukuran jarum yang sesuai untuk medikasi perenteral.

<b>Tipe Injeksi</b>	<b>Ukuran Sduit</b>	<b>Ukuran Jarum</b>
Injeksi Subkutan (SC)	1-2 ml	24-25
Injeksi Intramuscular (IM)	2-3 ml (dewasa) 1-2 ml (anak-anak)	19-23
Injeksi Intradermal (ID)	1 ml	26

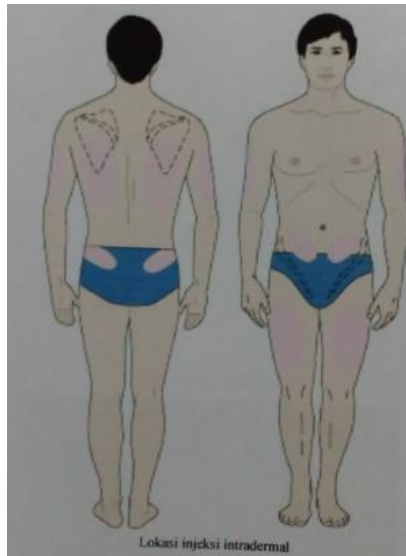
### **Sduit**

Sduit terdiri dari tabung (barrel) berbentuk silinder dengan bagian ujung (tip) di desain tepat berpasangan dengan jarum hypodermis dan alat penghisap (plunger) yang tepat menempati rongga sduit. Jenis sduit yang umum digunakan adalah **sduit hipodermik** dibagi menjadi ukuran 2-1,5 dan 3 ml. **Sduit Insulin** sama dengan sduit hipodermik, tetapi skalanya dirancang khusus untuk insulin, skala kalibrasi 100 unit. **Sduit tuberculin** awalnya dirancang untuk memberikan tuberculin, sduit tuberculin dikalibrasi dalam puluhan atau ratusan milliter (sampai 1 ml).

### **Area penyuntikan yang dapat dipilih:**

#### **1. Injeksi Intradermal (ID)**

Yaitu pemberian obat dalam lapisan dermal (dermis) kulit tepat dibawah lapisan epidermis. Metode ini umumnya digunakan untuk tes alergi dan skrining tuberculosis (TB) serta tes terhadap reaksi alergi obat tertentu. Area yang umum digunakan adalah lengan bagian bawah dalam, dada atas dan punggung dibawah skapula. Hindari menggunakan area injeksi yang lunak, inflamasi atau bengkak dan yang mengalami lesi. Sudut injeksi 5°-15°.



## 2. Injeksi Subkutan

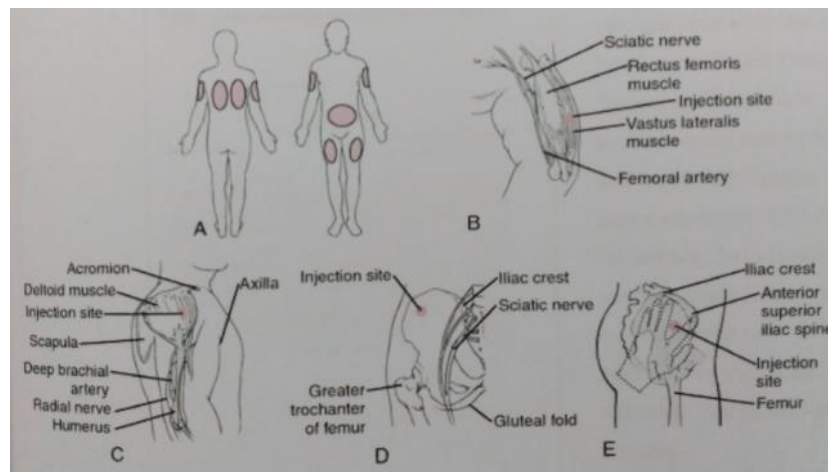
Yaitu pemberian obat dibawah tempat dermis. Injeksi subkutan memiliki penyerapan lebih lambat dari IM karena sedikit pembuluh darah. Area subkutan biasanya digunakan untuk injeksi insulin dan heparin. Di area subkutan terdapat banyak reseptor nyeri, sehingga menimbulkan rasa sakit. Area tubuh yang dapat digunakan untuk injeksi adalah lengan atas, anterior paha, abdomen, skapula pada punggung atas, dan area ventrogluteal atas dan dorsogluteal.

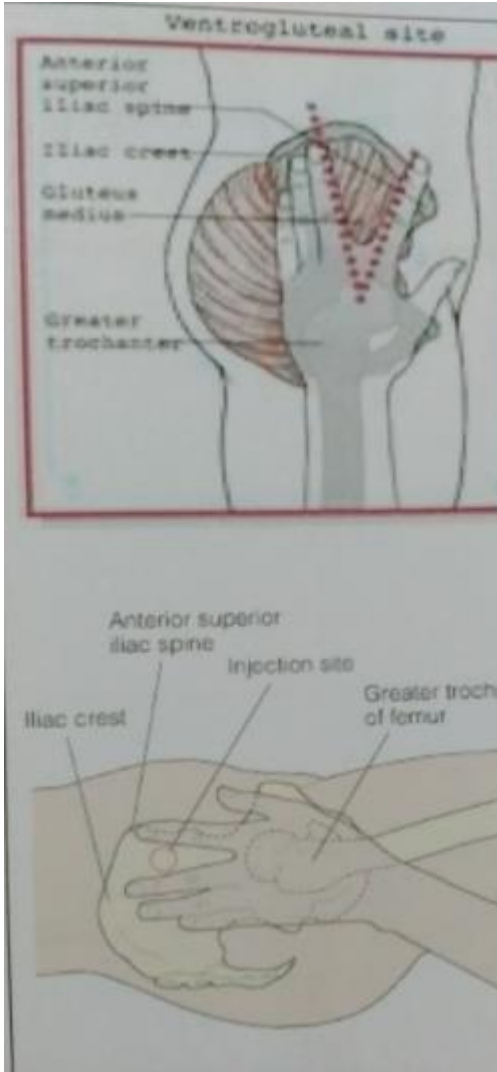
Sudut injeksi  $45^{\circ}$  tergantung pada kondisi ketebalan kulit. Jika klien memiliki lebih dari 0,75 cm jaringan adipose pada area injeksi. Jika klien kurus atau kekurangan jaringan adipose, injeksi subkutan harus diberikan dengan kulit dicubit dan pada sudut  $45^{\circ}$ . Klien penderita diabetes secara teratur merontas tempat injeksi setiap hari untuk mencegah hipertofi (penebalan) kulit dan lipodistrofi (atrofi jaringan).

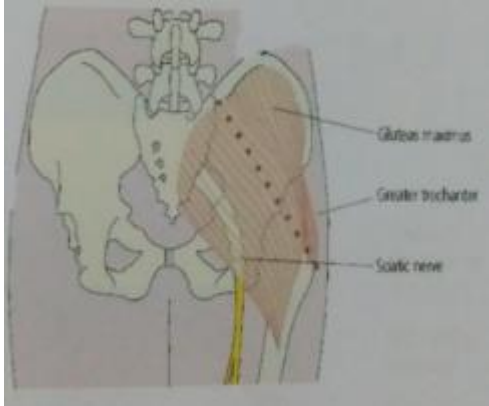
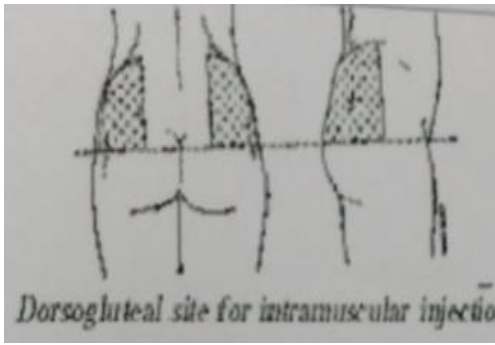


### 3. Injeksi Intramuskular (IM)

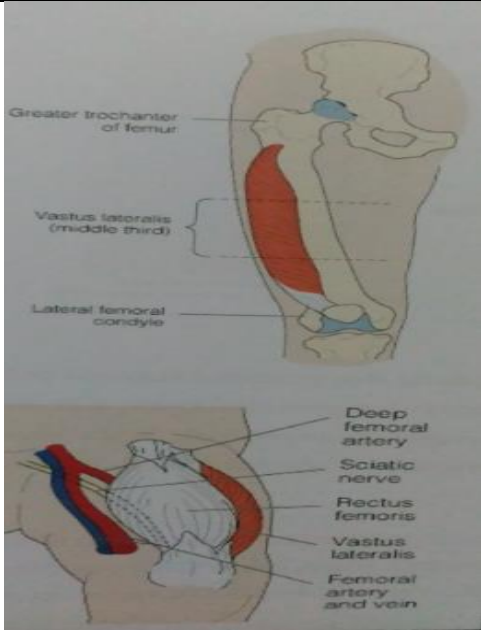
Yaitu pemberian obat kedalam jaringan otot. Injeksi intramuskular diabsorbsi lebih cepat dibandingkan injeksi subkutan karena terdapat lebih banyak pembuluh darah ke otot tubuh. Pertimbangan utama pemberian injeksi intramuskular adalah pemilihan lokasi injeksi yang aman, jauh dari pembuluh darah besar, saraf dan tulang. Kontra indikasi untuk menggunakan area tertentu meliputi cedera jaringan dengan adanya nodul, benjolan, abses, nyeri tekan atau patologi lainnya. Sudut penyuntikan 90°.

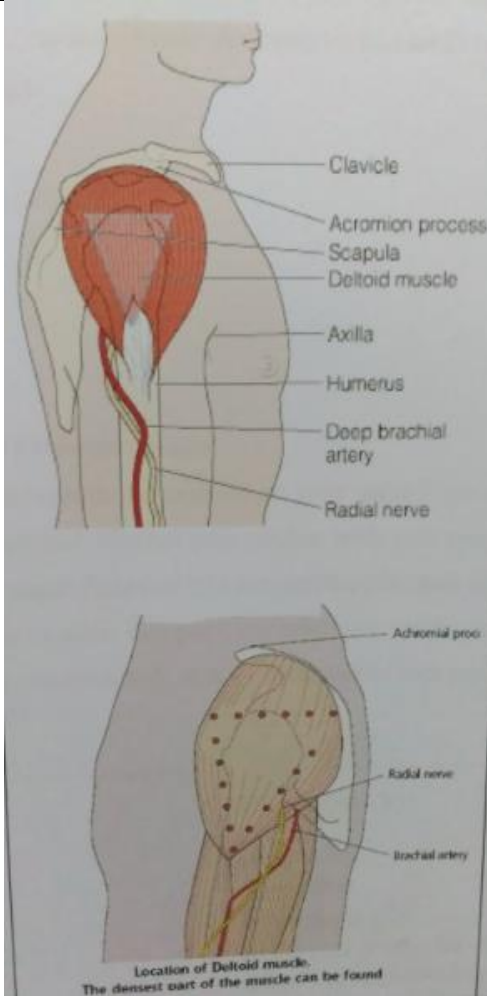


Area Injeksi	Lokasi	Karakteristik
Ventroglutea 1	<p>Berada di otot gluteus medius</p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Otot besar dan tebal, jauh dari serat saraf dan pembuluh darah besar.</li> <li>2. Jauh dari rectum dan kecil kemungkinan terkontaminasi dengan urine atau feses.</li> <li>3. Cocok untuk anak-anak berusia &gt;7 tahun.</li> <li>4. Posisi klien saat injeksi: berbaring, telungkup, berbaring miring.</li> <li>5. Cara menentukan: Tangan kanan digunakan untuk pinggul kiri, dan tangan kiri untuk pinggul kanan. Perawat menunjukkan ibu jarinya ke arah lipat paha klien dan jari kerah kepala klien. Tempat injeksi terpajan ketika perawat melebarkan jari tengah ke belakang sepanjang krista iliaka ke arah</li> </ol>

		<p>bokong. Jari telunjuk, jari tengah dan krista iliaka membentuk sebuah segitiga, dan tempat injeksi terletak di tengah segitiga tersebut.</p>
dorsogluteal	  <p><i>Dorsogluteal site for intramuscular injection</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beresiko mengenai nervous skiatik dan arteri.</li> <li>2. Digunakan pada orang dewasa dan anak-anak yang memiliki perkembangan otot gluteusnya baik (anak usia &lt;3 tahun tidak boleh).</li> <li>3. Dekat rektum, jadi harus benar-benar dibersihkan.</li> <li>4. Cara menentukan lokasi : garis imajinari dibuat dengan SIAS sebagai batas horizontal atas dan ujung spina sebagai batas bawah. Masing-masing ditarik garis, garis vertikal adalah batas tepi tubuh dan garis tengah tubuh sehingga membentuk</li> </ol>



		<p>segiempat. Segiempat ini dibagi menjadi empat bagian. Area penyuntikan adalah bagian luar atas.</p>
<p>Vastus Lateralis</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagian lateral anterior paha.</li> <li>2. Otot dibagi menjadi 3 bagian dan 1/3 bagian tengah otot merupakan lokasi injeksi yang baik.</li> <li>3. Ototnya tebal, jauh dari serat saraf dan pembuluh darah utama.</li> <li>4. Pilihan untuk injeksi bayi usia 7 bulan atau lebih muda.</li> <li>5. Posisi klien : berbaring atau duduk.</li> </ol>

<p>Deltoid</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Otot deltoid berada di aspek lateral lengan atas.</li> <li>2. Tidak untuk anak-anak</li> <li>3. Jauh dari pembuluh darah besar dan utama tetapi kemungkinan dapat merusak nervus ulnaris dan radialis.</li> <li>4. Direkomendasikan untuk injeksi vaksin hepatitis B pada orang dewasa.</li> <li>5. Cara menentukan lokasi : tentukan garis bawah proses akromion yang membuat garis horizontal untuk membentuk segitiga ke arah bawah. Bagian tengah dari segitiga ini merupakan tempat injeksi.</li> </ol>
----------------	---	--

### Persiapan Klien

Penjelasan/ pendidikan kesehatan bergantung pada kebutuhan klien. Hal ini diketahui dari hasil pengkajian klien akan pengetahuan mengenai regimen pengobatan yang akan dijalankannya. Umumnya klien diberi penjelasan mengenai tindakan, tujuan pengobatan, efek obat yang diharapkan, dan efek samping. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.

### **Persiapan Alat**

1. Obat (ampul: bentuk dalam kaca digunakan sekali pakai; vial/ vial penutup dari karet dan biasanya dapat digunakan lebih dari sekali). Cara mengambil obat:
  - a. Ampul: patahkan secara hati-hati sesuai garis pada leher ampul.
  - b. Flacon/ vial: masuka udara sejumlah obat yang akan dikeluarkan. Obat secara otomatis akan keluar, karena tekanan di dalam vial lebih tinggi.
2. Syring dan jarum
3. Kapas alkohol
4. Bengkok
5. Bak spuit
6. Sarung tangan
7. Kartu obat

### **Komplikasi dan Penanganannya**

Penyuntikan terus-menerus dilokasi yang sama dapat menyebabkan rasa nyeri dan kerusakan jaringan otot. Hindari penyuntikan pada area yang bengkak/ terdapat kerusakan jaringan. Hal ini dapat dihindari bila penyuntikan di rotasi di beberapa tempat. Penyuntikan IM menyebabkan paralisis bila penyuntikan terkena saraf. Untuk itu, perlu memperhatikan anatomi tubuh, untuk mendapatkan area penyuntikan yang aman.

#### **6 BENAR OBAT**

1. Benar Klien
2. Benar Obat
3. Benar Dosis Obat
4. Benar Cara Pemberian Obat
5. Benar Waktu Pemberian Obat
6. Benar Dokumentasi

## 5. MELAKUKAN PEMBERIAN OBAT SECARA PARENTERAL

Nama Mahasiswa:

Peer :

Tanggal:

No	Komponen	D	TD	Ket
	<b>Fase orientasi</b>			
1.	Mengucapkan salam			
2.	Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan			
3.	Menjelaskan langkah prosedur			
4.	Melakukan kontrak waktu dan menanyakan persetujuan klien			
5.	Menjaga privasi klien			
	<b>Fase Kerja</b>			
6.	Mencuci tangan			
7.	Memakai sarung tangan			
8.	Mengatur posisi klien			
9.	Memasang pengalas			
10.	Mendekatkan alat			
	<b>A. Injeksi Intramuscular (IM)</b>			
11.	Menentukan area penyuntikan			
12.	Melakukan desinfeksi pada area yang ditentukan			
13.	Melepaskan tutup jarum dengan menggunakan teknik satu tangan			
14.	Masukkan jarum kedalam muskulo dengan sudut 90° dengan tangan yang tidak dominan meregangkan atau mencubit sekitar area penyuntikan (disebutkan*)			
15.	Menginspirasi dan mengobservasi jika ada darah yang masuk ke dalam spuit *			
16.	Memasukkan obat pelan-pelan			
17.	Mencabut jarum sambil menekan tempat tusukan dengan kapas alkohol. Massage bagian tersebut.			
18.	Mengobservasi adanya perdarahan superfisial			
19.	Menutup jarum dengan teknik satu tangan			
20.	Mengambil perlak dan pengalas			
21.	Melepas sarung tangan			
22.	Mengembalikan klien pada posisi yang nyaman			

23.	Merapihkan pasien			
	<b>B. Injeksi Intracutan (IC)</b>			
24.	Menentukan area penyuntikan			
25.	Melakukan desinfeksi pada area yang ditentukan			
26.	Melepaskan tutup jarum dengan menggunakan teknik satu tangan			
27.	Memasukkan jarum dengan sudut 15°, dengan tangan yang tidak dominan meregangkan area sekitar penyuntikan			
28.	Memasukkan obat pelan-pelan sampai tampak bulatan menonjol			
29.	Menarik jarum dan jangan lakukan massage. Tandai bulatan yang menonjol dengan pena.			
30.	Menutup jarum dengan teknik satu tangan			
31.	Mengambil perlak dan pengalas			
32.	Melepas sarung tangan			
33.	Mengembalikan klien pada posisi yang nyaman			
34.	Merapihkan pasien			
	<b>C. Injeksi Subcutan (SC)</b>			
35.	Menentukan area penyuntikan			
36.	Melakukan desinfeksi pada area yang ditentukan			
37.	Melepaskan tutup jarum dengan menggunakan teknik satu tangan			
38.	Memasukkan jarum dengan sudut 45°, dengan tangan yang tidak dominan meregangkan area sekitar penyuntikan			
39.	Memasukkan obat pelan-pelan			
40.	Mencabut jarum sambil menekan tempat tusukan. Massage bagian tersebut kecuali kontraindikasi			
41.	Menutup jarum dengan teknik satu tangan			
42.	Mengambil perlak dan pengalas			
43.	Melepas sarung tangan			
44.	Mengembalikan klien pada posisi yang nyaman			
45.	Merapihkan pasien			
	<b>Fase Terminasi</b>			
46.	Mengevaluasi respon pasien			
47.	Membereskan alat			
48.	Mencuci tangan			

49.	Mengucap salam			
50.	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber

pustakanya)

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<b>Evaluasi Kinerja Praktikum</b>
-----------------------------------

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

### PEMBERIAN OBAT INTRAMUSCULAR (IM)

Nama Mahasiswa:

Peer :

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
1.	Lihat program pengobatan yang diberikan dokter, nama obat, dosis, tujuan pengobatan, dan riwayat alergi klien*			
2.	Buat kartu obat: <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;">             Nama Klien :                      No Kamar:              Nama Obat :              Dosis Obat :              Jam Pemberian:           </div>			
3.	Cuci tangan*. Fokuskan perhatian pada persiapan obat			
4.	Ambil obat yang benar, baca label dan batas kadaluarsa*			
5.	Hitung dosisi obat* Dosis yang diberikan = <u>Dosis yang diminta</u> X Jumlah yang tersedia ditangan Dosis yang ditangan			
6.	Lakukan double cek: nama obat, dosis, dan hasil perhitungan			
7.	Pilih suntikan dan jarum yang sesuai			
8.	Siapkan obat			
	<b>PEMBERIAN INJEKSI IM</b>			
10.	Baca label obat untuk ketiga kalinya sebelum mengembalikan obat tersebut dalam lemari penyimpanan			
11.	Bawa obat ke klien, memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan pengobatan serta prosedur tindakan*			
12.	Kaji identitas klien* (cek nama pada peneng atau minta klien untuk menyebutkan namanya)			



13.	Berikan posisi yang nyaman, dan bantu klien untuk memperoleh posisi yang benar			
14.	Gunakan satung tangan (sesuai aturan institusi) dan lakukan pemberishan area suntikan dengan cara berputar dengan arah dari dalam ke luar.			
15.	Gunakan ibu jari dan telunjuk dari tangan yang non dominan untuk merenggangkan area injeksi.			
16.	Gunakan tangan dominan untuk memegang jarum dan tusukan jarum dengan sudut 90° dari permukaan*			
17.	Aspirasi, bila ditemukan darah, maka jarum tarik keluar. Bila tidak ada darah, injeksikan obat kedalam otot*			
18.	Tarik suntikan, buang suntikan tanpa ditutup pada tempat khusus*			
19.	Berikan plester bila perlu dan bantu klien mendapatkan posisi yang nyaman.			
20.	Lepaskan sarung tangan, cuci tangan, dan kembalikan peralatan			
21.	Kembali ke klien, kai efek obat dan respo klien*			
22.	Dokumentasi pemberian obat*			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

\*: Jelaskan rasionalnya

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Rencana Keperawatan

.....  
 .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Evaluasi Kinerja Praktikum**

<b>Evaluasi</b>	<b>Catatan</b>	<b>Nama &amp; Paraf</b>
Diri		
Peer		

**INJEKSI INTRAVENA**

**Tujuan Umum**

Setelah mengikuti praktikum diharapkan mahasiswa mampu mendemonstrasikan injeksi intravena dengan benar.

**Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti praktikum mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan definisi injeksi intravena
2. Menjelaskan lokasi injeksi intravena
3. Menjelaskan cara injeksi intravena
4. Mendemonstrasikan injeksi intravena

**Injeksi Intravena**

Jalur vena dipakai khususnya untuk tujuan agar obat yang diberikan dapat bereaksi dengan cepat misalnya pada situasi gawat darurat. Obat langsung masuk sistem sirkulasi reaksi lebih cepat dibanding dengan cara enteral atau parenteral yang memerlukan waktu untuk absorpsi.

Cara pemberian obat intravena jika klien tidak memakai infus diinjeksikan langsung ke vena yaitu mencari vena yang besar (vena basilika atau vena sefalika pada lengan).

Jika klien dipasang infus, obat dapat diberikan melalui botol infus atau melalui karet pada selang infus yang dibuat untuk memasukkan obat.

Mengusap tempat yang akan ditusuk dengan kapas antiseptik dan klem infus dimatikan selama obat dimasukkan. Bila sudah selesai kecepatan tetesan diatur kembali. Untuk memasukkan obat melalui vena, perawat harus mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang cukup sehingga tidak terjadi kesalahan karena resikonya sangat besar misalnya emboli udara.

**Tujuan umum:**

1. Untuk mendapatkan darah
2. Memasukkan obat
3. Memulai infus IV
4. Menyuntikan bahan radiopaque untuk pemeriksaan sinar X

**Persiapan alat:**

1. Larutan IV yang tepat
2. Jarum/ kateter untuk fungsi vena yang sesuai
3. Untuk infuse cairan IV
  - a. Perangkat pemberian (pilihan tergantung pada tipe lautan dan kecepatan pemberian: bayi dan anak kecil memerlukan selang mikrodrip, yang memberikan 60 tetes/menit)
  - b. Filter 0,22 m (bila diperlukan oleh kebijakan institusi atau bila bahan berpartikel akan diberikan)
  - c. Tambahan selang (digunakan bila jalur IV lebih panjang).
4. Untuk heparin lock
  - a. Steker IV
  - b. Loop IV atau selang pendek (bila perlu)
  - c. Normal salin atau salin heparinisasi 1 sampai 3 ml (10-100 U/ml).
5. S spuit
6. Torniquet
7. Sarung tangan sekali pakai
8. Papan tangan
9. Kass 2x2 dan salep povidon yodin: atau balutan transparan, larutan hovidon yodin/
10. Plester yang telah dipotong dan siap digunakan

11. Handuk untuk diletakkan dibawah tangan pasien
12. Tiang intravena
13. Pakaian khusus dengan kancing di lapisan bahu (membuat pelepasan selang IV lebih mudah) bila tersedia.

## INJEKSI INTRAVENA

Nama Mahasiswa:

Peer :

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
1.	Memastikan tentang adanya order pengobatan			
2.	Menyiapkan alat			
3.	Menyakinkan bahwa klien benar dan beritahu klien tentang tindakan yang dilakukan dan atur posisi yang nyaman			
4.	Tentukan dan cari vena yang akan ditusuk			
5.	Bila vena sudah ditemukan pasang torniquet agar vena benar-benar dapat dilihat, diraba dan diusap dengan alkohol swab			
6.	Siapkan spuit yang sudah berisi obat dan cek adanya udara			
7.	Dengan pelan tusukkan jarum kedalam vena dengan posisi jarum sejajar dengan vena. Untuk mencegah vena tidak bergeser tangan yang tidak memegang spuit digunakan untuk menahan vena sampai jarum masuk vena.			
8.	Lakukan aspirasi dengan cara menarik pengokang spuit. Bila terhisap darah lepas torniquet dan dorong obat pelan-pelan ke dalam vena.			
9.	Setelah obat masuk semua segera cabut spuit dan buang spuit ditempat sesuai prosedur.			
10.	Rapihkan klien dan atur posisi yang nyaman			
11.	Obesrvasi klien dan catat tindakan			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

## **Dokumentasi**

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

### PENILAIAN DAN PENGUKURAN CVP

#### Tujuan Umum

Setelah mempelajari dan mempraktikan, mahasiswa mampu melakukan pengukuran CVP pada pasien dengan sistem kardiovaskuler.

#### Tujuan Khusus

Setelah mengikuti praktikum mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mempersiapkan pasien yang akan dilakukan CVP
2. Mengukur CVP

#### Pengukuran CVP

*Central Venous Pressure* yang juga dikenal dengan singkatan CVP atau kita sebut sebagai Tekanan Vena Sentral, pada beberapa penanganan kasus sangat diperlukan untuk mendukung diagnosa, mengetahui kondisi pasien, serta memonitoring resusitasi. CVP adalah suatu hasil dari pengukuran tekanan vena sentral dengan jalan memasang suatu alat *Central Venous Catheter* atau yang dikenal dengan singkatan CVC. CVC tersebut dapat dipasang pada beberapa lokasi seperti pada vena jugularis interna, vena subklavia, vena basilika, vena femoralis. Dimana masing-masing lokasi tersebut memiliki keuntungan dan kerugian dalam hal tingkat kesulitan pemasangan, resiko pemasangan, kenyamanan pasien, perawatan CVC, juga ketersediaan jenis CVC yang sesuai dengan lokasi pemasangan CVC tersebut.



**Indikasi pemasangan CVC, meliputi:**

1. Pasien dengan trauma berat disertai dengan perdarahan banyak dan dapat menimbulkan syok.
2. Pasien dengan tindakan pembedahan yang besar seperti open heart, trepanasi.
3. Pasien dengan kelainan ginjal (ARF, oliguria)
4. Pasien dengan gagal jantung.
5. Pasien yang terpasang nutrisi parenteral (dextrosa 20% aminofusin).
6. Pasien yang diberikan tranfusi darah dalam jumlah yang besar (tranfusi masif).

**Lokasi pemasangan CVP:**

1. Vena jugularis interna kanan atau kiri (lebih umum pada kanan).
2. Vena subklavia kanan atau kiri, tetapi duktus thorak rendah pada kanan
3. Vena brakhiali, yang mungkin tertekuk dan berkembang menjadi phlebitis
4. Lumen proksimal kateter arteri pulmonalis, di atrium kanan atau tepat di atas vena kava superior.

**Komplikasi pemasangan CVP, yaitu:**

1. Perdarahan
2. Tromboplebitis (emboli trombus, emboli udara, sepsis)
3. Pneumothorak, hemathorak, hidrotorak
4. Pericardial effusion
5. Aritmia
6. Infeksi
7. Perubahan posisi jalur

## 6. PENILAIAN PROSEDUR PENGUKURAN CVP

Nama Mahasiswa:

Peer :

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
1.	<b>Persiapan untuk pengukuran:</b> a. Skala pengukur b. Selang penghubung (manometer line) c. Standar infus d. Three way stopcock e. Pipa U f. Set infus			
2.	<b>Persiapan perawat dan lingkungan</b> a. Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan b. Menyiapkan posisi pasien sesuai kebutuhan c. Menyiapkan lingkungan aman dan nyaman			
3.	<b>Pelaksanaan Prosedur:</b> a. Pengukuran CVP secara noninvasif dapat dilakukan dengan cara mengukur tekanan vena jugularis b. Secara invasif dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu: 1) Memasang kateter CVP yang ditempatkan pada vena kava superior atau atrium kanan, teknik pengukuran dapat menggunakan manometer air atau transduser 2) Melalui bagian proksimal kateter arteri pulmonalis. Pengukuran ini hanya dapat dilakukan dengan menggunakan transduser.			
4.	<b>Cara pengukuran:</b> a. Memberikan penjelasan kepada klien b. Mengatur posisi klien			

	c. Lavelling, adalah mensejajarkan letak jantung (atrium kanan) dengan skala pengukur atau transduser d. Letak jantung dapat ditentukan dengan cara membuat garis pertemuan antara sela iga ke empat (ICS IV) dengan garis pertengahan aksila e. Menentukan nilai CVP, dengan memperhatikan undulasi pada manometer dan nilai dibaca pada akhir ekspirasi f. Membereskan alat-alat g. Memberitahu klien bahwa tindakan telah selesai.			
<b>5.</b>	<b>Sikap</b>			
	a. Displin			
	b. Kemandirian			
	c. Penampilan			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

<b>Evaluasi Kinerja Praktikum</b>
-----------------------------------

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

## **PENGUKURAN DISTENSI VENA JUGULARIS**

### **Tujuan Umum**

Setelah mempelajari dan mempraktikan, mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan JVP.

### **Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti praktikum mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mengidentifikasi letak Vena Jugularis Eksterna
2. Menyiapkan alat-alat untuk melakukan pemeriksaan JVP
3. Mendemonstrasikan pemeriksaan JVP dengan baik dan benar

### **Pemeriksaan *Jugular Venous Pressure* (JVP)**

#### **1. Pulsasi vena jugular**

- a. Pulsasi vena jugular dan tekanan vena jugular dapat diartikan sebagai tekanan dan pulsasi vena jugular interna.
- b. Meskipun vena jugular interna terletak jauh di bawah otot sterno-cleido-mastoideus, pulsasi dari pembuluh darah vena dapat terlihat di bawaah ini.
- c. Vena jugular interna kanan merupakan saluran langsung dari atrium kanan dibandingkan vena jugular interna kiri. Pemeriksan tekanan dan pulsasi pada vena jugular interna kanan merupakan pilihan terbaik.
- d. Pemeriksaan vena jugular eksterna tidak disarankan, karena vena jugular eksterna memiliki katu-katup dan melewati otot-otot wajah yang dapat menghalangi trensmisi pulsasi dan tekanan dari atrium kanan.
- e. Bedakan pulsasi vena jugular interna dengan pulsasi arteri karotis:
  - 1) Pulsasi vena jugular interna menurun saat inspirasi dan meningkat saat ekspirasi, hal ini tidak terjadi pada arteri karotis.
  - 2) Pada saat terjadi valsava manuver, terjadi peningkatan tekanan intra thorak dam juga pulsasi vena jugular interna. Tetapi tidak terjadi pada arteri karotis.
  - 3) Pulsasi vena jugular interna terlihat pada permukaan kulit tetapi tidak dapat teraba. Sedangkan pulsasi arteri karotis terletak lebih dalam dan teraba.

## 2. Tekanan vena jugular

- a. Point tertinggi pulsasi vena disebut “kepala”. Tinggi kepala ini bervariasi pada respirasi: menurun pada inspirasi ketika tekanan negatif tekanan intra thorak meningkat kembalinya aliran vena ke jantung, meningkat saat tekanan positif intra thorak “impedes” aliran vena ke jantung.
- b. Rata-rata dari aliran ini (antara inspirasi dan ekspirasi) mencerminkan tekanan hidrostatik di atrium kanan, nilai normalnya 6-110 cmH<sub>2</sub>O.
- c. Jugular venous pressure (JVP) biasanya diperlihatkan sebagai tinggi vertikal pembuluh dadah (kepala cm) dihubungkan dengan sudut sternum (*angel of louis*).
- d. Dengan bantuan 2 buah penggaris, tinggi vertikal yang dihubungkan sudut sternum dapat ditentukan dengan “*methode of triangulation*”
- e. Sudut sternum terletak 5 cm diatas atrium kanan pada dewasa sama pada posisi supine, reclining ataupun duduk, tekanan hidrostatik di atrium kanan (cmH<sub>2</sub>O) setara dengan tinggi vertikal (cm) “Kepala” vena diatas sudut sternum ditambah 5 cm.
- f. Pada kondisi klien yang normal, “Kepala” pulsasi vena jugular biasanya terlihat setinggi klavikula saat posisi tubuh dinaikkan dengan sudut 45°.
- g. JVP dengan nilai lebih dari 5 cm di atas sudut sternum disebut terjadi peningkatan.

## 3. Prosedur Pemeriksaan JVP

- a. Dibutuhkan dua buah penggaris cm untuk pengukuran jika ada distensi vena.
- b. Baringkan tubuh klien. Awasi jika terjadi dispnea (klien dengan distensi vena jugularis sering tidak dapat berbaring lurus tanpa adanya dispnea).
- c. Periksa berdiri disebelah kanan klien, untuk memeriksa vena jugularis kanan.
- d. Buka pakaian yang menutup leher dan dada klien.
- e. Tinggikan posisi kepala dengan sudut 45° dan tolehkan kepada klien ke arah kiri.
- f. Lihatlah permukaan kulit leher secara tangensial keseluruhan bagian bawah leher dengan cahaya yang cukup. Perhatikan pulsasi yang terjadi dan kepala vena jugular interna.
- g. Jika terdapat pulsasi, mintalah klien untuk bernafas secara perlahan memasukan dan mengeluarkan udara, observasi tinggi pulsasi selama manuver ini.

- h. Tentukan tinggi vertikal pulsasi dihubungkan dengan sudut sternum dengan metode triangulasi seperti gambar diatas. Jika tinggi vertikal 3 cm, catat hasil pemeriksaan sebagai berikut: 3 cm di atas sudut sternum dengan posisi 45°
- i. Ubahlah sudut elevasi dan ulangi pemeriksaan jika anda tidak dapat melihat “Kepala” pulsasi vena jugular.
- j. Hasil normal:
  - 1) JVP normalnya tidak lebih dari 5 cm diatas sudut sternum.
  - 2) Saat klien di elevasi 45°, kepala pulsasi vena jugular normal terlihat setinggi klavikula.
- h. Hasil abnormal:
  - 1) Peningkatan JVP biasanya terlihat pada kondisi gagal jantung kanan.
  - 2) Peningkatan JVP juga merupakan tanda dari overload cairan, meskipun tidak terjadi gagal jantung.
  - 3) Peningkatan JVP dapat juga disebabkan oleh cardiac tamponade atau perikarditis konstriktif.
  - 4) Peningkatan JVP juga terlihat pada obstruksi vena kava superior.

## 7. PENGUKURAN TEKANAN VENA JUGULARIS (JVP)

Nama Mahasiswa:

Peer :

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
<b>1.</b>	<b>Persiapan:</b> a. 2 buah penggaris/ mistar b. Pulpen c. Kapas alkohol			
<b>2.</b>	<b>Fase Orientasi</b>			
	Memberi salam dan menyapa klien			
	Memperkenalkan diri			
	Melakukan kontrak			
	Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan			
	Menanyakan kesediaan klien untuk dilakukan tindakan			
<b>3.</b>	<b>Fase Kerja</b>			
	Memasang tirai/ penutup			
	Mencuci tangan			
	Pemeriksa berdiri disebelah kanan klien			
	Klien berbaring dengan membuat sudut 30° dari bidang horizontal			
	Temukan titik teratas dimana pulsasi vena jugularis interna nampak, kemudian dengan penggaris ukurlah jarak vertikal antara titik ini dengan angulus sternalis			
	Apabila Anda tidak dapat menemukan pulsasi vena jugularis interna, Anda dapat mencari pulsasi vena jugularis eksterna			
	Sudut ketinggian dimana penderita berbaring harus diperhitungkan karena ini memperngaruhi hasil pemeriksaan			
<b>4.</b>	<b>Fase Terminasi</b>			



	Rapihkan pasien			
	Perawat cuci tangan			
	Mengevaluasi respon pasien			
	Mengucapkan salam			
	Dokumentasikan			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### **Dokumentasi**

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<b>Evaluasi Kinerja Praktikum</b>
-----------------------------------

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

## 8. PEMASANGAN INFUS

Nama Mahasiswa:

Peer:

Tanggal:

No	Keterangan	D	TD	Ket
1.	<b>Persiapan Alat :</b>			
	a. Standar infus			
	b. Cairan steril sesuai instruksi			
	c. Set infus steril			
	Jarum/Wing needle/Abocath dengan nomor yang			
	d. sesuai			
	e. Bidai dan pembalut (k/p)			
	f. Tali pengikat (restrain) k/p			
	g. Pengalas			
	h. Pengikat pembendung (tourniquet)			
	i. Kapas alkohol 70% dalam tempatnya			
	j. Plester			
	k. Gunting			
	l. Piala ginjal			
	m. Kassa steril			
	n. Sarung tangan steril			
	Providone - iodone (bethadine 10%) / zalf			
	o. antibiotik			
2	<b>Persiapan pasien :</b>			
	Memberitahu pasien tentang tindakan yang akan			
	a. dilakukan			
	b. Menyiapkan lingkungan pasien			
3	<b>Mengisi Slang Infus :</b>			
	a. Mencuci tangan			
	b. Memeriksa etiket			
	c. Menggantungkan botol infus			

	d. Mendesinfeksi karet penutup botol			
	Pengatur tetesan ditutup, jaraknya 2 - 4 cm			
	e. dibawah tempat tetesan			
	f. Menusukkan set infus kedalam botol infus			
	Ruang tetesan diisi setengah ( jangan sampai			
	g. terendam )			
	Slang infus diisi cairan infus dikeluarkan			
	h. udaranya			
	<b>Melakukan Venapungsi</b>			
	a. Menentukan lokasi ( mencari vena )			
	1) Bila akan dilakukan di lengan pakaian			
	atas dibuka			
	2) Bila di kaki pakaian bawah (celana			
	panjang dibuka )			
	b. Pasang pengalas			
	c. Melakukan pembendungan			
	d. Menggunakan sarung tangan			
	e. Mendesinfeksi lokasi punksi			
	Menusukkan wing needle/kateter abocath ke			
	f. dalam vena dengan			
	susut 30 derajat			
	Bila sudah keluar darah, tarik mandrin dan			
	g. dorong catheter dengan memilin			
	Buka pembendung dan lepaskan mandrin serta			
	h. sambungkan			
	i. dengan slang infus			
	j. Pengatur tetesan dibuka			
	k. Menilai ada/tidaknya pembengkakkan			
	Badan abocath atau wing needle difiksasi dengan			
	l. plester			
	Daerah punksi diberi bethadine/ salf antibiotik			
	m. dan ditutup kassa steril dan dipelester			

	n. Pasang bidai dan dibalut (k/p)			
	o. Restrain dipasang (k/p)			
	Mengatur tetesan dalam satu menit dan			
	p. memberikan label tanda pemasangan			
	label tanda pemasangan			
	q. Merapihkan pasien			
	r. Membereskan alat-alat			
	s. Mencuci tangan			
	t. Mencatat :			
	1) tanggal dan jam pemberian cairan			
	2) macam cairan			
	u. Mengobservasi reaksi pasien			
5	<b>S i k a p :</b>			
	a. Teliti			
	b. Efektif dan efisien			
	c. Hati-hati			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

## Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

## **B. PROSEDUR SISTEM PERNAFASAN**

1. Pemeriksaan Fisik Pernafasan
2. Mengatur Posisi Semi Fowler\*
3. Mengatur Posisi Fowler\*
4. Melakukan Fisioterapi Dada
5. Memberikan Oksigen melalui Nasal Canule/Face Mask\*
6. Melakukan Inhalasi
7. Melakukan Suction
8. Melakukan Penghisapan Lendir dari Mulut/Hidung/Trakeostomy
9. Melakukan Perawatan WSD

## **PENGKAJIAN FISIK SISTEM PERNAFASAN**

### **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan pemeriksaan fisik sistem pernafasan dengan benar.

### **Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti praktikum, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan teknik-teknik pemeriksaan fisik sistem pernafasan
2. Mendemonstrasikan pemeriksaan fisik pada Thorak atau dada

### **Pokok Materi**

Ruang lingkup materi yang dipelajari, yaitu:

1. Pemeriksaan umum
2. Inspeksi
3. Palpasi
4. Perkusi
5. Auskultasi

Dalam pemeriksaan fisik sistem pernafasan, ada beberapa langkah yang harus yang dilakukan, yaitu:

#### **1. Pemeriksaan umum**

Pemeriksaan fisik sistem pernafasan dapat menggunakan keempat cara pemeriksaan fisik yaitu: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Keempat cara tersebut dilakukan berkesinambungan untuk mendapatkan pemeriksaan *regional* yang efisien. Jadi, pemeriksaan dimulai dengan pemeriksa menghadap pasien yang duduk untuk inspeksi dada anterior, diikuti dengan pemeriksaan lengkap toraks posterior dan lateral serta paru yang diakhiri dengan auskultasi dan perkusi paru anterior.

