

BUKU AJAR PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Sri Kurnia Dewi, M.Kep.

Ida Farida, APPd., M.Kes.

Ns. Karyatin, M.Kep.

Ns. Ratna Sari Dewi, S.Kep., M.Kep.

Ns. Nova Fridalni, S.Kep., M.Biomed.

Waluyo, S.Kep., Ns., M.Kep.

Sisca Pri Andini, Ns., M.Kep.

Ns. Muthia Deliana, S.Kep., M.Kep.

Laili Nur Azizah, S.Kep, Ners, M.Kep.



BUKU AJAR

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

MEDIKAL BEDAH

Penulis:

Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Sri Kurnia Dewi, M.Kep.

Ida Farida, APPd., M.Kes.

Ns. Karyatin, M.Kep.

Ns. Ratna Sari Dewi, S.Kep., M.Kep.

Ns. Nova Fridalni, S.Kep., M.Biomed.

Waluyo, S.Kep., Ns., M.Kep.

Sisca Pri Andini, Ns., M.Kep.

Ns. Muthia Deliana, S.Kep., M.Kep.

Laili Nur Azizah, S.Kep, Ners, M.Kep.



BUKU AJAR

PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN

MEDIKAL BEDAH

Penulis:

Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Sri Kurnia Dewi, M.Kep.

Ida Farida, APPd., M.Kes.

Ns. Karyatin, M.Kep.

Ns. Ratna Sari Dewi, S.Kep., M.Kep.

Ns. Nova Fridalni, S.Kep., M.Biomed.

Waluyo, S.Kep., Ns., M.Kep.

Sisca Pri Andini, Ns., M.Kep.

Ns. Muthia Deliana, S.Kep., M.Kep.

Laili Nur Azizah, S.Kep, Ners, M.Kep.

Desain Cover:

Ivan Zumarano

Tata Letak:

Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8411-68-9

Cetakan Pertama:

Desember, 2023

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

PRAKATA

Segala puji bagi Allah SWT, atas rahmat dan hidayahNya, akhirnya Buku Prosedur Tindakan Keperawatan Medikal Bedah ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini disusun untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran khususnya bagi mahasiswa keperawatan.

Buku ini menjelaskan khusus tentang prosedur tindakan dalam keperawatan medikal bedah, guna membekali mahasiswa keperawatan dengan hard skill dan soft skill tindakan keperawatan yang memadai, sehingga menjadi lulusan yang bermanfaat di masyarakat. Dalam proses pendidikan, mahasiswa diharapkan dapat mengombinasikan ketrampilan teknikal dengan pengetahuan serta mengaplikasikannya pada tatanan laboratorium dan praktik klinik. Oleh karena itu metode pembelajaran berpusat pada mahasiswa (*Student Centered Learning*) dalam pembelajaran ini diharapkan dapat membekali mahasiswa sampai lulus dan berkiprah dalam pembangunan masyarakat kesehatan.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan saran dan masukan demi perbaikan buku ini. Semoga buku ini dapat memberikan sumbangsih pada pembelajaran keperawatan.

Desember 2023

Penulis

KATA SAMBUTAN

**Ulty Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kep., Sp.Mat.
Ketua Tim Pokja**

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT, Tuhan yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, karena atas limpahan rahmat-Nya, kita dapat menyaksikan peluncuran buku Standar Operasional Prosedur (SOP) Keperawatan ini. Saya, Ulty Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kep, Sp.Mat, dengan rasa rendah hati dan penuh kebanggaan, ingin menyampaikan kata pengantar ini sebagai ungkapan terima kasih dan harapan untuk masa depan keperawatan di Indonesia. Buku ini bukanlah sekadar kumpulan aturan dan tata cara, melainkan representasi dari komitmen bersama untuk meningkatkan standar pelayanan keperawatan di negeri ini. Melalui satu tahun perjalanan yang penuh perjuangan dan dedikasi, Tim Pokja Keperawatan berhasil menyusun SOP ini dengan memperhatikan kearifan lokal, norma keperawatan internasional, dan pengalaman praktisi keperawatan di seluruh Indonesia.

Kami menyadari bahwa keperawatan bukan hanya sebuah pekerjaan, tetapi sebuah panggilan untuk memberikan asuhan yang terbaik bagi kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, buku ini dirancang untuk menjadi panduan yang praktis dan relevan bagi seluruh tenaga keperawatan di Indonesia, dari sabang hingga merauke. Saya ingin menyampaikan apresiasi setinggi-tingginya kepada seluruh anggota Tim Pokja yang telah berkontribusi dengan penuh semangat, pemikiran kritis, dan keahlian tim penulis dalam menyusun buku ini. Keberhasilan ini adalah hasil kolaborasi tim yang kuat dan kerjasama yang erat.

Tidak lupa, terima kasih kepada seluruh pihak yang telah mendukung dan memberikan masukan berharga selama proses penyusunan. Semoga buku ini tidak hanya menjadi buku panduan, tetapi juga menjadi sumber inspirasi dan motivasi bagi semua praktisi keperawatan di tanah air. Kepada para pembaca, semoga buku SOP Keperawatan ini dapat menjadi teman setia dalam memberikan pelayanan yang bermutu dan berkualitas. Mari kita terus berkolaborasi dan berkontribusi untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat Indonesia. Akhir kata, kami menyampaikan terima kasih yang tak terhingga atas dukungan dan kepercayaan Anda. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi kemajuan keperawatan Indonesia.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

**Ulty Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kep., Sp.Mat.
Ketua Tim Pokja**



DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
KATA SAMBUTAN	iv
DAFTAR ISI.....	v
BAB I ANAMNESIS SISTEM PERNAPASAN	1
BAB II ANAMNESIS SISTEM PENCERNAAN	11
BAB III ANAMNESIS SISTEM KARDIOVASKULAR.....	21
BAB IV PEMERIKSAAN FISIK TIROID	31
BAB V PEMERIKSAAN RUMPLE LEEDE.....	45
BAB VI PEMERIKSAAN GULA DARAH SEWAKTU (GDS)	53
BAB VII PEMBERIAN TRANSFUSI DARAH	63
BAB VIII PENYUNTIKAN INSULIN PEN	73
BAB IX PERAWATAN NEFROSTOMI.....	81
BAB X PERAWATAN KOLOSTOMI	91
PROFIL PENULIS.....	105

BAB I

ANAMNESIS SISTEM PERNAPASAN

Sri Kurnia Dewi, M.Kep.



BAB I

ANAMNESIS SISTEM PERNAPASAN

Sri Kurnia Dewi, M.Kep.

1. Definisi

Adalah kegiatan komunikasi yang dilakukan antara pemeriksa dan pasien.

2. Tujuan

Untuk mendapatkan informasi tentang penyakit yang diderita dan informasi lainnya yang berkaitan, dan dapat mengarahkan diagnosis penyakit pasien.

3. Indikasi

- a. Untuk membantu dalam menegakan diagnosa penyakit dari seorang pasien, dan menyingkirkan diagnosis banding.
- b. Membantu dokter dalam melakukan tindakan selanjutnya.
- c. Mengetahui perkembangan dan kemajuan terapi.
- d. Dipakai sebagai standar pelayanan dalam memberikan pelayanan paripurna pada pasien.

4. Kontraindikasi

Tidak ada kontraindikasi.

5. Hal yang perlu diperhatikan

Anamnesis yang baik harus mengacu pada pertanyaan yang sistematis, berpedoman pada empat pokok pikiran (*the fundamental four/F4*) dan tujuh hal mendasar dalam anamnesis (*the sacred seven/S7*).