Pasien tetap duduk selama pemeriksaan ini dan pemeriksa berpindah dari depan kebelakang pasien. Pemeriksaan dapat dilakukan pemeriksaan kulit yang dijumpai pada dinding dada.



Penilaian pernafasan dilakukan pada kontak pertama dan selama anamnesis, termasuk memperhatikan usaha, kecepatan dan kedalaman nafas, dan suara nafas. Untuk pemeriksaan harus mengikuti urutan seperti yang disajikan dalam tabel berikut:

Tabel: Urutan Pemeriksaan Dada

Posisi Pemeriksa	Manuver
Berhadapan dengan pasien	Inspeksi dinding dada anterior
Menghadap punggung pasien	Inspeksi gerakan pernafasan Hitung pernafasan Inspeksi dan palpasi vertebra torakalis Perkusi angulus kostovertebralis Palpasi gerakan pernafasan Perkusi gerakan diafragma Perkusi paru (posterior) Auskultasi paru (posterior)
Pada sisi kanan dan kiri pasien, berurutan	Inspeksi dinding dada lateral Perkusi paru (lateral) Auskultasi paru (lateral)
Berhadapan dengan pasien	Auskultasi paru (anterior) Perkusi paru (anterior)

## 2. Inspeksi

Dalam inspeksi dada untuk memeriksa sistem pernafasan yang meliputi sebagai berikut:

### a. Inspeksi dinding dada anterior

Saat pasien duduk, pemeriksa langsung berhadapan dengan pasien dan memperhatikan dinding dada, baik bentuk maupun kesimetrisannya. Untuk melihat pergerakan respirasi dada diperhatikan akan kecepatan, irama, adanya kesulitan bernafas, kesimetrisan pergerakan dari satu sisi ke sisi yang lain dan retraksi yang terlihat pada otot-otot interkostalis. Kemudian pemeriksa meraba trakea untuk menentukan apakah trakea berada pada garis tengah dan apakah ada nyeri.

### b. Inspeksi dinding dada lateral

Pemeriksa meminta pasien untuk mengangkat tangan sampai diatas kepala, kemudian berpindah kesebelah kanan pasien, perhatikan keseluruhan bentuk dan diameter anteroposterior toraks, demikian juga dengan konfigurasi lateral vertebra torakalis.

### c. Inspeksi toraks posterior

Pasien diminta berkacak pinggang dan pemeriksa menghadap punggung pasien, selanjutnya inspeksi dimulai. Pada posisi ini, memungkinkan untuk melihat pernafasan saat istirahat. Jika pergerakan dinding dada dapat terlihat, hitung kecepatan pernafasan per menit. Perhatikan irama, amplitudo dan kesimetrisan pergerakan sisi ke sisi.

### 3. Palpasi

Palpasi dada untuk memeriksa sistem pernafasan yaitu sebagai berikut:

Perhatikan kontur vertebra thoracalis (dorsalis) dengan mempelajari penajajaran prosesus dorsalis. Dengan ujung jari, raba prominensia C7 dan raba terus kebawah sepanjang prosesus untuk menentukan kontur columna vertebralis. Lalu dengan tangan dominan pemeriksa yang dikepal, perkusi dengan lembut dengan sisi ulnar kepalan tangan setiap prosesus vertebralis dorsalis mulai dari T1-L1, minta pasien untuk menunjukkan adanya daerah nyeri. Perhatikan, bahwa perkusi ini dirancang untuk menimbulkan nyeri, bukan untuk menimbulkan bunyi atau getaran yang dapat diraba dengan makna diagnostik.

Adapun cara melakukan Palpasi Gerakan Pernafasan yaitu letakan kedua tangan pada lengkung iga bagian bawah, dengan telapak tangan mengepal pada punggung pasien dan jari-jari menyebar. Perhatikan pergerakan tangan, apakah pergerakannya simetris sesuai dengan siklus pernafasan pasien? Apakah salah satu sisi toraks bergerak lebih atau kurang luas dibanding dengan satunya? Bila pernafasan tidak dapat dihitung dengan penglihatan, kini hitunglah pernafasan ketika teraba.

### 4. Perkusi

Selanjutnya bagaimana cara melakukan perkusi untuk memeriksa sistem pernafasan? Teknik perkusi dapat Anda laksanakan sebagai berikut: permukaan palmar jari-jari satu tangan diletakkan tersebar pada daerah yang akan diperkusi. Dengan menggunakan jari tengah tangan lain, permukaan dorsum jari tengah yang tersebar diketuk dengan cepat dan tajam, dengan pergelangan tangan pemeriksa sebagai titik tumpu pergerakan.

Apa yang disebut *pleksimeter* dan *pleksor*? Jari-jari yang terletak pada dinding dada disebut *pleksimeter*, sementara yang mengetuk disebut *pleksor*. Jari tengah tangan yang tidak dominan adalah *pleksimeter* yang baik dan tempat pengetukan yang paling baik adalah langsung pada titik pertengahan sendi *interphalangeal distal* (IFD). Pleksimeter ditempelkan dengan ketat tetapi tidak kaku pada permukaan yang dinilai, dengan bagian jari ini

ditempelkan tidak terlalu ketat tepat diatas dan di bawah IFD dan sisa bagian jari dan palmer melekat tidak ketat. Pleksor adalah ujung jari tangan yang dominan. Ujung jari ini menyentuh pleksimeter pada sendi dengan cara diketuk. Tanpa memperhatikan ibu jari, semua sendi jari tangan dalam keadaan fleksi. Pergelangan tangan ekstensi sekitar  $45^{\circ}$ , sehingga jari fleksor membentuk arkus beberapa sentimeter pada titik yang diketuk pada pleksimeter. Pergelangan tangan ini kemudian di fleksikan sampai sedikit mendekati posisi istirahat dengan menggunakan sangat sedikit tenaga. Pada manuver ini dihasilkan getaran suara. Pleksimeter menerima getaran jaringan sebagai sumber informasi kedua dan paralel. Pada seluruh perkusi, satu-satunya sendi yang digerakkan ialah pergelangan tangan. Sedangkan bagian fleksor tangan lainnya merupakan satu unik statik namun tidak kaku.

Bunyi yang dihasilkan dari perkusi yaitu ada 4 bunyi, seperti:

- a. Pekak seperti di atas otot paha
- b. Redup seperti di atas hepar pada kuadran kanan atas
- c. Resonan seperti pada seluruh dinding dada dimana paru-paru berinflasi normal
- d. Timpani seperti pada gelembung gas pada lambung

Tujuan perkusi dada ialah untuk menentukan batas anatomi resonansi paru dan menentukan daerah dengan bunyi perkusi abnormal dalam parenkim paru.

Perkusi dada posterior dan lateral berlangsung sebagai berikut:

- a. Tentukan batas peranjakan diafragma
  - 1) Minta pasien untuk mengambil nafas dalam, lalu menghembuskan sepenuhnya dan mempertahankan ekspirasi penuh ini. Kemudian mulai perkusi pada garis skapula ke bawah dan kira-kira setinggi T8 sampai bunyi perkusi berubah dari resonan menjadi redup dibawah diafragma. Tandai titik perubahan pada masing-masing hemitoraksposterior.
  - 2) Minta pasien untuk mengambil nafas dalam-dalam dan bertahan pada inspirasi penuh. Kemudian mulai perkusi ke bawah pada garis skapula, mulai dari masing-masing tanda kulit, tandai perubahan-perubahan baru. Jarak antara kedua tanda tersebut menunjukkan bersarnya pergerakan diafragma ke bawah pada siklus inspirasi.
- b. Perkusi paru posterior

- 1) Pasien diminta untuk menyilang tangannya didepan tubuhnya untuk menjauhkan kedua skapula ke lateral atau pasien dapat diminta duduk dan bernafasa secara normal.
  - 2) Mulai pada dinding dada paling tinggi, antara kolumna vertebralis dan skapula dari masing-masing hemitoraks (garis skapula), pemeriksa melakukan perkusi ke bawah sampai bagian basal masing-masing paru, berpindah-pindah dari satu sisi ke sisi yang lain untuk membandingkan bunyi perkusi segmen paru yang simetris.
- c. Perkusi paru ke arah lateral
- 1) Pemeriksa berpindah ke samping kanan pasien dan meminta pasien untuk mengangkat tangan kanannya dari setinggi ketiak ke atas kepala agar dinding dadap lateral terlihat.
  - 2) Dada diperkusi dari setinggi aksila sampai setinggi diafragma
  - 3) Pemeriksa kemudian berpindah ke sisikirip pasien dan prosedur yang sama diulagi pada dinding lateral kiri. Perhatikan bahwa lobus medius dekstra dan lingula dari lobus superior sinistra dinilai dan lateral, tidak dari anterior ataupun posterior. Bunyi perkusi dan proyeksi bunyi penafasan dari keduanya berproyeksi ke aksila.

## 5. Auskultasi

Cara auskulatsi sistem pernafasan, meliputi:

### a. Auskultasi paru posterior dan lateral

Tujuan auskultasi paru yaitu untuk menilai pergerakan udara pada jalan nafas besar sampai sedang dan untuk membuat kesimpulan tentang jalan nafas, parenkim dan rongga pleura. Diafragma stetoskop (dihangatkan dengan memegang atau menggenggamnya dengan kuat pada telapak tangan) digunakan pada aukultasi paru rutin. Tiga jenis nafas terdengar pada paru dewasa normal: vesikuler, bronkovesikuler, dan bronkial.

Bunyi nafas	Durasi bunyi inspirasi dan ekspirasi	Nada bunyi ekspirasi	Intensitas bunyi ekspirasi	Lokasi
Vesikuler	Inspirasi > ekspirasi	Rendah	Lembut	Sebagian area paru: Paru kanan dan kiri
Bronkovesikuler	Inspirasi = ekspirasi	Sedang	Sedang	Sering pada spadium intercostalis ke-1 dan ke-2 bagian

				dan diantara skapula
Bronkeal	Ekspirasi > inspirasi	Tinggi	Keras	Di atas mal mutrisi
Trakeal	Ispirasi = ekspirasi	Sangat tinggi	Sangat keras	Di atas trakea pada leher

Teknik auskultasi paru adalah sebagai berikut:

- 1) Minta pasien untuk bernafas melalui mulut dengan mulut cukup terbuka. Posisi stetoskop pada dinding dada sesuai dengan polayang diberikan pada perkusi. Bunyi nafas dibandingkan pada satu sisi ke sisi lainnya dan masing-masing dinilai pada satu siklus pernafasan sempurna.
- 2) Posterior ini dilanjutkan pada masing-masing hemitoraks lateral, letakkan stetoskop seperti digambarkan pada perkusi.

b. Auskultasi dada anterior

Auskultasi yang dilakukan harus mencakup masing-masing aspek paru, yang berada pada fosa supraklavikularis. Jika ruangan ini terlalu sempit untuk memungkinkan aposisi lengkap diafragma stetoskop pada kulit, pemeriksa dapat menggunakan *bell* yang lebih kecil dengan lebih ketat pada kulit dan mendapatkan hantaran pada bunyi yang serupa. Lapangan paru anterior di auskultasi dan diperkusi lebih jauh mulai dari bawah klavikula sampai tingkat batas diafragma (pada sekitar ruang interkosta kelima). Biasanya, bagian “supra diafragma” kubah hepar membuat toraks kanan anterior bawah redup. Sesuai dengan kebiasaan tubuh, payudara dapat mengganggu, pemeriksa dapat menentukan pekak jantung pada hemitoraks anterior kiri sebelum mencapai diafragma atau keduanya dapat terjadi.



**1. PEMERIKSAAN FISIK PERNAFASAN**

Nama Mahasiswa :

Peer :

Tanggal :

No	Tindakan	D	TD	Ket
1.	Persiapan alat: a. Sarung tangan b. Penggaris c. Stetoskop d. Pulpen e. Lembar dokumentasi			
2.	Persiapan perawat: a. Memperkenalkan diri b. Menjelaskan maksud dan tujuan pemeriksaan c. Memberikan posisi yang nyaman pada pasien			
3.	Persiapan lingkungan: a. Ciptakan lingkungan yang nyaman b. Jaga privasi klien			
4.	Cuci tangan			
5.	Memasang sarung tangan bersih			
6.	Mengatur posisi klien			
7.	<b><u>INSPEKSI</u></b> Amati: a. Bentuk dada Normal: rasio A-P/transversal (lateral)=1/2 Abnormal: burrel chest, pigeon chest, kifosis, flail chest b. Pola pernafasan Normal: frekuensi 16-20 kali permenit Abnormal: takipnea, bradipnea, apnea, chyne stokes, kussmaul c. Sianosis pada membranmukosa bibir, kuku d. Clubbing finger			

	<p><b><u>PALPASI</u></b></p> <p>Amati:</p> <p>a. Pengembangan dada</p> <p>1) Pengembangan dada anterior</p> <p>Letakkan kedua tangan sepanjang margo iga lateral. Anjurkan pasien menarik nafas dalam dan amati pergerakan tangan.</p> <p>2) Pengembangan dada posterior</p> <p>Letakkan tangan mendatar pada punggung pasien dengan dengan ibu jari sejajar garis iga ke-10 dan menarik kulit sedikit kearah medial, anjurkan pasien menarik nafas dalam dan amati pergerakan tangan pemeriksa.</p> <p>3) Fremitus taktil</p> <p>Merupakan getaran yang dirasakan oleh telapak tangan ketika melakukan palpasi. Suara dihantarkan dari laring-laring bronkus-dinding dada.</p> <p>Abnormal:</p> <p>Fremitus taktil meningkat pada jaringan lemak yang berlebihan di dada, terdapat udara/cairan pada rongga dada. Fremitus taktil menurun pada konsolidasi paru, pneumonia, atelektasis.</p> <p>Cara: Letakkan sisi ulnar tangan pada dinding dada dan meminta pasien menyebutkan “7777”. Dapat juga memakai ujung jari pengganti sisiulnar tangan.</p> <p><b><u>PERKUSI</u></b></p> <p>Mengetuk permukaan paru untuk mengetahui struktur di bawahnya.</p> <p>Normal: resonan</p>			
--	---	--	--	--



	<p>Abnormal: redup (paru berisi cairan), hiperresonan (pada emfisema)</p> <p>Cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perkusi dada anterior Memakai jari tengah tangan kiri, letakkan pada dinding dada dengan jari yang lain tidak menyentuh bagian dada. Gerakan jari pengetuk berasal dari pergelangan tangan. Lokasi perkusi meliputi: fossa supraklavikula dan sela iga anterior.</li> <li>Perkusi dada posterior Dengan cara mengetuk yang sama. Lokasi perkusi di atas, diantara dan di bawah skapula.</li> </ol> <p><b><u>AUSKULTASI</u></b></p> <p>Normal:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bronkial: intensitas tinggi, ratio I/E = 1/2 lokasi pada manubrium sterni.</li> <li>Bronkovesikuler: intensitas sedang, ratio I/E = 1/1</li> <li>Vesikuler: intensitas rendah, ratio I/E = 2/1, lokasi perifer paru</li> </ol> <p>Abnormal: ronchi, wheezing, friction rub.</p> <p>Dengan cara: anjurkan pasien menarik nafas dalam, pertama-tama dengarkan intensitas suara paru, kemudian bandingkan ratio inspirasi/ekspirasi, kemudian dengarkan suara paru abnormal.</p>			
--	--	--	--	--

Keterangan :

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

**Dokumentasi**

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosakeperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<b>Evaluasi Kinerja Praktikum</b>
-----------------------------------

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

## 2. MENGATUR POSISI SEMI FOWLER

Nama Mahasiswa :

Peer:

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Keterangan
1	<b>Persiapan Alat (10 %) :</b>			
	a. 3 bantal			
	b. Papan penghalang kaki			
2	<b>Persiapan Pasien (10 %) :</b>			
	a. Identifikasi kebutuhan klien untuk posisi fowler			
	b. Memberitahu pasien tentang tindakan yang akan dilakukan			
	c. Menyiapkan lingkungan pasien/jaga privacy klien			
3	<b>Langkah-langkah (60%) :</b>			
	a. Perawat mencuci tangan			
	b. Atur tempat tidur pada posisi datar, pindahkan klien ke bagian atas tempat tidur			
	c. Tinggikan tempat tidur mencapai 30 - 45°			
	d. Letakkan bantal dibawah kepala, kedua tangan			
	e. Letakkan papan penghalang pada telapak kaki			
	f. Evaluasi tindakan yang telah dilakukan pada klien			
	g. Rapikan alat – alat			
	h. Dokumentasikan			
4	<b>Sikap (20 %):</b>			
	a. Hati-hati			
	b. Tidak ragu – ragu			
	c. Efektifitas dan efisiensi			

Keterangan

D : Dilakukan  
TD : Tidak Dilakukan

Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....  
.....  
.....  
.....

Rencana Keperawatan

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf

Diri		
Peer		

### 3. MENGATUR POSISI FOWLER

Nama Mahasiswa:

Peer :

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
1	<b>Persiapan Alat (10 %) :</b>			
	a. 3 Buah bantal			
	b. Papan penghalang kaki			
2	<b>Persiapan Pasien (10 %) :</b>			
	a. Identifikasi kebutuhan klien untuk posisi fowler			
	b. Memberitahu pasien tentang tindakan yang akan dilakukan			
	c. Menyiapkan lingkungan pasien/jaga privacy klien			
3	<b>Langkah-langkah (60%) :</b>			
	a. Perawat mencuci tangan			
	b. Atur tempat tidur pada posisi datar, pindahkan klien ke bagian atas tempat tidur			
	c. Tinggikan tempat tidur mencapai 80 - 90 derajat			
	d. Letakkan bantal dibawah kepala, kedua tangan			
	e. Letakkan papan penghalang pada telapak kaki			
	f. Evaluasi tindakan yang telah dilakukan pada klien			
	g. Rapihan alat – alat			
	h. Dokumentasikan			
4	<b>Sikap (20 %):</b>			
	a. Hati-hati			
	b. Tidak ragu – ragu			
	c. Efektifitas dan efisiensi			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....  
.....  
.....

Rencana Keperawatan

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

PERPUSTAKAAN  
AKPER FATMAWATI  
JAKARTA - SELATAN

**MELAKUKAN FISIOTERAPI DADA (CHEST PHYSICAL THERAPY)**



### **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melakukan fisioterapi dada dengan baik dan benar.

### **Tujuan Khusus**

Setelah melakukan praktikum ini mahasiswa mampu:

1. Melakukan persiapan untuk melakukan fisioterapi dada
2. Mendemonstrasikan tindakan fisioterapi dada dengan benar dan tepat

## **FISIOTERAPI DADA**

### **Definisi**

Fisioterapi dada/ *Chest physical Therapy* (CPT) merupakan istilah untuk kumpulan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan efisiensi pernafasan dan ekspansi paru, memperkuat otot-otot pernafasan, dan mengeluarkan sekret dari sistem pernafasan.

### **Tujuan**

Tujuan fisioterapi dada adalah untuk membantu membersihkan jalan nafas sehingga tubuh mendapatkan oksigen yang cukup. CPT meliputi postural drainage, perkusi dada, vibrasi dada, memiringkan pasien (*turning*), latihan pernafasan, batuk, dan *insentive spirometry*. CPT biasanya dilakukan bersamaan dengan tindakan-tindakan lain untuk membersihkan sekret dari jalan nafas. Tindakan tersebut meliputi *suctioning*, pemasangan nebulizer, dan pemberian obat ekspektoran.