The fundamental four (F4) yang dimaksud adalah melakukan anamnesis dengan cara mencari data tentang:

- a. Riwayat penyakit sekarang (RPS)
- b. Riwayat penyakit dahulu (RPD)
- c. Riwayat penyakit keluarga
- d. Riwayat sosial dan ekonomi

The sacred seven (S7) merupakan tujuh hal mendasar dalam anamnesis yang dilakukan secara sistematis setelah keluhan utama, yaitu:

- a. *Onset* (akut atau gradual) and *Duration*(durasi): menit atau berapa jam

- b. *Location* (lokasi) and *Radiation*: sakit, sesak, benjolan dan sebagainya:
Di mana? Menyebar ke mana ?
- c. *Cronology*: Pola (intermitten atau terus menerus) dan Frekuensi (setiap hari, per minggu atau per bulan)
- d. *Quality and Progressstion*: misalnya nyeri bersifat tajam, tumpul atau acting, semakin membaik atau semakin memburuk dibandingkan sebelumnya.
- e. *Severity*(tingkat keparahan): ringan, sedang, berat
- f. *Modifying factors. Precipitating and relieving factors* (faktor-faktor yang memperberat dan faktor yang mengurangi gejala, misalnya, "apakah ada penggunaan obat sebelumnya ?"
- g. *Associated symptoms* (yang berhubungan dengan gejala lainnya misal batuk, mengi/wheezing, hemoptisis, sesak napas, nyeri dada, ortopnea) and *Systemic symptoms* (gejala-gejala sistemik seperti demam, malaise, anoreksia, penurunan berat badan).

6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki 45 tahun, datang ke poliklinik RS mengeluh batuk. Perawat menanyakan sudah berapa keluhan dirasakan, kapan keluhan terasa semakin berat atau ringan, apakah pernah melakukan pengobatan sebelumnya dan apakah ada keluhan yang lain seperti demam, mual muntah seta penurunan BB. Apakah tindakan yang dilakukan perawat tersebut?

- A. Anamnesis sistem pernapasan
- B. Anamnesis sistem perncernaan
- C. Anamnesis sistem perkemihan
- D. Anamnesis sistem kardiovaskular
- E. Anamnesis sistem persarafan