CPT dapat dilakukan pada bayi baru lahir, bayi, anak-anak, dan orang dewasa. Pasien yang dilakukan CPT adalah pasien dengan cystik fibrosis, penyakit neuromuskuler (seperti Suillain-Barre Syndrome), kelemahan otot progresif (seperti pada Myasthenia Gravis), atau tetanus. Pasien dengan penyakit paru seperti pneumonia, bronkitis, COPD (*Cronic Bronchitis*) juga dapat dilakukan CPT. CPT tidak dilakukan dalam perawatan pada pasien dengan asma.

### **Kontra Indikasi**

CPT tidak dianjurkan pada pasien dengan:

- a. Baru selesai makan atau muntah
- b. Asma akut atau tuberkulosis
- c. Fraktur iga

- d. Perdarahan dari paru atau batuk berdarah
- e. Nyeri meningkat
- f. Peningkatan Tekanan Intrakranial
- g. Cedera kepala/leher
- h. Kolaps paru atau cedera dinding dada
- i. Pernah mengalami serangan jantung beberapa waktu lalu
- j. Embolisme atau abses paru
- k. Perdarahan aktif
- l. Cedera spinal
- m. Luka terbuka atau luka bakar
- n. Baru saja menjalani pembedahan

### **Memiringkan Tubuh Pasien (*Turning*)**

Memiringkan tubuh pasien ke kiri dan kanan dapat meningkatkan ekspansi paru. Pasien yang tidak dapat miring dengan sendirinya dibantu oleh perawat atau keluarga. Kepala tempat tidur juga di elevasikan jika pasien tidak dapat mentoleransi posisi miring. Pasien dengan penyakit kritis dan bergantung dengan respirasi mekanik dimiringkan setiap satu sampai dua jam.

### **Batuk**

Batuk membantu mengeluarkan sekret di paru sehingga dapat dikeluarkan. Tetapi, pada pasien dengan kondisi seperti COPD, batuk normal menjadi nyeri. Bagian penting dari CPT adalah mengajarkan pasien untuk membersihkan jalan nafas dengan metode lebih lembut. Seperti batuk yang terkontrol atau dengan teknik “huffing”.

Sebelumnya pasien dianjurkan untuk duduk dan minum segelas air. Untuk batuk yang terkontrol, pasien merapatkan bibir dan menarik nafas dalam. Pasien menahan nafas untuk beberapa detik dan membuat dua kali batuk perlahan secara cepat. Ini juga dilakukan dengan teknik “huffing”. Setelah menahan nafas beberapa detik, pasien mengeluarkan nafas dengan menggunakan otot-otot perut. Batuk dan “huffing” dilakukan beberapa kali sehari sesuai dengan kebutuhan.

### **Latihan Nafas Dalam**

Nafas dalam membantu meningkatkan ekspansi paru dan mendorong distribusi udara lebih baik keseluruh area paru. Pasien awalnya mungkin perlu berbaring untuk melakukan latihan ini,

tetapi pada akhirnya ini dilakukan pada saat pasien duduk, kemudian berjalan. Pasien mungkin merasakan perlu untuk memonitor pernafasannya dengan meletakkan satu tangan pada abdomennya untuk mendapatkan sensasi seperti pola pernafasan biasa. Pasien kemudian mulai menarik nafas dalam melalui hidung, kemudian merapatkan bibir seperti bersiul. Pasien kemudian mengeluarkan udara perlahan melalui bibir yang dirapatkan. Pengeluaran nafas harus dilakukan dua kali lebih lamadibandingkan inspirasi. Pasien mungkin memulai dengan menarik nafas selama dua detik dan kemudian mengeluarkan nafas selama empat detik. Setelah menarik beberapa nafas dalam, pasien bernafas dengan irama normal dan memulai siklus nafas dalam berikutnya. Pada umumnya, pasien COPD melakukan latihan nafas dalam selama 20 menit setiap hari.

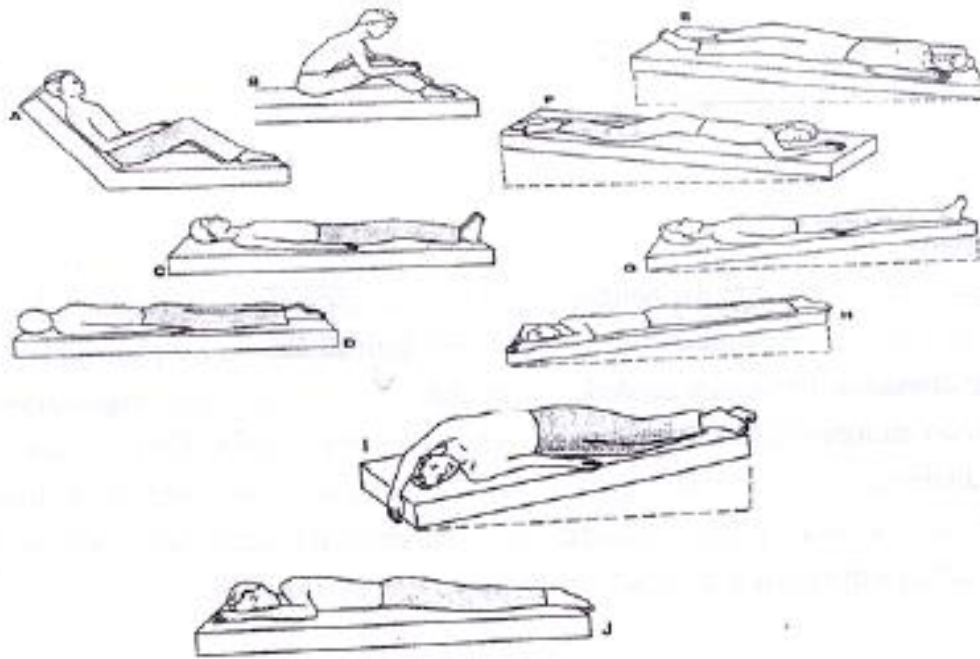
### **Postural Drainage**

*Postural drainage* menggunakan gaya gravitasi untuk membantu dalam pengaliran sekret dari paru-paru ke dalam jalan nafas sentral kemudian dibatukkan atau di suction. Terapi ini biasanya berlangsung paling lama selama 30 menit. Jika beberapa posisi dilakukan pada pasien, maka pasien mungkin dipertahankan pada satu posisi selama 5 sampai 15 menit.

Posisi *postural drainage*, meliputi:

- a. Semi fowler, untuk segmen apical anterior kanan dan kiri
- b. Duduk menghadap ke depan memeluk kaki yang ditekuk, segmen apical posterior kanan dan kiri.
- c. Supinasi datar, untuk segmen anterior
- d. Pronasi datar sedikit miring kanan/kiri, untuk segmen posterior
- e. Supinasi, sedikit miring ke kanan/kiri, dengan kaki lebih tinggi dari kepala, untuk lobus tengah posterior.
- f. Pronasi, sedikit miring ke kanan/kiri, dengan kaki lebih tinggi dari kepala, untuk lobus tengah posterior.
- g. Supinasi datar dengan kaki lebih tinggi dari kepala, untuk lobus basal anterior.
- h. Pronasi datar dengan kaki lebih tinggi dari kepala, untuk lobus basal posterior.
- i. Miring ke kanan/kiri dengan tangan yang di atas memegang bagian kepala tempat tidur, kaki lebih tinggi dari kepala, untuk lobus basal lateral
- j. Pronasi datar, untuk lobus bawah posterior.

Gambar:



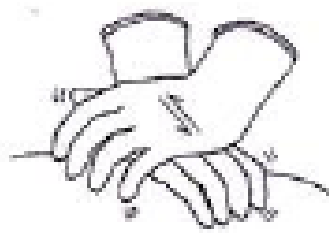
### **Perkusi**

Perkusi, disebut juga “*cupping*” atau “*clapping*”, merupakan penepukan dinding dada secara ritmis dengan tangan yang membentuk mangkuk. Perkusi menyebabkan terlepasnya sekret yang lengket di paru sehingga dapat dengan mudah dikeluarkan. Perkusi dilakukan pada setiap segmen paru selama satu sampai dua menit.



### **Vibrasi**

Terapi vibrasi dilakukan selama satu menit setelah terapi perkusi atau dapat digunakan menggantikan terapi perkusi pada pasien yang mungkin tidak mentoleransi perkusi. Tujuan vibrasi juga untuk membantu melepaskan sekret pada paru. Ketika melakukan secara manual, kedua tangan diletakkan pada dinding dada kemudian membuat getaran dengan mengkontraksikan tangan dengan cepat pada saat pasien membuang nafas. Prosedur ini dilakukan beberapa kali sehari.



### **Komplikasi**

Resiko dan komplikasi akibat CPT bergantung pada status kesehatan pasien. Meskipun CPT biasanya risiko yang ditimbulkan sedikit, team tenaga kesehatan harus menyadari bahwa pada beberapa pasien dapat menyebabkan defisiensi oksigen jika kepala diletakkan lebih rendah selama postural drainage. Berikut beberapa komplikasi CPT:

- a. Peningkatan tekanan intrakranial
- b. Penurunan tekanan darah sementara
- c. Perdarahan paru
- d. Nyeri atau cedera iga, otot-otot atau tulang belakang
- e. Muntah
- f. Menghirup sekret ke dalam paru-paru
- g. Irama jantung tidak teratur

### **4. PROSEDUR FISIOTERAPI DADA (POSTURAL DRAINAGE, PERKUSI DAN VIBRASI DADA)**

Nama Mahasiswa:

Peer :

Tanggal :

No	Tindakan	D	TD	Ket
	<b><u>PERSIAPAN</u></b> Alat dan Bahan: a. Sputum pot b. Tissue c. Pengalas/handuk kecil			
<b>A.</b>	<b>Fase Orientasi</b>			
	1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri			
	2. Menjelaskan tujuan prosedur			

	3. Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan			
<b>B.</b>	<b>Fase Kerja</b>			
	1. Memasang tirai/ penutup			
	2. Mencuci tangan			
	3. Berikan minuman hangat kepada klien			
	<p>Posisikan klien untuk membantu mengeluarkan sekret sesuai areanya:</p> <p>a. lokasi sekret di segmen/lobus paru atas, posisikan klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) semi fowler untuk posisi sekret di segmen paru kanan dan kiri apical anterior</li> <li>2) duduk sambil memeluk lutut, posisikan kaki ditekuk, untuk lokasi sekret di segmen kanan dan kiri apical posterior</li> <li>3) posisikan supinasidatar, untuk posisi sekret di segmen anterior</li> <li>4) posisi pronasi datar, untuk lokasi sekret di segmen posterior</li> </ol> <p>b. lokasi sekret di segmen/lobus tengah, posisikan klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) posisikan supinasi miring ke kiri/kanan untuk lokasi sekret di lobus tengah anterior kanan/kiri</li> <li>2) posisi pronasi miring ke kiri/kanan (Sims), dengan posisi trendelenburg untuk lokasi sekret di lobus posterior tengah kanan/kiri</li> </ol> <p>c. untuk lokasi sekret di lobus bawah, posisikan klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) posisi pronasi trendelenburg, untuk lokasi sekret di lobus bawah anterior kanan/kiri</li> <li>2) posisi supinasi trendelenburg, untuk lokasi sekret di lobus bawah posterior kanan/kiri</li> </ol>			

	<p>3) miring kanan/kiri dalam posisi trendelenburg, untuk lokasi sekret di lobus bawah lateral kanan/kiri</p> <p>4) posisi pronasi datar untuk lobus bawah superior kanan/kiri</p>			
	4. Pertahankan klien dalam posisi tersebut sampai selesai dilakukan perkusi dan vibrasi (kurang lebih 5 menit).			
	5. Lanjutkan urutan prosedur seperti sebelumnya sampai sekret dari area target dikeluarkan.			
	<b>PERKUSI DADA</b>			
	1. Posisikan klien sesuai dengan lokasi sekret dan letakkan pengalas/handuk kecil di atas kulit.			
	2. Rapatkan seluruh jari dan buat sedikit fleksi sehingga berbentuk seperti mangkuk.			
	3. Lakukan perkusi dengantangan yang berbentuk mangkuk tersebut, gerakan ini dilakukan oleh sendi pergelangan tangan (bukan sendi siku) sehingga mengeluarkan suara gema.			
	4. Perkusi seluruh area target dengan pola reguler dan sistematis dari bawah ke atas.			
	5. Lanjutkan perkusi selama 1-2 menit per area target, jikaditoleransi.			
	6. Lakukanvibrasi dada dilokasi yang sama, bantuklien untuk mengeluarkan sekret danposisikanuntuk area target baru (seperti prosedur sebelumnya).			
	7. Ulangi perkusi, vibrasi, dan batuk efektif sampai seluruh lapang paru terdrainase.			
	<b>VIBRASI DADA</b>			

	1. Persiapkan dan posisikan klien untuk mengeluarkan sekret pada area target			
	2. Lakukan perkusi dadapada area target (seperti prosedur sebelumnya)			
	3. Instruksikan klien untuk menarik nafas dalam dan mengeluarkan sekret secara perlahan.			
	<p>Pada setiap respirasi, lakukan teknik vibrasi seperti berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Letakkan kedua tangan (tangan dominan di atas dan non dominan di bawah) di atas area target.</li> <li>2. Instruksikan klien untuk menarik nafas dalam</li> <li>3. Ketika klien mengeluarkannafas secara perlahan, lakukan vibrasi (pergerakan tremor)</li> <li>4. Lakukan vibrasi selama fase respirasi</li> <li>5. Istirahatkan tangan ketika pasien inspirasi</li> </ol>			
	4. Ulangi proses vibrasi selama 5-8 kali, kemudian lakukan ditarget area lain.			
	5. Bantu klien mengeluarkan sekret (melalui batuk efektif).			
	6. Posisikan klien untuk drainage area target berikutnya.			
	7. Ulangi perkusi dan vibrasi hingga seluruh lapangan paru terdrainage			
	8. Kaji suara nafas pada lapang paru ditarget area			
	9. Bersihkan area mulut klien			
	10. Posisikan klien di tempat tidur dengan posisi fowler/semi fowler			
	11. Rapihkan alat			
<b>C.</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
	1. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan			
	2. Mengevaluasi respon pasien			
	3. Mengucapkan salam			



<b>D.</b>	<b>DOKUMENTASI</b>			
	1. Suara nafas sebelum dan sesudah prosedur			
	2. Karakter respirasi			
	3. Perubahan signifikan padavital sign			
	4. Warna, jumlah dan konsistensisekret			
	5. Toleransi terhadap prosedur			
	6. Sumber oksigen pengganti, jika diberikan			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

## MEMBERIKAN OKSIGEN MELALUI NASAL KANUL DAN FACE MASK

### Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan tindakan pemberian oksigen dengan nasal kanul dan face mask.

### Tujuan Khusus

Setelah mengikuti praktikum ini mahasiswa mampu:

1. Menyebutkan rasional penggunaan keterampilan pemberian oksigen
2. Menyebutkan alat-alat yang diperlukan untuk melakukan pemberian oksigen
3. Mendemonstrasikan pemberian oksigen melalui nasal kanul

### Pemberian Oksigen

harus dipertahankan agar fungsi selular bekerja terus. Hipoksia merupakan keadaan dimana kandungan oksigen dalam darah arteri rendah (Perry & Potter, 1997). Pada kasus ini pemerian oksigen penting dilakukan untuk meningkatkan konsentrasinya dalam darah.

### Nasal Kanul

Tabung plastik yang mempunyai cabang kecil yang menonjol untuk dimasukkan kedalam lubang hidung. Metode ini merupakan metode yang paling mudah dan paling dapat diterima karena lebih efektif, mudah dipakai dan nyaman untuk klien (Perry & Potter, 1997). Klien yang menerima oksigen melalui nasal kanul ke hidung dapat berkomunikasi dengan mudah, dapat makan dan melakukan aktivitas setiap hari. Klien juga dianjurkan untuk bernafas melalui hidung (dimana pernafasan melalui mulut dapat menurunkan bahkan menghilangkan oksigen). Oksigen dengan nasal kanul diberikan 16 liter/menit (Perry & Potter, 1997). Di atas meningkatkan kekeringan membran mukosa. Bagaimanapun oksigen dengan nasal kanul biasanya digunakan dengan kecepatan aliran 2-3 liter/menit.

### Humidifier

Humidifier dilengkapi dengan kontainer air steril yang bisa diisi kembali dan sekali pakai. Alat ini melekat pada alat yang menghasilkan oksigen (Potter & Perry, 1997), alat ini berfungsi melembapkan, membasahkan oksigen sebelum bergerak melalui hidung ke paru-paru, sehingga mencegah mengeringnya membran mukosa saluran pernafasan. Air yang digunakan harus steril untuk mencegah infeksi organisme yang dapat tumbuh dalam lingkungan lembab.

### **Flowmeter**

Sebuah alat yang melekat ke oksigen outlet, yang mengatur jumlah oksigen yang dihasilkan. Ada dua tipe flowmeter, yaitu: balon air raksa dan ukuran, kedua tipe mencatat jumlah liter oksigen yang dikeluarkan per menit.

### **Sumber oksigen: Sentral/ Tabung**

Oksigen sentral berasal dari pusat di dalam institusi dimana salurannya berada di dinding/ dalam tembok dan disiapkan untuk digunakan secara cepat. Oksigen ini dihubungkan melalui sebuah pipa yang bertekanan 50-60 pound per inchi persegi. Alat ini dilengkapi dengan sebuah alat pengukur aliran yang khusus ditempelkan di jalan keluar dinding. Alat pengukur aliran ini membuka jalan keluar dan pembukaan katup membuat aliran oksigen terjadi.

Selain dari sentral, oksigen biasanya disimpan di dalam tabung. Dan pada tabung tersebut dapat alat tambahan yang disebut dengan regulator, yang melekat pada katup dari tabung yang berfungsi mengurangi tekanan dan untuk penyelamatan. Jumlah gas dicatat dalam ukuran per pounds per inchi persegi. Ketika tabung hampir kosong, jarum menunjuk ke arah merah dan menandakan tabung harus diganti dengan cepat. Terdapat juga tabung yang lebih kecil yang disediakan untuk keadaan darurat, dapat dipindah-pindahkan dan digunakan di rumah. Alat seperti ini pada umumnya aman bertekanan rendah.

### Hal-hal yang Perlu Diperhatikan:

1. Oksigen adalah gas yang tidak berbau, berasa dan tidak terlihat yang sedikit lebih berat dari udara.
2. Oksigen menyokong terjadi pembakaran. Meskipun oksigen itu sendiri tidak meledak/ eksplosive, tetapi dapat mendorong terjadinya pembakaran. Oleh karena itu api ataupun bunga api harus dijauhkan dari daerah tempat penyimpanan atau tempat pemakaian. Tindakan pencegahan dengan memasang tanda DILARANG MEROKOK pada pintu atau kamar pasien. Inspeksi seluruh alat-alat listrik, selimut pemanas, tali lonceng listrik, alat pencukur, radio harus diperiksa dengan teliti untuk memastikan alat-alat ini tidak mengeluarkan api, dan jangan berikan mainan listrik ke anak-anak yang menerima oksigen. Dan sediakan tabung pemadam api yang siap pakai.
3. Oksigen diberikan untuk menghilangkan hipoksia baik lokal maupun umum. Hipoksia adalah suatu keadaan dimana jumlah oksigen yang diperlukan oleh sel jaringan untuk memenuhi kebutuhan suatu organ/ jaringan tidak mencukupi. Hipoksemis adalah suatu penurunan kandungan oksigen dalam darah.
4. Pengukuran gas darah arteri merupakan metode terbaik dalam menentukan kebutuhan dan keadekuatan terapi oksigen.

### Alat-alat yang digunakan

Face mask	Nasal Kanul
1. Nasal kanul	1. Face mask, sesuai dengan kebutuhan dan ukuran
2. Selang oksigen	2. Selang oksigen
3. Humidifier	3. Humidifier
4. Cairan steril	4. Cairan steril
5. Sumber oksigen dengan flowmeter	5. Sumber oksigen dengan flowmeter
6. Plester	6. Pita/tali elastis

## 5. PEMBERIAN OKSIGEN MELALUI NASAL KANUL DAN FACE MASK

Nama Mahasiswa:

Peer:

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
1.	Mengecek program terapeutik			
2.	Mengucapkan salam terapeutik			
3.	Melakukan evaluasi/validasi			
4.	Melakukan kontrak waktu			
5.	Menjelaskan langkah-langkah tindakan			
6.	Mencuci tangan			
	Mempersiapkan alat			
7.	Mempersiapkan alat			
8.	Mengkaji adanya tanda dan gejala hipoksia dan sekret pada jalan nafas			
9.	Menentukan kebutuhan oksigen klien, sesuai dengan program medis			
10.	Menyambungkan nasal kanul atau face mask keselang oksigen dan sumber oksigen yang sudah di humidifikasi			
11.	Memberikan oksigen sesuai dengan kecepatan aliran pada program medis dan pastikan berfungsi dengan baik a. Selang tidak tertekuk, sambungan paten b. Ada gelembung udara pada humidifier c. Terasa oksigen keluar dari kanul atau masker			
12.	Nasal kanul: a. Meletakkan ujung kanul pada lubang hidung klien b. Mengatur pita elastis atau selang plastik ke kepala atau ke bawah dagu sampai kanul pas dan nyaman c. Memberi plester padakanul di kedua sisi wajah			
13.	Face mask: a. Meletakkan face mask mulai dari hidung ke arah bawah b. Menyesuaikan masker dengan bentuk wajah klien			

	c. Mengatur pita elastis di kepala sehingga posisi masker nyaman bagi klien			
14.	Cek kanul/ face mask setiap 8 jam			
15.	Mempertahankan level air pada botol humidifier setiap waktu			
16.	Mengecek jumlah kecepatan aliran oksigen dan program terapi setiap 8 jam			
17.	Mengkaji imemran mukosa hidung dari adanya iritasi (pada nasal kanul) dan memberi jelly untuk melembabkan memran mukosa jika diperlukan			
18.	Pada face mask mengkaji kelembaban kulit wajah dari kekeringan			
19.	Mencuci tangan			
20.	Mengevaluasi respon pasien			
21.	Merencanakan tindak lanjut			
22.	Melakukan kontrak yang akan datang (waktu, tempat, topik)			
23.	Mendokumentasikan tindakan hasil			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		



## 6. MELAKUKAN INHALASI

Nama Mahasiswa:

Peer :

Tanggal :

N o	Tindakan	D	TD	Ket
1.	<b>Persiapan Alat:</b> a. Tabung oksigen lengkap dengan flowmeter, humidifier b. Masker nebulizer c. Obat yang akan disediakan d. Sduit 2 cc (sesuai dengan jumlah obat yang akan diberikan) e. Alat tulis			
2.	<b>Persiapan pasien:</b> a. Kaji adanya dampak hospitalisasi b. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada anak dan keluarga c. Menyiapkan lingkungan yang aman untuk klien dan memasang sampiran d. Melibatkan keluarga dalam melakukan tindakan			
3.	<b>Langkah-langkah:</b>			
	a. Memberi posisi yang nyaman pada klien			
	b. Mengontrol flowmeter dan humidifier			
	c. Mencuci tangan			
	d. Menyambungkan masker nebulizer dengan tabung oksigen k/p dengan selang ke penghubung			
	e. Mengontrol apakah selang dan masker berfungsi dengan baik			
	f. Menghisap obat sesuai dengan instruksi medik dan memasukkannya ke dalam tabung masker nebulizer			
	g. Memasang masker sesuai wajah klien			
	h. Mengalirkan oksigen sesuai indikasi medik			

	i. Mengevaluasi respon klien (pola nafas)			
	j. Merapihkan pasien			
	k. Cuci tangan			
<b>4.</b>	<b>Dokumentasi:</b> a. Jenis obat dan jumlah liter oksigen yang diberikan b. Waktu pemberian c. Reaksi pasien			
<b>5.</b>	<b>Sikap:</b> a. Teliti b. Sabar c. Hati-hati d. Tanggap terhadap reaksi pasien e. Komunikasi terapeutik			



Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

## MELAKUKAN SUCTION

### **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melakukan penghisapan lendir dari mulut/ hidung/ tracheostomy

### **Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti praktikum ini mahasiswa mampu:

1. Menyebutkan alat-alat yang diperlukan untuk melakukan suction
2. Mendemonstrasikan cara penghisapan lendir dari mulut/ hidung/tracheostomy

### **Dasar Teori**

#### **Pengertian**

Suction (Pengisapan Lendir) merupakan tindakan pengisapan yang bertujuan untuk mempertahankan jalan napas, sehingga memungkinkan terjadinya proses pertukaran gas yang adekuat dengan cara mengeluarkan secret dari jalan nafas, pada klien yang tidak mampu mengeluarkannya sendiri. Suction merupakan suatu metode untuk mengeluarkan secret jalan nafas dengan menggunakan alat via mulut, nasofaring atau trakeal.

#### **Tujuan :**

- a. Mempertahankan kepatenan jalan nafas
- b. Membebaskan jalan nafas dari secret/ lendir yang menumpuk
- c. Mendapatkan sampel/sekret untuk tujuan diagnosa.
- d.

#### **Prinsip:**

Teknik steril, agar mikroorganisme tidak mudah masuk ke faring, trakeal dan bronki.

#### **Komplikasi:**

- a. Hipoksia
- b. Trauma jaringan
- c. Meningkatkan resiko infeksi
- d. Stimulasi vagal dan bronkospasme

**Kriteria :**


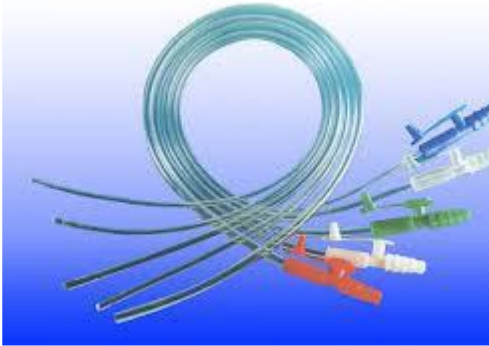
- a. Kelengkapan alat penghisap lender dengan ukuran slang yang tepat
- b. Menggunakan satu selang penghisap lendir steril untuk satu klien
- c. Menggunakan slang penghisap lendir yang lembut
- d. Penghisapan dilakukan dengan gerakan memutar dan intermitten
- e. Observasi tanda-tanda vital





## 7. PENGHISAPAN LENDIR DARI MULUT/ HIDUNG/ RACEOSTOMY



Nama Mahasiswa:

Peer:




Tanggal:

No	Langkah	D	TD	Ilustrasi Gambar
1.	<b>Menyiapkan alat dan bahan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Alat penghisap lender (suction) dengan botol berisi larutan desinfektan</li> <li>Kateter penghisap lender steril</li> <li>Pinset steril</li> <li>Sarung tangan steril</li> <li>Dua kom berisi larutan aquabides / nacl 0.9% dan larutan desinfektan</li> <li>Bengkok</li> <li>Spatel lidah</li> <li>Pinset anatomis</li> <li>Jika perlu oksigen</li> <li>Kertas tissue</li> <li>Stetoskop</li> </ol>			 
2.	<b>Persiapan Pasien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan</li> <li>Memberikan lingkungan nyaman dan pasang tabir</li> </ol>			
	<b>Langkah-Langkah</b>			
3.	Perawat mencuci tangan			
4.	Menjaga privasi pasien			

5.	Menyapa pasien atau keluarga dan memperkenalkan diri			
6.	Menjelaskan tujuan pemberian terapi intervena			
7.	Cuci tangan efektif 6 langkah, menggunakan sabun dibawah air mengalir dandikeringkan dengan handuk bersih dan kering			
8.	Tempatkan pasien pada posisi terlentang			 <p>SUPINE POSITION</p>
9.	Gunakan sarung tangan			
10.	Mesin penghisap dihidupkan			

11.	<p>Hubungkan kateter penghisap dengan selang alat penghisap. Masukkan kateter penghisap ke dalam kom berisi aquabiest/NaCl 0,9% untuk mengontrol apakah alat penghisap bekerja dengan baik dan mencegah trauma pada mukosa dengan cara menutup pangkal kateter dengan tangan kiri</p>			 
12.	<p>Memasukkan ujung kateter dengan tangan kanan kedalam mulut/ hidung sampai dengan kerongkongan tanpa menutup tanpa menutup pangkal kateter/konektor Y (k/p gunakan pinset anatomis)</p>			
13.	<p>Bila pasien dengan tracheostomy, masukkan ujung kateter ke dalam lubang tracheostomy</p>			
14.	<p>Menarik kateter perlahan-lahan dengan arah diputar sambil menutup konektor Y selama 3-5 detik untuk mencegah hipoksia</p>			



15.	Mengulangi prosedur di atas sampai jalan nafas bebas dari lendir/ sampai tidak terdengar bunyi nafas normal			
16.	Hentikan prosedur bila pasien menolak/ tampak kebiruan			
17.	Mematikan mesin dan melepaskan kateter dari selang penghisap kemudian memasukkan ke alam kom berisi savlon			
18.	Melepas sarung tangan			
	Merapihkan pasien			
19.	Membersihkan alat-alat			
20.	Perawat mencuci tangan			
21.	Mendokumentasikan: prosedur yang telah dilakukan, reaksi pasien, jumlah, warna, dan konsistensi lendir.			
22.	Sikap: a. Hati-hati b. Teliti c. Sabar			

	d. Tanggung jawab			
	e. Efektifitas dan efisien			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

**Dokumentasi**

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

**PERAWATAN WSD (*WATER SEAL DRAINAGE*)****Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melakukan perawatan WSD dengan baik dan benar

**Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti praktikum ini mahasiswa mampu:

1. Menyebutkan alat-alat yang diperlukan untuk melakukan perawatan WSD
2. Mendemonstrasikan perawatan luka WSD dengan baik dan benar

**Pengantar WDS (*Water Seal Drainage*)**

Ketika dilakukan pembedahan pada daerah dadadan mengenai lapisan pleura, maka udara dari atmosfer memasuki ruang pleura dan dapat menyebabkan kolaps paru. Oleh karena itu setelah pembedahan thorax, pada pasien dipasang selang dada yang ditempatkan pada rongga pleura, dimana menyebabkan terbebasnya udara sehingga paru akan mengembang dan menyebabkan keluarnya drainase (cairan) dari rongga pleura. Selang mungkin ditempatkan pada dada segmen atas untuk mengeluarkan udara sedangkan selang lain diposisikan di area lebih bawah dada untuk mengeluarkan cairan. Selang dada kemudian dihubungkan pada sistem drainase tertutup.

Sistem drainge dada (*water seal drainage/ WSD*) harus dapat mengeluarkan cairan di rongga pleura sehingga rongga normal pleura dapat dikembalikan dan dipertahankan. Drainage dari rongga pleura terakumulasi pada tabung pertama, dan air pada tabung kedua berperan seagai *seal* (penutu/ pemisah), dimana udara di dikeluarkan dari rongga dada tetapi tidak masuk kembali ke dalam rongga dada. Suction terdapat pada tabung ketiga yang bertujuan untuk menciptakan tekanan negatif, yang memfasilitasi pengeluaran cairan dan udara dari rongga pleura dan menimbulkan *bubbling*” yang konstan pada tabung tersebut.

Pada sistem WSD satu botol, ujung selang drainage dari dada pasien dihubungkan ke air, yang menyebabkan udara dan cairan yang keluar dari rongga pleura tidak kembali masuk ke dalam rongga pleura kembali. Drainage bergantung pada gaya gravitasi dan respirasi pasien. Jika level cairan di dalam botol meningkat, pengeluaran udara dan cairan dari rongga pleura menjadi lebih sulit, dan suction dibutuhkan untuk sistem satu botol ini. Sistem WSD dua botol

terdiri dari botol seperti sistem satu botol di atas ditambah dengan botol tempat mengumpulnya drainage yang dihubungkan dengan rongga dada pasien. Pada sistem WSD tiga botol ditambahkan botol untuk mengontrol jumlah cairan suction. Jumlah cairan suction ditentukan dari kedalamannya, biasanya 20 cm. Pada sistem tiga botol ini, drainage bergantung pada gaya gravitasi atau jumlah cairan suction. Botol suction membuat dan mempertahankan tekanan negatif di seluruh sistem drainage tertutup.



Figure 6. One Bottle Set-Up



Figure 7. Two Bottle Set-Up

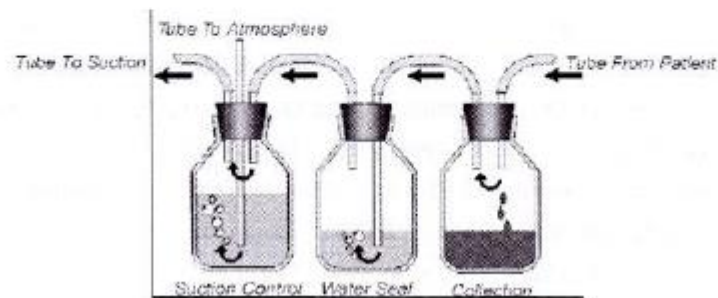


Figure 8. Three-Bottle Set-Up

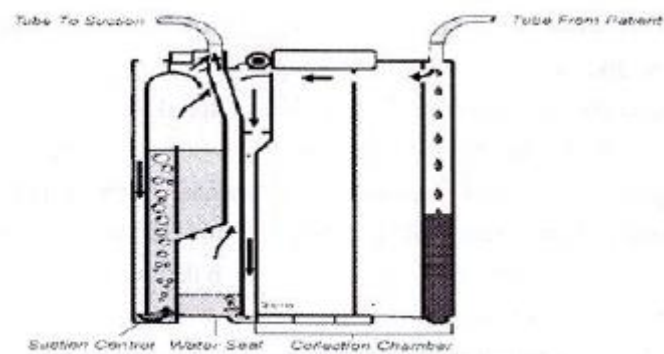
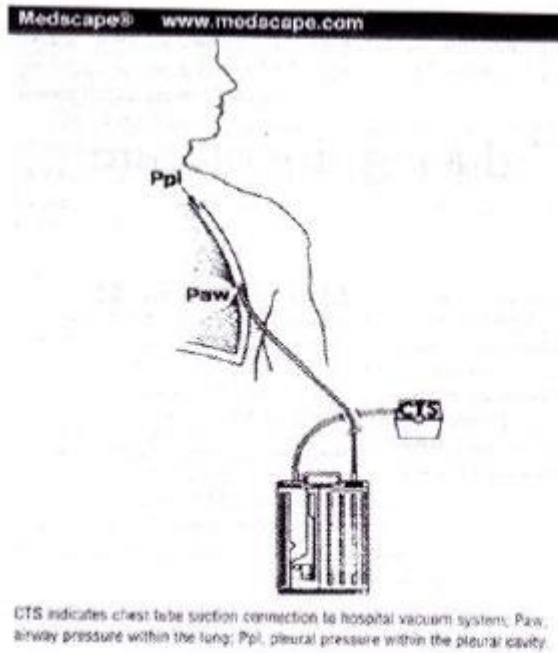


Figure 9. Conventional Three Chambered Disposable System



Schematic representation of intrapleural thoracostomy tube, drainage unit, and vacuum device.

### 8. PERAWATAN WSD

Nama Mahasiswa:

Peer :

Tanggal :

No	Komponen	D	TD	Ket
1.	Persiapan Alat :			
	1 set angkat jahitan			
	Tuffer dan kasa steril dalam tromol			
	Korentang steril			
	Plester dan gunting			
	Piala ginjal			
a.	Alkohol 70 %			
	Bensin			
	Vaselin zalf			
b.	Kantong balutan kotor			
c.	Klem 2 buah			
d.	Botol WSD steril berisi larutan sublimat 1.0/00 sampai pipa drain lebih kurang 2 1/2 cm.			
e.	Slang steril sebagai penyambung antara botol WSD dengan drain			
	Bethadin solution 10%			
2	Persiapan pasien :			
a	Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien			
.	mengenai prosedur yang berlaku			
b	Memasang tabir di sekeliling tempat tidur			
.				
c	Membebaskan pakaian pasien bagian atas			
.				
d	Membantu pasien dalam posisi duduk atau 1/2 duduk			
.	sesuai kemampuan pasien			
3	Langkah-langkah :			
a	Perawat mencuci tangan			
.				
b	Membuka set angkat jahitan dan meletakkan pada tempat yang mudah terjangkau oleh perawat			
.				

	c	Membuka balutan dengan hati - hati dan balutan kotor dimasukkan ke kantong balutan kotor, bekas plester dibersihkan dengan bensin.			
		Bila perlu balutan dalam diangkat dengan menggunakan pinset steril			
	d	Mendesinfeksi sekitar drain dengan alkohol 70 % dan mengoleskan			
		luka operasi dengan bethadin sol 10 %			
	e	Jaga drain supaya tidak tertarik/tercabut dan slang/penyambung			
		tak terlepas, sehingga udara tak masuk ke dalam rongga thorax			
	f	Observasi krepitasi kulit sekitar drain			
	g	Menutup sekitar drain dengan kasa steril yang sudah di gunting			
		tengahnya, kemudian di plester.			
*)	h	Memasang slang penyambung (II) yang sudah disediakan pada pipa			
		botol WSD yang baru, kemudian ujung slang di tutup kasa steril.			
	i	Drain yang dipasang di klem dengan koher			
	j	Melepaskan sambungan slang botol dari drain			
	k	Ujung drain dibersihkan dengan alkohol 70 %, kemudian drain			
		dihubungkan dengan slang penyambung botol WSD yang baru			
	l	Melepaskan koher dari drain			
*)	m	Mengobservasi :			
		* Apakah ada undulasi, bila tdk ada cari penyebabnya			
		- Apakah paru - paru tidak mengembang			
		- Apakah ada penyumbatan pada slang karena ada darah atau kotoran lain			
		- Apakah solution tidak bekerja dengan baik			
		- Sambungan slang longgar			
		* Keluhan pasien dan tanda - tanda vital, gejala cyanosis, tanda - tanda perdarahan & dada terasa tertekan			
		* Apakah ada krepitasi pada kulit sekitar drain			



	n	Melatih pasien untuk bernafas dalam dan batuk efektif			
		Anjurkan klien untuk melakukan nafas dalam sesering mungkin			
	o	Sebelum drain dicabut, pasien dianjurkan menarik nafas dalam,			
		drain segera dicabut.			
	p	Luka bekas drain ditutup dengan kasa steril yang sudah diolesi			
		vaselin steril, kemudian di plestar.			
	q	Merapihkan pakaian pasien dan lingkungannya, kemudian membantu			
		pasien dalam posisi yang menyenangkan			
	r	Membersihkan alat - alat & mengembalikan pd tempatnya			
	s	Perawat mencuci tangan			
	t	Menulis prosedur yang dilakukan pada catatan perawatan			
4		Sikap			
	a	Hati-hati			
	b	Teliti			
	c	Bertanggung jawab			
	d	Empati			

## Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosakeperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

## C. PROSEDUR SISTEM PENCERNAAN

### 1. Pemeriksaan Fisik Pencernaan

2. Melakukan Tinja manual\*
3. Melakukan Perawatan *Colostomy*
4. Melakukan pemasangan NGT
5. Memberikan Makan lewat NGT\*
6. Melakukan Bilas Lambung
7. Melakukan Perawatan Luka Post Operasi

## 1. PEMERIKSAAN FISIK PENCERNAAN

No	Komponen	D	TD	Ket
1.	<b>PERSIAPAN</b> <b>Alat da Bahan</b> a. Stetoskop b. Catatan c. Meteran			
2.	<b>PASIEN</b> a. Atur posisi supine b. Jelaskan prosedur pemeriksaan abdomen yang akan dilakukan pada klien			
3.	<b>LINGKUNGAN</b> a. Suasana ruangan tenang dan nyaman b. Pencahayaan terang atau cukup			
4.	<b>TUJUAN</b> Untuk mengetahui status abdominal dan kelainan yang terjadi pada badomen			
5.	<b>PENGKAJIAN</b> a. Kaji riwayat kesehatan klien dahulu dan sekarang b. Kaji riwayat pembedahan atau perawatan/ pengobatan yang pernah dijalani c. Kaji kesehatan fungsional seperti: Pola nutrisi, eliminasi, kebiasaan memakai pencahar, kesulitan BAB atau diare, aktivitas dan nyeri abdominal			
6.	<b>PROSEDUR</b> <b>INSPEKSI</b> a. Amati abdomen pada semua region: perhatikan kontur, tanda-tanda radang dan kesimetrisan b. Sembilan regio abdomen 1) Regio hipokondria kanan 2) Regio epigastrik 3) Regio hipokondria kiri			

	<p>4) Regio lumbar kiri</p> <p>5) Regio umbilikus</p> <p>6) Regio lumbar kanan</p> <p>7) Regio inguinalis kanan</p> <p>8) Regio suprapubik</p> <p>9) Regio inguinalis kiri</p> <p>c. Amati apakah ada distensi atau asites serta amati keadaan kulit</p> <p>d. Lihat adanya massa/ pembesaran organ</p>			
7.	<p><b>AUSKULTASI</b></p> <p>a. Dengarkan dengan menggunakan stetoskop secara berurutan mulai dari kuadran kiri bawah dan kuadran kanan bawah, kemudian kuadran kanan atas dan kuadran kiri atas.</p> <p>b. Identifikasi apakah yang ditemukan:</p> <p>1) Borborigmus: Diare atau awal obstruksi</p> <p>2) Peristaltik (-): Ileus obstruksi, peritonitis, pasca anestesi</p> <p>Catatan: Auskultasi dilakukan 2-5 menit</p>			
8.	<p><b>PERKUSI</b></p> <p>a. Identifikasi suara tympani pada area abdomen</p> <p>b. Identifikasi suara dullness pada area abdomen yang berisi cairan atau massa</p> <p><b>Cara menevaluasi cairan asites yaitu:</b></p> <p>a. Pasien dalam: posisi supinasi, perkusi dari daerah lateral abdomen menuju umbilikus, jika terdengar dullnes beri tanda dengan spidol, lakukan pada dua sisi abdomen. Evaluasi pengukuran pada hari berikutnya.</p> <p>b. Tentukan batas hati (N= 6-12 cm), dengan perkusi pada garis midclavikula kanan sejajar dengan umbilikus ke atas sampai dengan menemukan dullness, kemudian perkusi dari iga ke 5 sampai 6 ke bawah sampai menemukan dullness.</p>			

	c. Tentukan area limfa dengan cara yang sama dengan di atas (perkusi hati)			
9.	<b>PALPASI</b> a. Lakukan rabaan ringan (1/2-1/4 inchi), kemudian rabaan dalam (1 ½ -2 inci) pada area abdomen, apakah ada massa (perhatikan lokasi, konsistensi, ukuran, kontur, mobilitas) nyeri tekan atau nyeri lepas (lokasi, karakteristik, durasi, time). b. Identifikasi pembesaran hati dan pembesaran limfa dengan cara tangan kanan diletakkan di margo costa depan bagian kanan, sedangkan tangan kiri diletakkan di bawah (margo costa belakang), minta klien untuk menarik nafas dan tangan kanan melakukan rabaan dalam, sedangkan tangan kiri mengangkat ke atas. Kaji pembesaran hepar. c. Cara yang sama dilakukan pada palpasi limfa (margo costa kiri) d. Ukur lingkaran abdomen untuk evaluasi asites dengan cara melingkarkan meteran sejajar mulai dari umbilikus dan bertemu kembali di umbilikus.			
10	<b>EVALUASI</b> . Bandingkan hasil pengkajian pada klien dengan temuan normal yang diharapkan			
11	<b>DOKUMENTASI</b> . a. Dokumentasikan hasil pengkajian baik normal maupun abnormal, seperti: distensi, massa, pembengkakan atau asites b. Nyeri abdomen c. Hepatomegali			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

## Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

## Rencana Keperawatan

[illegible]

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

[illegible]

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		



## 2. MELAKUKAN TINJA SECARA MANUAL

Nama Mahasiswa :

Peer:

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
1.	<b>Persiapan Alat:</b>			
	a. sarung tangan bersih 3 buah			
	b. minyak pelumas/ vaselin			
	c. bengkok			
	d. kertas tissue			
	e. waslap basah			
	f. sabun			
	g. air dalam kom bawah			
	h. handuk bawah			
	i. pispot			
	j. kassa			
2.	<b>Persiapan Pasien:</b>			
	a. Mengkaji pasien kembali terhadap tindakan yang akan dilakukan			
	b. Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan			
	c. Memasang tabir di sekeliling tempat tidur			
3.	<b>Langkah-langkah:</b>			
	a. Perawat cuci tangan			
	b. Melepaskan pakaian pasien bagian bawah. Tubuh bagian bawah ditutupi			
	c. Membantu pasien dalam posisi tidur miring kiri membelakangi perawat, dengan lutut kanan ditekuk, atau dalam sikap sims			
	d. Dekatkan pispot dan bengkok ke panggul pasien			
	e. Anjurkan melakukan nafas dalam			
	f. Perawat memakai sarung tangan			

	g. Membasahi sarung tangan bagian telunjuk dengan minyak pelumas di atas bengkok atau dengan memberi vaseline			
	h. Masukkan jari telunjuk perlahan-lahan ke dalam anus dengan arah menuju ke umbilikus sampai terasa adanya sumbatan feses			
	i. Membuat gerakan melingkar/ sirkuler dengan jari telunjuk 2-5 kali untuk merangsang spincter anus, kemudian jari telunjuk dikeluarkan dari anus			
	j. Mengeluarkan semua feses dengan jari telunjuk dan ditampung dalam pot			
	k. Observasi keadaan umum pasien selama tindakan			
	l. Melepaskan sarung tangan dan letakkan dalam bengkok			
	m. Membersihkan dan merapihkan pakaian pasien dan lingkungannya: anus dan sekitarnya dibersihkan dengan kertas tissue kemudian disabuni dan dibersihkan dengan waslap basah sampai bersih. Setelah bersih, bokong dikeringkan dengan handuk			
	n. Membuang feses ke slobzink			
	o. Perawat mencuci tangan			
	p. Menulis dalam catatan perawat			
4.	<b>Sikap</b>			
	a. Tidak menunjukkan rasa jijik			
	b. Menjaga privacy klien			
	c. Sabar			
	d. Efektifitas dan efisien			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

<b>Dokumentasi</b>
--------------------

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnose keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		

Peer		

### 3. PERAWATAN KOLOSTOMI

Nama Mahasiswa :

Peer:

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
<b>1.</b>	<b>Persiapan Alat :</b>			
	- Sarung tangan			
	- Kantong kolostomi			
	- Handuk mandi			
	- Bengkok/plastik untuk tempat sampah			
	- Kassa			
	- Cairan isotonis/NaCl 0,9%			
	- Spidol			
	- Plastik untuk guide size (pengukur stoma)			
	- Gunting			
	- Topical therapi (paste, ostomi powder)			
<b>2</b>	<b>Persiapan pasien :</b>			
	- Menyiapkan lingkungan pasien			
	- Mengatur posisi pasien			
<b>3</b>	<b>Langkah-langkah :</b>			
	- Dekatkan alat-alat ke klien			
	- Mencuci tangan			
	- Pasang selimut mandi			
	- Dekatkan bengkok/plastik ke dekat klien			
	- Pasang sarung tangan			
	- Buka kantong lama			
	- Bersihkan stoma dan kulit disekitar stoma dengan air hangat/cairan Nacl 0,9 %			
	- Keringkan kulit disekitar stoma dengan tissue/kassa			
	- Lindungi stoma dengan tissue/kassa agar feces yang keluar lagi tidak mengotori kulit yang sudah dibersihkan.			

	- Ukur stoma dengan guide size untuk mendapatkan ukuran stoma yang sesuai			
	- Pasang kantong stoma			
	- Pastikan kantong stoma merekat dengan baik dan tidak bocor			
	- Buka sarung tangan			
	- Bereskan alat-alat dan cuci tangan			
<b>4</b>	<b>S i k a p :</b>			
	- Tidak memperlihatkan rasa jijik			
	- Sabar			
	- Menjaga privacy pasien			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnose keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

## **PEMASANGAN DAN PERAWATAN SELANG NASOGASTRIK (NGT)**

### **Tujuan Umum**

Setelah mengikuti praktik diharapkan mahasiswa mampu memasang selang nasogastrik (NGT) secara tepat.

### **Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti praktik diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menyebutkan definisi pemasangan selang nasogastrik
2. Menyebutkan indikasi dan kontraindikasi pemasangan selang nasogastrik
3. Mendemonstrasikan pemasangan selang nasogastrik (NGT)
4. Mendemonstrasikan perawatan selang nasogastrik (NGT)

### **Nasogastrik Tube (NGT)**

Pemasangan pipa lambung/ selang nasogastrik adalah memasukkan selang kedalam lambung untuk mengkaji fungsi dan isi dari lambung serta untuk mengkaji fungsi hati dan isi dari lambung serta untuk dekompresi saluran cerna bagian atas.

Indikasi Pemakaian NGT:

1. Pendarahan saluran cerna bagian atas
2. Trauma abdomen
3. Obstruksi ileus
4. Pemberian obat atau nutrisi
5. Mencegah aspirasi pada klien yang di intubasi
6. Laparotomi

Kontra indikasi:

1. Trauma basis kranial
2. Klien yang menjalani operasi pada esofagus atau gaster



Penyulit:

1. Langsung
  - a. Epistaxis
  - b. Masuk ke saluran nafas
  - c. Aritmia
  - d. Muntah
2. Tak langsung
  - a. Sinusitis
  - b. Aspirasi karena sphinter esophagus tidak dapat menutup

Persiapan Alat:

1. Selang NGT (ukuran sesuai kebutuhan)
2. Kateter tip/ syringe besar (20-50ml)
3. Jelly
4. Stetoskop
5. Plester perekat
6. Sarung tangan
7. Tissue
8. Piala ginjal/bengkok
9. Handuk kecil
10. Normal salin (untuk irigasi saja)

Perawatan selang NGT:

1. Periksa batas tiap kali pergantian jaga
2. Jaga supaya jangan buntu
3. Perhatikan jumlah dan warna aspirasi
4. Irigasi setiap 2-4 jam atau setiap kali pemberian nutrisi atau obat
5. Catat intake dan output setiap 6 jam
6. Tutup pipa selama 30 menit setiap kali pemberian obat
7. Lepaskan atau ganti plesternya setiap kali pemberian obat
8. Lepaskan atau ganti plesternya setiap hari untuk mencegah necrosis lubang hidung

#### **4. PEMASANGAN SELANG NASOGASTRIC TUBE (NGT)**

Nama Mahasiswa :

Peer:

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
1.	Mengecek program terapeutik			
2.	Mengucapkan salam terapeutik			
3.	Melakukan evaluasi/ validasi			
4.	Melakukan kontrak waktu, tempat dan topik			
5.	Menjelaskan langkah-langkah tindakan			
6.	Mencuci tangan			
7.	Menyiapkan alat disamping tempat tidur			
8.	Menempatkan klien pada posisi supine atau semi fowler			
9.	Memasang handuk kecil di atas dada klien			
10.	Memakai sarung tangan			
11.	Meminta perawat lain membuka bungkus selang			
12.	Mengukur panjang selang yang akan dimasukkan dengan cara menempatkan ujung selang dari hidung klien ke ujung telinga atas, lalu lanjutkan sampai ke prosesus xiphoideus			
13.	Menekuk/ menandai ujung dari selang tersebut			
14.	Meminta perawat lain memberi jelly 10-20 cm dari ujung selang			
15.	Meminta klien untuk relaks dan bernafas normal. Masukkan selang perlahan tepi tegas sepanjang 5-10 cm, meminta klien untuk menundukkan kepala (fleksi) sambil menelan			
16.	Masukkan selang sampai batas yang ditandai. Jangan memasukkan selang secara paksa jika terasa ada tahanan			
17.	a. Jika batuk, bersin, menghentikan dulu lalu mengulang lagi. Menganjurkan klien untuk tarik nafas			

	<p>b. Jika tetap ada tahanan menarik perlahan-lahan dan memasukkan ke hidung yang lain lalu memasukan kembali secara perlahan lahan</p> <p>c. Jika klien terlihat akan muntah, menarik tube dan menginspeksi tenggorokan lalu melanjutkan memasukkan selang secara bertahap.</p>			
18.	<p>Mengecek kepatenan:</p> <p>a. Menyambungkan jarum dengan ujung NGT menempatkan stetoskop pada kuadran atas kiri abdomen klien, memasukkan 10-20 ml udara dengan cepat sambil diauskultasi</p> <p>b. Menginspirasi secara perlahan melalui jarum dan cek kerjaamnya dengan menggunakan kertas lakmus</p> <p>c. Jika NGT ternyata tidak dilambung, memasukkan 2-5 cm lagi dan cek kembali.</p>			
19.	Memfiksasi selang pada hidung dengan plester			
20.	Membantu klien mengatur posisi yang nyaman			
21.	Merapihkan dan membersihkan alat			
22.	Mencuci tangan			
23.	Mengevaluasi respon klien			
25.	Merencanakan tindak lanjut			
26.	Melakukan dokumentasi tindakan dan hasil			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

<b>Dokumentasi</b>
--------------------

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosakeperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		

Peer		

## MEMBERI MAKAN MELALUI SELANG NGT

### Tujuan Umum

Setelah mengikuti praktik ini diharapkan mahasiswa mampu mendemonstrasikan cara memberikan makan melalui selang nasogastrik (NGT).

### Tujuan Khusus

Setelah mengikuti praktik diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menyebutkan tujuan memberikan makanan melalui NGT
2. Menyebutkan bentuk makanan yang dapat diberikan melalui NGT
3. Mendemonstrasikan memberi makanan melalui NGT

### Memberi makan Melalui NGT

Merupakan kegiatan menyediakan dan menghadirkan makanan serta minuman pada penderita sesuai dengan diitnya.

#### Tujuan:

1. Membantu dan mempercepat proses penyembuhan
2. Menambah selera makan penderita
3. Menolong penderita yang tidak sanggup atau tidak makan sendiri
4. Mengurangi pergerakan penderita

#### Bentuk makanan menurut konsistensinya:

1. Makanan cair, misalnya: sari buah-buahan, air kacang ijo, susu, kaldu
2. Makanan saring, yaitu makanan yang dihaluskan dan disaring, misalnya: bubur maizena dan bubur saring
3. Makanan cincang: makanan dimana bahan makanan telah dimasak kemudian dihaluskan atau di cincang
4. Makanan lunak, yaitu makanan yang bersifat lunak, misalnya: bubur (tim), bubur susu (roti disiram dengan susu), pure (kentang yang dihaluskan)
5. Makanan biasa, misalnya nasi dengan lauk pauknya, roti isi, kentang dengan lauk

Diit adalah cara pemberian makanan pada seseorang dari berbagai golongan terutama golongan umur, jenis pekerjaan, sakit atau tidak.

**Guna makanan pantang atau diit:**

1. Supaya cepat dicerna
2. Memberi istirahat alat-alat tubuh yang sakit, sehingga gangguan dapat berkurang
3. Untuk memperbaiki kekacauan metabolisme
4. Untuk mengurangi atau menambah berat badan
5. Untuk pemeriksaan tertentu, misal: bensidine diit
6. Untuk menghindari alergi

**Persediaan alat-alat:**

1. Corong/ sputit
2. Pengalas
3. Bengkok
4. Plester
5. Gunting plester
6. Makanan cair sesuai dengan kebutuhan
7. Air matang dalam tempatnya
8. baki

## 5. MEMBERIKAN MAKAN MELALUI SELANG NGT

Nama Mahasiswa:

Peer:

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
1.	Peralatan diletakkan didekat klien			
2.	Perawat cuci tangan			
3.	Beritahu klien tentang prosedur yang akan dilakukan			
4.	Pasang corong pada ujung selang NGT			
5.	Buka tutup selang NGT, tetapi tetap mempertahankan agar udara tidak masuk, dengan cara menekuk selang NGT			
6.	Berikan sedikit air matang untuk membilas dan agar lambung tidak kaget menerima makanan cair yang akan dimasukkan			
7.	Masukkan air matang kedalam selang tetapi sebelumnya selang dihubungkan dengan corong, jangan sampai habis agar udara tidak masuk ke dalam selang, lalu tutup			
8.	Buka selang dan masukkan makanan cair sesuai kebutuhan			
9.	Kalau ada pemberian obat oral, haluskan dulu obatnya dengan martil dan tempatnya kemudian dicampurkan pada makanan cair tersebut lalu masukkan ke dalam selang NGT secara perlahan-lahan, jangan sampai habis makanan yang ada di corong, lalu tutup			
10.	Bilas dengan air matang 10 cc untuk membersihkan sisa makanannya yang ada diselang, lalu tutup			
11.	Mulut atau hidung dan sekitarnya dibersihkan dengan tissue			
12.	Rapihkan klien			
13.	Alat-alat dibereskan dan dikembalikan ke tempat semula			
14.	Perawat cuci tangan			

Keterangan

D : Dilakukan



TD : Tidak Dilakukan

Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosakeperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

--	--	--

## 6. LAVAGE/BILAS LAMBUNG

Nama Mahasiswa :

Peer:

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
1	<b>Persiapan Alat (15 %) :</b>			
	a. Sarung tangan			
	b. NGT tube			
	c. Spuit 100 cc			
	d. Bengkok			
	e. kassa/ tissue			
	f. Barak Short			
	g. Cairan pembilas (normal saline dingin)			

	h. Vaseline/ jelly			
	i. Plester			
	j. Gunting			
	k. Tempat menampung cairan lambung			
2	<b>Persiapan Pasien (10 %) :</b>			
	a. Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan			
	b. Memberikan lingkungan nyaman dan pasang tabir			
3	<b>Langkah-langkah (60%) :</b>			
	a. Perawat mencuci tangan			
	b. Memakai barak short dan sarung tangan			
	c. Mengatur posisi klien semi fowler			
	d. Bila NGT baru terpasang, pasang NGT sesuai prosedur			
	e. Pasang NGT terfiksasi dengan baik dan dalam posisi yg tepat			
	f. Memasukkan cairan pembilas (sesuai program) 100 cc			
	g. Aspirasi perlahan atau alirkan ke wadah kosong untuk menampung cairan dari lambung dan biarkan mengalir sesuai arah gravitasi			
	h. Lakukan sampai cairan lambung jernih			
	i. Mengevaluasi keadaan klien dan observasi jumlah dan warna/konsistensi cairan yang keluar			
	j. Rapihkan alat-alat dan perawat mencuci tangan			
	k. Dokumentasikan tindakan			
4	<b>Sikap (15 %):</b>			
	a. Hati-hati			
	b. Teliti			
	c. Sabar			
	d. Sopan			
	e. Efektifitas dan efisiensi			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

<b>Dokumentasi</b>
--------------------

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosakeperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....  
.....

Rencana Keperawatan

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

..... Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		



## 7. MERAWAT LUKA POST OPERASI

Nama Mahasiswa :

Peer:

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
1	<u>Persiapan Alat :</u>			
	- Dressing pack steril ( set ganti pembalut )			
	- Pengalas			
	- Hand scon bersih 1 pasang			
	- Depper / lidi watan			
	- Tempat sampah			
	- Skort, masker, topi			
	- Piala ginjal, verband			
	- Pinset on steril ( 2 )			
2	<u>Persiapan Pasien :</u>			
	- Memberitahu pasien tentang prosedur yang akan dilakukan			
	- Menutup tabir / menyiapkan lingkungan pasien			
3	<u>Langkah-langkah :</u>			
	- Perawat cuci tangan			
	- Mendekatkan alat - alat ke dekat pasien			
	- Memakai skort, masker, topi			
	- Memasang pengalas			
	- Memakai sarung tangan handscon			
	- Membuka plester sebelumnya dibasahi dengan bensin			
	menggunakan lidi waten/depper			
	- Mengangkat balutan luar tempatkan ke piala ginjal			
	- Bersihkan bekas plester			
	- Melepaskan sarung tangan			
	- Mencuci tangan			
	- Buka dressing pack steril			
	Isi kom dengan larutan Nacl/bethadine/obat lain yang			
	- diperlukan			
	- Gunakan sarung tangan steril			
	- Pasang duk bolong pada daerah luka			
	- Tempatkan piala ginjal di atas duk bolong			

	Kaji tingkat nyeri pasien bila perlu berikan obat analgetik sesuai advis dokter			
	- Selanjutnya basahi pembalut dengan NaCl, angkat pembalut dalam			
	Bersihkan luka dari arah pusat ke luar (melingkar beberapa kali hingga bersih dengan kasa bethadine)			
	- Tutup luka dgn kasa steril yg sudah dibasahi dengan bethadine			
	- Kemudian tutup dengan kasa steril			
	- Angkat duk bolong dan piala ginjal ke tempat kotoran			
	- Membuka sarung tangan			
	Balut luka dengan plester atau verband sesuai dengan lokasi luka			
	- Alat - alat dibersihkan			
	- Perawat cuci tangan			
4	<u>Sikap :</u>			
	- Teliti			
	- Sopan			
	- Hati-hati dengan cermat			

## Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

<b>Dokumentasi</b>
--------------------

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosakeperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		



## **D. PROSEDUR SISTEM PENDENGARAN**

1. Pemeriksaan Fisik Pendengaran
2. Pemberian Obat Tetes Telinga
3. Melakukan Irigasi Telinga

## PEMERIKSAAN FUNGSI PENDENGARAN

### Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan fungsi pendengaran pada pasien dengan gangguan sistem pendengaran

### Tujuan Khusus

Setelah melakukan praktikum ini mahasiswa mampu:

1. Melakukan persiapan untuk melakukan pemeriksaan fungsi pendengaran pada pasien dengan gangguan sistem pendengaran
2. Mampu melakukan prosedur pemeriksaan fisik pendengaran secara sistematis

### Materi Pokok

Pokok materi dalam kegiatan belajar ini meliputi:

1. Tes suara bisik
2. Tes garpu tala
3. Tes pendengaran

### Uraian Materi

Ada beberapa tes yang anda lakukan dalam menilai fungsi pendengaran. Salah satu tes yang dapat digunakan adalah tes suara bisik dan tes garpu tala. Tes ini selain mudah dilakukan, tidak rumit, cepat, alat yang dibutuhkan sederhana juga memberikan informasi yang terpercaya mengenai kualitas dan kuantitas ketulian.

#### 1. Tes suara bisik

Sebelum pemeriksaan ini dilakukan, ada beberapa hal persyaratan yang harus diperhatikan. Persyaratan yang perlu diingat dalam melakukan tes ini adalah:

##### a. Ruangan test

Salah satu sisi atau sudut menyudut ruangan harus ada jarak sebesar 6 meter. Ruangan harus bebas dari kebisingan. Untuk menghindari gema di ruangan dapat ditaruh kayu di dalamnya.

##### b. Pemeriksa

Sebagai sumber bunyi harus mengucapkan kata-kata yang menggunakan ucapankata-kata sesudah ekspirasi normal. Kata-kata yang dibisikkan terdiri dari 2 suku kata

(*bisyllabic*) yang terdiri dari kata-kata sehari-hari. setiap suku kata diucapkan dengan tekanan yang sama dan antara dua suku kata.

c. Penderita

Telinga yang akan dites dihadapakan kepada pemriksa dan telinga yang tidak sedang di test harus ditutup dengan kapas atau oleh tangan si penderita sendiri. Penderita tidak boleh melihat gerakan mulut pemeriksa.

**Cara pemeriksaan:**

Sebelum Anda melakukan pemeriksaan, pasien harus diberi instruksi yang jelas misalnya Anda akan dibisik kata-kata dan setiap kata yang didengar harus diulangi dengan suara keras. Kemudian Anda melakukan test sebagai berikut:

- a. Mula-mula penderita pada jarak 6 meter dibisiki beberapa kata *bisyllabic*. Bila tidak menyahut, Anda selaku pemeriksa maju 1 meter (5 meter dari penderita) dan test ini dimulai lagi. Bila masih belum menyahut Anda maju 1 meter, dan demikian seterusnya sampai pasien dapat mengulangi 8 kata-kata dari 10 kata-kata yang disajikan. Jarak dimana pasien dapat menyahut 8 dari 10 kata dikatakan disebut jarak pendengaran.
- b. Cara pemeriksaan yang sama Anda lakukan untuk telinga yang lain sampai ditemukan satu jarak pendengaran.

Kemudian hasil pemeriksaan pendengaran dievaluasi dengan kategori sebagai berikut:

- |                              |                      |
|------------------------------|----------------------|
| 1) Jarak 6 meter             | : Normal             |
| 2) Jarak 5 meter             | : dalam batas normal |
| 3) Jarak 4 meter             | : tuli ringan        |
| 4) Jarak 3-2 meter           | : tuli sedang        |
| 5) Jarak 1 meter atau kurang | : tuli berat         |

Dengan test suara bisik ini dapat dipergunakan untuk memeriksa secara kasar derajat ketulian (kuantitas). Bila sudah berpengalaman test suara bisik dapat pula secara kasar memeriksa tipe ketulian misalnya:

- a. Tuli konduktif: yaitu sukar mendengar huruf lunak seperti “n, m, w” (meja dikatakan becak, gajah dikatakan kaca dan lain-lain).
- b. Tuli sensori natural sukar mendengar huruf tajam yang umumnya berfrekuensi tinggi seperti “s, sy, c dan lain-lain” (cicak dikatakan tidak, kaca dikatakan gajah dan lain-lain).

## 2. Test Garpu Tala

Sebelum melakukan test garpu tala, perlu diketahui bahwa test ini menggunakan seperangkat garpu tala yang terdiri dari 5 garpu tala dari nada C dengan Frekwensi 2048 Hz, 1024 Hz, 256 Hz, dan 128 Hz.

Keuntungan test garpu tala ialah dapat diperoleh dengan cepat gambaran keadaan pendengaran penderita. Kekurangan test garpu tala ialah dapat ditentukan besarnya intensitas bunyi karena tergantung cara menyentukan garpu tala yaitu semakin keras sentuhan garpu tala makin keras pula intensitasnya yang didengar.

Perlu diperhatikan bahwa sentuhan garpu tala harus lunak tetapi masih dapat didengar oleh telinga normal. Anda dapat melakukan empat macam test garpu tala yaitu:

### a. Test Garis Pendengaran

Tujuan test ini adalah untuk mengetahui batas bawah dan batas atas ambang pendengaran. Telingakanan dan kiri diperiksa secara terpisah.

Cara pemeriksaan:

Semua garpu tala satu demi satu Anda sentuh secara lunak dan letakkan kira-kira 2,5 cm di depan telinga penderita dengan kedua kakinya berada pada garis penghubung meatus acusticus externus kanan dan kiri. Pasien di instruksikan untuk mengangkat tangan bila mendengarkan bunyi. Bila pasien mendengar, diberi tanda (+) pada frekwensi yang bersangkutan dan bila tidak mendengar beri tanda (-) pada frekwensi yang bersangkutan.

Di bawah ini adalah contoh hasil pemeriksaan Garis pendengaran:

kanan	frekuensi	Kiri
-	2048	+
-	1024	+
-	512	+
-	256	-
+	128	-

Hal ini telinga kanan tidak mendengar frekuensi 2048 Hz dan 1024 Hz sedang frekuensi-frekuensi lain dapat di dengar, telinga kiri tidak mendengar frkuensi 128 Hz dan 256 H, sedangkan frekuensi-frekuensi lain dapat didengar.

Evaluasi test garis pendengaran ada contoh diatas menunjukkan telinga kanan batas atasnya mneurun berarti telinga kanan menderita tuli sensori neural. Pada telinga kiri batas bawahnya meningkat berarti telinga kiri menderita tuli konduktif.

#### **b. Tes Weber**

Prinsip dari test weber adalah membandingkan hantaran tulang telinga kiri dan kanan. Telinga normal hantaran tulang kiri dan kanan akan sama.

Cara pemeriksaan:

Anda sentuh garpu tala 256 Hz kemudian letakkan pangkalnya pada dari atau vertex. Kemudian tanyakan pada pasien apakah mendengar atau tidak. Bila terdengar lebih keras di kanan disebut lateralisai ke kanan.

Kemudian evaluasi test weber, bila terjadi lateralisasi ke kanan maka ada beberapa kemungkinan, yaitu:

- 1) Telinga kanan tuli konduktif, kiri normal
- 2) Telinga kanan tuli konduktif, kirituli sensory neural
- 3) Telinga kanan normal, kiri tuli sensory neural
- 4) Kedua telinga tuli konduktif, kanan lebih berat
- 5) Kedua telinga tuli sensory neural, kiri lebih berat

#### **c. Test Rinne**

Prinsip test rinne adalah membandingkan hantaran tulang dengan hantaran udara pada satu telinga. Pada telinga normal hantaran udara lebih panjang dari hantaran tulang. Juga pada tuli sensory neural hantaran udara lebih panjang dari pada hantaran udara.

Cara pemeriksaan:

Anda sentuh garpu tala 256 Hz atau 512 Hz secara lunak dengan tangan, kemudian pangkalnya letakkan pada planum mastoideum dari telinga yang akan diperiksa. Kemudian tanyakan pada pasien apakah mendengar dan sekaligus di instruksikan agar mengangkat tangan bila sudah tidak mendengar. Bila pasien mengangkat tangan, garpu tala dipindahkan hingga ujung yang bergetar berada kira-kira 3 cm di depan meatus akustikus eksternus dari telinga yang diperiksa. Bila penderita masih mendengar dikatakan Rinne (+). Bila tidak mendengar dikatakan Rinne (-).

Kemudian lakukan evaluasi test Rinne:

- 1) Rinne positif berarti normal atau tuli sensory neural
- 2) Rinne negatif berarti tuli konduktif

- 3) Rinne negatif palsu. Dalam melakukan test rinne harus selalu hati-hati dengan apa yang dikatakan Rinne negatif palsu. Hal ini terjadi pada tuli sensory neural yang unilateral dan berat.

Pada waktu meletakkan garpu tala di Planum mastoideum getarannya ditangkap oleh telinga yang baik dan tidak ditest (*cross hearing*). Kemudian setelah garpu tala diletakkan di depan meatus acusticus externus getaran tidak terdengar lagi sehingga dikatakan Rinne negatif.

#### **d. Test Schwabach**

Prinsip test ini adalah membandingkan hantaran tulang dari pasien dengan hantaran tulang pemeriksa dengan catatan bahwa telinga pemeriksa harus normal.

Cara pemeriksaan:

Sentuh secara lunak garpu tala 256 Hz atau 512 Hz, kemudian letakkan pangkalnya pada Palnum mastoideum penderita. Kemudian tanyakan kepada pasien apakah mendengar, sesudah itu sekaligus di instruksikan agar mengangkat tangannya bila sudah tidak mendengar dengungan. Bila pasien mengangkat tangan, garpu tala segera dipindahkan ke palnum mastoideum pemeriksa. Ada 2 kemungkinan pemeriksa masih mendengar dikatakan schwabach memendek atau Anda sudah tidak mendengar lagi. Bila Anda tidak mendengar harus dilakukan *cross* yaitu garpu tala mula-mula diletakkan pada planum mastoideum pemeriksa, kemudian bila sudah tidak mendengar lagi garpu tala segera dipindahkan ke planum mastoideum pasien dan tanyakan apakah pasien mendengar dengungan. Bila pasien tidak mendengar lagi katakan schwabach normal dan bila masih mendengar dikatakan schwabach memanjang.

Kemudian evaluasi hasil test schwabach sebagai berikut:

- 1) Schwabach memendek berarti pemeriksa masih mendengar dengungan dan keadaan ini ditemukan pada tuli sensory neural
- 2) Schwabach memanjang berarti penderita masih mendengar dengungan dan keadaan ini ditemukan pada tuli konduktif
- 3) Schwabach normal berarti pemeriksa dan penderita sama-sama tidak mendengar dengungan. Karena telinga pemeriksa normal berarti telinga penderita normal juga







## 1. PEMERIKSAAN FISIK PENDENGARAN




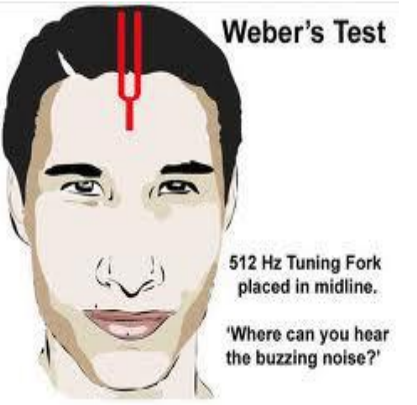
Nama Mahasiswa :

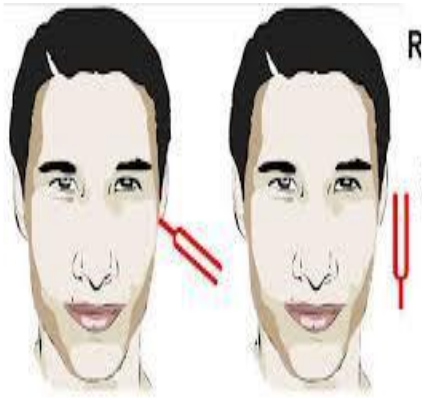
Peer :

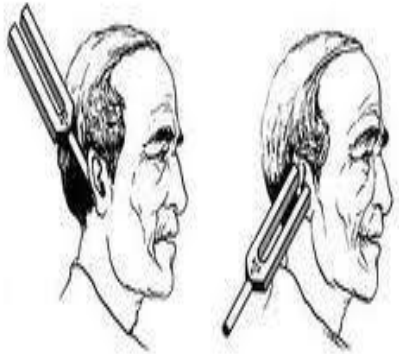
Tanggal :



No	Komponen	D	TD	Ilustrasi Gambar
1.	<b>Persiapan</b> Alat dan Bahan <ol style="list-style-type: none"> <li>Garputala</li> <li>Alat tulis</li> <li>Spekulum telinga/ otoskop</li> </ol>			
2.	Menyapa pasien atau keluarga dan memperkenalkan diri			
3.	Menjelaskan tujuan dilakukan tindakan pemeriksaan fisik telinga			
4.	Menjaga privasi klien			



5.	Perawat cuci tangan			
6.	Pengkajian: a. Identifikasi riwayat kesehatan b. Identifikasi riwayat penyakit dahulu dan sekarang			
7.	Pemeriksaan fisik: a. Telinga luar (bentuk, kebersihan dan kesimetrisan) b. Telinga dalam (membran timpani)			
8.	<b><u>TES WEBER</u></b> <b>Membandingkan hantaran tulang telinga kanan dan kiri</b> a. Pegang tangkai garputala b. Getarkan garputala pada telapak tangan c. Tekan ujung tangkai penala pada dahi pasien di garis median d. Tanyakan kepada pasien, apakah ia mendengar dengungan bunyi penala sama kuat di kedua telinganya atau terjadi lateralisasi.			

<p>9.</p>	<p><b><u>TES RINNE</u></b></p> <p><b>Membandingkan hantaran melalui tulang dan udara</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pegang tangkai garpu tala</li> <li>Getarkan garpu tala pada telapak tangan</li> <li>Tekan ujung tangkai penala pada prosessus mastoideus di posterior salah satu telinga klien</li> <li>Tanyakan kepada pasien apakah ia mendengar bunyi penala mendengar di telinganya yang diperiksa. Bila mendengar, pasien disuruh mengacungkan tangan. Begitu tidak mendengar lagi, jari telunjuk diturunkan.</li> <li>Segera pindahkan penala dari prosessus mastoideus dan tempatkan ujung jari penala sedekat-dekatnya ke depan liang telinga pasien.</li> <li>Catat hasil pemeriksaan tes Rinne.</li> </ol>			
-----------	--	--	--	--

10.	<p><b><u>TES SCHWABACH</u></b></p> <p><b>Membandingkan hantaran tulang pasien dengan pemeriksaan yang pendengarannya normal</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pegang tangkai garputala, getarkan</li> <li>Tekan ujung tangkai penala pada prosessus mastoideus salah satu telinga pasien</li> <li>Suruh pasien mengacungkan jarinya pada saat mendengar bunyi dan menurunkan jari saat dengungan bunyi menghilang</li> <li>Kemudian pemeriksa segera memindahkan penala dari prosessus mastoideus sendiri</li> <li>Bila dengungan penala masih dapat di dengar oleh pemeriksa, catat hasil pemeriksaan</li> <li>Untuk memastikan dilakukan pemeriksaan sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> <li>Ujung tangkai penala digetarkan, penala mula-mula diletakkan ke prosessus mastoideus pemeriksa sampai tidak terdengar lagi dengungan, kemudian ujung tungkai penala segera ditekankan ke</li> </ol> </li> </ol>			
-----	---	--	--	--

	<p>prosesu mastoideus pasien</p> <p>g. Bila dengungan masih dapat didengar oleh pasien, catat hasil pemeriksaan</p> <p>h. Bila dengungan telah dinyatakan berhenti oleh pemeriksa juga tidak dapat didengar oleh pasien, catat hasil pemeriksaan.</p>			
11.	<p><b><u>TES BERBISIK</u></b></p> <p>a. Dilakukan bertahap dari jarak 1 meter</p> <p>b. Interpretasi</p>			
12.	Membereskan peralatan			
13.	Perawat cuci tangan			
14.	Dokumentasi kegiatan yang telah dilakukan			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		



## 2. MEMBERIKAN OBAT TETES TELINGA

Nama Mahasiswa :

Peer :

Tanggal :

No	Kegiatan	D	TD	Ket
1	<b>Persiapan Alat (10%) :</b>			
	- Handuk			
	- Kapas bulat			
	- Obat tetes yang sudah ditentukan			
	- Lidi kapas steril			
	- Piala ginjal			
	- Hand scoon k/p			
2	<b>Persiapan Pasien (10%) :</b>			
	- Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien			
	mengenai prosedur yang akan dilakukan			
3	<b>Langkah-langkah (60%) :</b>			
	- Perawat mencuci tangan			
	- Membantu pasien dalam posisi tidur miring,			
	telinga yang sakit mengarah ke atas			
	- Meletakkan handuk di bawah bahu pasien dan			
	mendekatkan bengkak ke klien			
	- Membersihkan liang telinga dengan lidi kapas			
	- Mengisi pipet dengan obat yang sudah disediakan			
	- Menarik daun telinga pasien dan diangkat ke atas			
	ke belakang dengan hati-hati			
	- Menetesi obat melalui sisi atau liang telinga sesuai			
	dosis yg ditentukan, jarak pipet & liang telinga 1 cm			
	- Membersihkan bekas cairan obat dengan kapas bulat			
	dan menekan daerah tragus pasien			
	- Anjurkan klien pertahankan posisinya 2-3 '			

	- Letakan kapas bulat ke liang telinga tapi tidak ditekan			
	ke dalam setelah 15 ' dapat dilepaskan kembali			
	- Merapihkan pasien dan lingkungannya			
	- Membersihkan/membereskan alat-alat dan			
	mengembalikan pada tempatnya			
	- Mengevaluasi keadaan klien			
	- Perawat mencuci tangan			
4	<b>Sikap (20%) :</b>			
	- Teliti			
	- Hati-hati			
	- Sabar			
	- Efektifitas dan efisiensi			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Rencana Keperawatan

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)



.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

## MELAKUKAN IRIGASI TELINGA

### Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan prosedur irigasi telinga

### Tujuan Khusus

Setelah melakukan praktikum ini mahasiswa mampu:

1. Menyebutkan pengertian irigasi telinga
2. Menyebutkan tujuan dari irigasi telinga
3. Menyebutkan alat-alat yang diperlukan untuk melakukan irigasi telinga
4. Mampu melakukan prosedur tindakan irigasi telinga dengan benar

### Irigasi Telinga

Irigasi telinga merupakan tindakan untuk mengalirkan cairan ke dalam suatu rongga dan kemudian cairan tersebut dikeluarkan langsung kembali.

### Tujuan Irigasi Telinga

Irigasi kanalis auditorium dilakukan untuk menghilangkan serumen atau benda asing

### Prinsip:

1. Larutan irigasi harus steril untuk mencegah transmisi mikroorganisme pada peristiwa ruptur membran timpani
2. Larutan harus pada suhu ruangan sehingga tidak menyebabkan mual atau vertigo (pusing berat)
3. Keluarga dapat diajarkan untuk melakukan irigasi untuk mengurangi kebutuhan irigasi selanjutnya

### Persiapan alat:

1. Larutan irigasi yang sudah disiapkan, volume/ jumlah tergantung pada tujuan : 200 sampai 500 ml pada suhu 37°C.
2. Kom steril untuk menempatkan larutan irigan
3. S spuit ukuran 50 cc
4. Bengkok untuk menampung cairan
5. Cotton buds

6. Pengalas
7. Termometer mandi
8. Kapas bulat
9. Flash light

### 3. IRIGASI TELINGA

Nama Mahasiswa :

Peer :

Tanggal :

No	Komponen	D	TD	Ket
1.	<b>Persiapan Alat (15%)</b>			
	b. Cairan yang diperlukan misalnya PK 1 : 10.000 dalam kemasan botol, jumlah sesuai kebutuhan			
	c. Termos berisi air panas dan waskom untuk merendam cairan irigasi)			
	(untuk mendapatkan suhu 37° C)			
	c. Spuit 50 cc tanpa jarum dalam bak spuit			
	d. Lidi kapas steril dalam tempatnya			
	e. Kapas bulat			
	f. Pengalas			
	g. Handscoon 1 pasang			
	h. Bengkok 2 buah			
	i. Kom besar			
	j. Otoskop / pen light			
	k. Tabir / Sampiran			
2.	<b>Persiapan Pasien (10%)</b>			
	a. Memberitahu pasien tentang tindakan yang akan dilakukan.			
	b. Menyiapkan lingkungan pasien			
3.	<b>Langkah - langkah (60%)</b>			
	a. Perawat cuci tangan			
	b. Hangatkan cairan irigasi dengan merendam air panas di waskom dan pastikan suhu cairan irigasi 37°C			
	c. Tempatkan pasien dengan posisi tidur dalam posisi semi fowler atau duduk, dengan kepala dimiringkan sehingga telinga yang sakit berada diatas			
	d. Periksa telinga dengan pen light			
	e. Meletakkan pengalas di bahu			

	f. Meletakkan bengkok dibawah telinga dan pasien diminta untuk memegangnya			
	g. Pasang handsoon			
	h. Tuangkan larutan irigasi ke dalam kom			
	i. Mengisi spuit dengan larutan irigasi yang telah disiapkan dan banyaknya disesuaikan dengan kebutuhan			
	j. Menyemprotkan larutan/cairan irigasi dengan cara :			
	menarik daun telinga ke atas dan ke belakang agar liang telinga lurus, lalu disemprotkan secara perlahan-lahan ke dinding atas liang telinga			
	(tangan kiri menarik daun telinga dan tangan kanan menyemprotkan), jumlah cairan irigasi disesuaikan dengan kebutuhan			
	k. Cairan irigasi di tampung di bengkok yang telah tersedia, kapas,			
	dan lidi kapas bekas pakai dibuang dalam bengkok tersendiri.			
	<b>Tindakan irigasi dihentikan jika pasien mengeluh</b>			
	<b>nyeri, vertigo dan nausea</b>			
	a. Jika irigasi sudah selesai liang telinga sudah dibersihkan lidi kapas			
	b. Telinga ditutup dengan kapas bulat dan selanjutnya miringkan kepala			
	kepala pasien dan telinga yang diirigasi berada disebelah bawah,			
	setelah 10 - 15 menit kapas dibuka dan diganti dengan kapas bulat lain bila kapas masih basah			
	c. Beritahu pasien jika tindakan sudah selesai			
	d. Bereskan alat-alat			
	e. Cuci tangan			
	<b>Sikap</b>			
	a. Tidak menunjukkan rasa jijik			

	b. Hati-hati			
	c. Sabar			
	d. Efektifitas dan efisien			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosakeperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

## **E. PROSEDUR SISTEM PENGLIHATAN**

1. Pemeriksaan Fisik Penglihatan
2. Pemberian obat tetes mata
3. Melakukan Irigasi Mata
4. Perawatan Post Op Mata



## PEMERIKSAAN FISIK SISTEM PENGLIHATAN

### Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan pengkajian fisik sistem penglihatan dengan benar.

### Tujuan Khusus

Setelah mengikuti praktikum, mahasiswa mampu:

1. Mahasiswa mampu mempersiapkan alat pengkajian persepsi sensori mata secara lengkap
2. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian persepsi sensori mata secara sistematis dan setiap langkah dilakukan dengan tepat

### Dasar Teori

Ada tiga bidang pengkajian oftalmik yang ditujukan pada sistem sensori persepsi mata, meliputi: pengkajian riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sistem penglihatan, serta diagnostik khusus sistem penglihatan dan prosedur refraktif. Sebelum melakukan pengkajian fisik mata, perawat harus mendapatkan riwayat penglihatan, medis, dan terapi klien, dimana semuanya berperan dalam kondisi penglihatan sekarang. Informasi yang harus diperoleh meliputi informasi mengenai penurunan tajam penglihatan, upaya keamanan, dan semua hal yang terkait pada alasan melakukan pemeriksaan sistem penglihatan.

### Bahan, Peralatan dan Perlengkapan

#### a. Persiapan Alat

- 1) Pen light
- 2) Snellen Chart
- 3) Ishihara Chart

#### b. Persiapan Pasien

- 1) Informed Consent
- 2) Privasi dan Lingkungan

### 1. PEMERIKSAAN FISIK SISTEM PENGLIHATAN







Nama Mahasiswa :

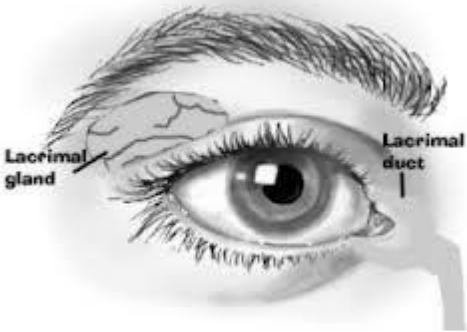


Peer :

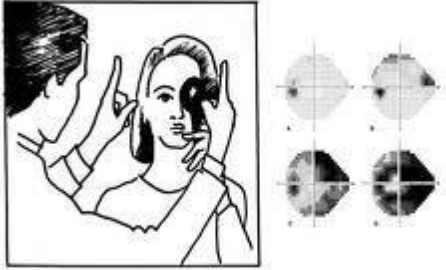


Tanggal :

No	Komponen	D	TD	Keterangan
----	----------	---	----	------------

1.	<b>PERSIAPAN</b> <b>Alat dan Bahan</b> a. Snellen chart b. Meteran c. Kertas tidak tembus pandang d. Penlight e. Ophthalmic trial Lens			 <p>The image shows a Snellen chart with letters of varying sizes and a Medical Penlight. The chart includes lines of letters with corresponding visual acuity values: 1 (20/200), 2 (20/100), 3 (20/70), 4 (20/50), 5 (20/40), 6 (20/30), 7 (20/25), 8, 9, 10, and 11. Below the chart are several circular patterns of letters. The penlight is a black, handheld device with a blue light beam, labeled 'Medical Penlight' and 'maillinhongkong'.</p>
2.	<b>TUJUAN</b> Mengetahui ketajaman penglihatan perifer pasien			
3.	Menyapa pasien atau keluarga dan memperkenalkan diri			 <p>The image shows a nurse in a white uniform interacting with a patient lying in a hospital bed. The nurse is leaning over the bed, and the patient is looking up at her. The background shows a typical hospital room setting.</p>
4.	Menjelaskan tujuan pengkajian persepsi sensori mata			
5.	Menjaga privasi pasien			 <p>The image shows a nurse in a blue uniform pulling a blue privacy curtain to cover a patient in a hospital bed. The nurse is looking up at the curtain, and the patient is partially visible behind it.</p>

6.	Cuci tangan efektif			
7.	Pengkajian : a. Identifikasi riwayat keshatan b. Identifikasi riwayat penyakit dahulu c. Identifikasi riwayat psikososial			
8.	Pemeriksaan fisik posur dan gambaran klien			
9.	Pemeriksaan fisik kesimetrisan mata			
10.	Pemeriksaan fisik alis dan bulu mata			
11.	Pemeriksaan fisik kelopak mata			

12.	Pemeriksaan fisik kelenjar lakrimalis			
13.	Pemeriksaan fisik konjungtiva dan sklera			
14.	Pemeriksaan fisik kornea			
15.	Pemeriksaan fisik bentuk dan reaksi pupil			
16.	Pemeriksaan ketajaman penglihatan (snellen chart)			
17.	Pemeriksaan ketajaman penglihatan (uji penglihatan dekat)			
18.	Pemeriksaan ketajaman penglihatan (uji hitung jari)			
19.	Pemeriksaan ketajaman penglihatan (uji gerak tangan)			
20.	Pemeriksaan ketajaman penglihatan (uji persepsi cahaya)			

21.	Pemeriksaan Lapang Pandang (Tes Konfrontasi)			
22.	Uji penglihatan warna (Ishihara Chart)			 
23.	Membereskan peralatan sesuai dengan prinsip			
24.	Perawat Cuci tangan			
25.	<b>EVALUASI</b> Sesuaikan dengan tujuan			
26.	<b>DOKUMENTASI</b> Catat ketajaman penglihatan			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosakeperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		



## 2. MEMBERIKAN OBAT TETES/SALEP MATA

Nama Mahasiswa :

Peer :

Tanggal :

No	Komponen	D	TD	Ket
1	<b>Persiapan Alat (10%) :</b>			
	- Piala ginjal			
	- Kapas bulat/ Tissue			
	- Obat tetes yang sudah ditentukan			
	- K/p pipet			
	- Sarung tangan k/p			
	- Korentang k/p			
	- Kom kecil			
	- Air hangat			
2	<b>Persiapan Pasien (10%) :</b>			
	- Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien			
	mengenai prosedur yang akan dilakukan			
3	<b>Langkah-langkah (60%) :</b>			
	- Perawat mencuci tangan			
	- Sikap pasien duduk atau tidur telentang			
	dengan kepala ditengadahkan			
	- Membuka kelopak mata bawah dengan			
	telunjuk jari kiri			
	- Membersihkan mata dari dalam keluar dengan			
	kapas bulat yang dibasahi air hngat			
	- Meneteskan obat mata/memberikan salep			
	pada mata sepanjang 1 cm pada permukaan			
	konjungtiva kelopak mata bawah, sambil			
	menekan pangkal hidung			
	- Membersihkan air mata yang keluar dengan kapas			
	- Membuka sarung tangan dan mengevaluasi			



	keadaan klien			
	- Membereskan alat dan mengembalikan pada Tempatnya			
	- Perawat mencuci tangan			
4	<b>Sikap (20%) :</b>	-		
	- Sabar			
	- Sopan			
	- Hati-hati			
	- Efektifitas dan efisiensi			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

### Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosakeperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

### 3. IRIGASI MATA

#### Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan teknik irigasi mata dengan benar.

#### Tujuan Khusus

Setelah mengikuti praktikum, mahasiswa mampu:

1. Mahasiswa mampu mempersiapkan alat irigasi mata secara lengkap
2. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan teknik irigasi mata secara sistematis dan setiap langkah dilakukan dengan tepat

#### Irigasi Mata

##### Definisi

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

##### Indikasi

Irigasi okuler diindikasikan untuk menangani berbagai inflamasi konjungtiva, mempersiapkan pasien untuk pembedahan mata, dan untuk mengangkat sekresi inflamasi. Juga dipergunakan untuk efek antiseptiknya. Irigan yang dipakai bergantung pada kondisi pasien.

Indikasinya yaitu:

- a. Cedera kimiawi pada mata
- b. Benda asing dalam mata
- c. Inlamasi mata

**Kontaindikasi:** luka karena tusukan pada mata.

PERPUSTAKAAN  
AKPER FATMAWATI  
JAKARTA - SELATAN

### 3. MELAKUKAN IRIGASI MATA

Nama Mahasiswa :

Peer :

Tanggal :

No	Komponen	D	TD	Ket
1	<b>Persiapan Alat (15 %) :</b>			
	a. Mangkuk / kom kecil steril 2 buah			
	b. Cairan yang sesuai (NaCl 0,9%)			
	c. Pipet /sputit steril tanpa jarum dalam bak spuit			
	d. Bengkok 2 buah / sesuai kebutuhan			
	e. Kassa / tissue			
	f. Korentang			
	g. Perlak / handuk			
	Alat - alat steril dalam pack berisikan :			
	a. Kapas bulat			
	b. Kom kecil 2 buah			
	c. Handscon 1 pasang			
	d. Termos air panas dan waskom kecil untuk merendam cairan irigasi			
2	<b>Persiapan Pasien (10 %) :</b>			
	a. Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan			
	b. Memberikan lingkungan nyaman (memasang tabir di sekeliling pasien)			
3	<b>Langkah-langkah (60%) :</b>			
	a. Membawa peralatan ke dekat pasien			
	b. Perawat mencuci tangan			
	c. Menghangatkan cairan irigasi			
	d. Mengatur posisi pasien duduk/ tidur			
	e. Pasang pengalas			
	f. Kepala pasien dimiringkan ke sisi mata yang sakit			
	g. Letakkan bengkok di sisi kepala yang dimiringkan			

	h. Buka pack steril pakai sarung tangan dan disiapkan kebutuhan alat - alat serta cairan irigasi ke dalam kom			
	i. k/p bersihkan mata dengan kapas dan Na Cl 0,9% atau cairan lain sesuai kebutuhan			
	j. Membuka kelopak mata bawah dan klien dianjurkan melihat ke atas			
	k. Mengisi spuit dengan cairan irigasi dan mengalirkan cairan irigasi			
	l. dengan tekanan rendah dari arah dalam keluar dengan jarak 2,5 cm			
	m. Bila telah selesai keringkan mata pasien dengan tissue / kassa			
	n. Buka sarung tangan, tarik perlak			
	o. Membersihkan dan merapikan alat dan kembalikan ketempat semula			
	p. Mencuci tangan			
	q. Mendokumentasikan tindakan			
4	<b>Sikap (15 %):</b>			
	a. Hati-hati			
	b. Teliti, sabar dan sopan			
	c. Efektif dan efisien			

Keterangan

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

<b>Dokumentasi</b>
--------------------

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosakeperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rencana Keperawatan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		

Peer		

## **PERAWATAN POST OPERASI MATA**

### **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melakukan tindakan perawatan post op mata dengan baik dan benar.

### **Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti praktikum, mahasiswa mampu:

1. Mahasiswa mampu mempersiapkan perlengkapan perawatan post operasi mata secara lengkap.
2. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan tindakan perawatan post op mata dengan tepat

### **Perawatan Post Op Mata**

#### **Definisi**

Perawatan post op mata adalah perawatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan setelah tindakan operasi sebagai tindak lanjut.

#### **Perawatan pasien pasca operasi mata:**

1. Pasien pasca operasi tidak boleh batuk, mencedas, merokok, mengangkat beban berat lebih dari 5 kg, membungkuk, ketika melakukan sholat disarankan dilakukan dengan cara tidur, dan tidak boleh melakukan aktivitas seksual minimal 1 minggu.
2. Mata pasien pasca bedah mata tidak boleh sampai terkena air, di kucek-kucek dan ketika tidur disarankan untuk menggunakan pembungkus rambut ketika hendak tidur agar rambut tidak mengganggu mata atau mengenai mata. Adapun untuk pelindung mata setelah 2-3 hari pasca operasi dapat mengenakan kacamata hitam untuk sehari-hari.
3. Pasien disarankan untuk menggunakan obat tetes mata, dan minum obat sesuai dengan resep dokter
4. Lakukan kontro secara rutin sesuai waktu yang telah ditentukan oleh dokter
5. Konsultasikan kembali kepada dokter spesialis mata, apabila terjadi suatu gangguan atau masalah terkait pasca operasi mata



#### 4. PERAWATAN LUKA POST BEDAH MATA

Nama Mahasiswa:

Peer:

Tanggal:

No	Kegiatan	D	TD	Ket
1	<b>Persiapan Alat (15%)</b>			
	a. Dressing pack steril ( set ganti pembalut )			
	1) Bengkok 1 buah			
	2) Kom kecil 1 buah			
	3) Kasa ukuran 20 x 20 cm sebanyak 4 lembar			
	4) Pinset anatomis 1 buah			
	b. Korentang steril			
	c. Pengalas			
	d. Handschon bersih 1 pasang			
	e. Kapas basah ukuran panjang 5 cm garis tengah 1 cm			
	dipilin dalam tromol steril sesuai kebutuhan.			
	f. Wash bensin dalam botol tertutup			
	g. Plester dan gunting, dof ( tameng mata ) bersih			
	h. Piala ginjal 1 buah			
	i. Pinset bersih anatomis 2 buah			
	j. Lidi watten / kapas bulat sesuai kebutuhan dalam tempat khusus			
	k. Obat-obat mata, tetes mata atau salep mata sesuai kebutuhan			
	l. Tempat sampah			
2	<b>Persiapan Pasien 10 %</b>			
	a. Memberitahu pasien tentang prosedur yang akan dilakukan			
	b. Menutup tabir / menyiapkan lingkungan pasien			
3	<b>Langkah-langkah 60%</b>			
	a. Perawat cuci tangan			
	b. Mendekatkan alat - alat ke dekat pasien			
	c. Memasang pengalas di bawah kepala pasien			

d.	Siapkan lidi kapas / kapas bulat dan wash bensin untuk membuka plester			
e.	Letakkan bengkok di dekat kepala pasien			
f.	Memakai sarung tangan bersih			
g.	Membuka plester sebelumnya dibasahi dulu dengan kapas dan wash bensin, sisakan kasa terakhir.			
h.	Bersihkan bekas plester			
i.	Melepas sarung tangan			
j.	<b>Perawat cuci tangan kembali</b>			
k.	Buka dressing pack steril			
l.	Siapkan kapas lembab yang diambil dari dalam tromol ke dalam kom kecil			
m.	Letakkan bengkok di dekat kepala pasien			
n.	Kaji tingkat nyeri pasien b / p berikan obat analgetik sesuai resep yang ada			
o.	Buka pembalut / kassa yang masih tersisa di mata pasien			
p.	Bersihkan mata dengan kapas lembab dengan cara dari arah kantung dalam ke luar, satu kapas lembab untuk satu kali pemakaian, bersihkan sampai bersih			
q.	Berikan obat tetes / salep mata sesuai resep dokter			
r.	Gunakan pinset yang masih steril diambil dengan korentang untuk menutup mata klien dengan kasa yang sudah dilipat sebanyak 1 lembar, letakkan 1 lembar lagi tanpa dilipat untuk menutup mata sampai alis mata tertutup.			
s.	Pasang plister, dengan membuka sarung tangan dulu.			
t.	Tutup kembali mata dengan meletakkan dof dengan bagian yang menonjol di atas hidung, pasang plister.			
u.	Angkat bengkok buang kotoran kedalam tempat sampah dan angkat perlak.			
v.	Alat-alat dibersihkan, dirapikan dan dikembalikan ke tempat semula			
w.	Perawat cuci tangan			

4	<b>Sikap ( 10 %)</b>				
	a.	Teliti			
	b.	Hati-hati			
	c.	Cermat			
	d.	Sopan			

Keterangan

- D : Dilakukan
- TD : Tidak Dilakukan

Dokumentasi

Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosakeperawatan lengkap dan sumber pustakanya)

Rencana Keperawatan

Implementasi Keperawatan (tanggal, jam prosedur yang dilakukan, respon, paraf dan nama jelas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluasi Kinerja Praktikum

Evaluasi	Catatan	Nama & Paraf
Diri		
Peer		

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Aspiani, R. Y. (2014). *Buku ajar askep klien kardiovaskuler*. Jakarta: EGC
- Baradero, Dayrit, Siswadi. (2008). *Seri asuhan keperawatan klien gangguan kardiovaskuler*. Jakarta: EGC
- \_\_\_\_\_. (2008). *Seri asuhan keperawatan klien dengan gangguan hati*. Jakarta: EGC
- Bickley. (2014). *Bates buku saku pemeriksaan fisik & riwayat kesehatan*. Edisi 7. Jakarta: EGC
- Black, J. M. & Hawks, J.H. (2009). *Medical surgical nursing. 8th ed*. St Louis: Elseiver: Saunders
- Harrison. (2012). *Principles of internal medicine. 8th ed*. The McGraw-Hill Companies
- Indriana. (2015). *Asuhan keperawatan klien gangguan mata*. Jakarta: EGC
- Iqnatavius, D, & Workman., (2006). *Medical surgical nursing:patient-centered collaborative care*. 6th ed. St Louis, Missouri: Elseiver
- LeMone, Burke & Bauldoff. (2017). *Buku ajar keperawatan medikal bedah gangguan visul & auditori*. Jakarta: EGC
- Lewis, Dirksen, Heitkemper, Bucher & Camera. (2011). *Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems*. Vol 1. St Louis Missouri: Elseiver Mosby
- Longo, Fauci, Kasper, Hauser, Jameson, Loscalzo. (2012). *Harrison's principles of Internal Medicine*. 18th ed. The McGraw-Hill Companies
- Polit D, F & Beck, C, T. (2012). *Essential nursing research. 9th ed*. Philadelphia: Lippincott
- Smeltzer, S.C., & Bare, G.B. (2008). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Jakarta: EGC