7. Pembahasan soal kasus

Jawaban: A. Anamnesis sistem pernapasan

Pada kasus di atas sudah tampak bahwa perawat yang menerima pasien tersebut sedang melakukan proses wawancara atau anamnesis pada pasien dengan menanyakan berbagai pertanyaan yang berhubungan dengan keluhan yang dirasakan oleh pasien. Melihat keluhannya, sudah tampak bahwa ini mengarah pada keluhan sistem pernapasan.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A): Pengkajian	
Fase Prainteraksi 1. Penampilan pemeriksa 2. Waktu yang cukup 3. Tempat yang nyaman	Dengan penampilan pemeriksa yang rapi dan sopan, tempat yang nyaman bisa membuat pasien merasa nyaman.
Planning (P): Perencanaan	
Fase Orientasi 4. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> • Meja • Kursi • Form Anamnesis • Pulpen 	
PERSIAPAN KLIEN 5. Memperlihatkan sikap yang ramah, mengucapkan salam	Agar pasien merasa nyaman 
6. Perkenalkan diri melalui jabat tangan dan mempersilahkan pasien untuk duduk atau perbaring	 <p>Tujuan Anamnesis dijelaskan, agar pasien mengerti apa yang akan dilakukan</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>7. Menjelaskan tujuan anamnesis</p>	 <p>Agar pasien bisa merasa nyaman menyampaikan keluhannya</p>
<p>8. Menciptakan suasana yang bersahabat dalam rangka membina sambung rasa</p>	 <p>Agar pasien bisa mengerti dengan mudah apa yang kita sampaikan</p>
<p>9. Menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien</p>	 <p>Agar pasien merasa bahwa keluhannya didengarkan dan bisa menceritakan semua keluhannya dengan lengkap, tanpa ada yang ditutupi.</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>10. Menjadi pendengar yang baik</p> <p>11. Menunjukkan empati dan memberikan kesempatan kepada penderita untuk memberikan respon</p>	
PERSIAPAN LINGKUNGAN <p>12. Jaga privasi klien</p> <p>13. Ciptakan lingkungan yang nyaman</p>	<p>Agar pasien merasa nyaman dan terjaga privasinya</p>
Implementation (I): Implementasi	
Fase Kerja <p>14. Cuci tangan</p>	<p>Cuci tangan efektif, menggunakan sabun di bawah air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih dan kering</p> 
<p>15. Anamnesis dimulai dengan menanyakan data diri umum yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nama Umur Alamat Status perkawinan Pekerjaan 	<p>Mengetahui data awal atau data utama pasien</p> 
<p>16. Menanyakan keluhan utama</p>	<p>Keluhan utama adalah keluhan yang menyebakan pasien datang ke tempat pelayanan kesehatan</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
17. Menggali riwayat penyakit sekarang (RPS)	<p>untuk mencari pertolongan. Yang dicatat hanya satu keluhan dan lama keluhan dirasakan</p> 
18. Menggali riwayat penyakit dahulu (RPD)	<p>Merupakan bagian anamnesis yang paling penting, karena dapat memberi gambaran jelas tentang penyakit yang diderita pasien.</p>  <p>Pada riwayat penyakit dahulu perlu ditanyakan penyakit respirasi yang pernah diderita, penyakit penyerta termasuk riwayat pengobatan</p> 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
19. Riwayat alergi	<p>Masuk pada riwayat penyakit keluarga, ditanyakan riwayat anggota keluarga yang menderita gangguan respirasi, juga apakah ada riwayat alergi dan kontak.</p> 
20. Mengenal riwayat psikososial	<p>Menyangkut terhadap pola kebiasaan sehari hari yang berkaitan dengan keluhan yang dialami sekarang, merokok, pekerjaan yang beresiko terhadap penyakit respirasi, alergi binatang dll</p>
21. Riwayat penyakit dalam keluarga	 <p>Apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit/keluhan yang sama dan seberapa dekat dengan pasien.</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
22. Sosial Ekonomi	 <p>Berkaitan dengan risiko penyakit respirasi tertentu yang berkaitan dengan keberhasilan pengobatan</p>
Fase Terminasi 23. Mengahiri wawancara dengan baik dan memberi ringkasan	 <p>Menyampaikan ringkasan dari hasil anamnesis yang didapatkan.</p>
24. Cuci tangan	 <p>Cuci tangan efektif, menggunakan sabun dibawah air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih dan kering.</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Evaluation (E): Evaluasi	<p>25. Mencatat hasil anamnesis dengan jelas dan sistematis 26. Evaluasi respon klien terhadap tindakan 27. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</p> <p>Mencatat dan mengevaluasi serta mendokumentasikan semua hasil anamnesis yang didapatkan sebagai data untuk memberikan intervensi keperawatan yang tepat bagi pasien.</p> 
Sikap	<p>28. Melakukan tahapan anamnesis dengan sistematis 29. Komunikatif dengan pasien 30. Percaya diri</p> <p>Agar tahapan anamnesis terlewati dengan baik, komunikatif yang baik dan percaya diri bisa meningkatkan kepercayaan pasien</p> 

DAFTAR PUSTAKA

- Muttaqin, A. 2014. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*, Jilid 1, Jakarta: EGC.
- Scholastica, P.A.F. 2018. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*, Jilid 1, Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Zuriati, S. Melti, A. Yuanita. 2017. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Sistem Respirasi Aplikasi Nanda NIC & NOC*. Cetakan 1. Padang: Sinar Ultima Indah.

BAB II

ANAMNESIS SISTEM PENCERNAAN

Ida Farida, APPd, M.Kes.



BAB II

ANAMNESIS SISTEM PENCERNAAN

Ida Farida, APPd, M.Kes.

1. Definisi

Anamnesis Sistem Pencernaan adalah kegiatan wawancara antara perawat dan klien yang mengalami gangguan sistem pencernaan.

2. Tujuan

Mendapatkan data riwayat kesehatan dan keperawatan secara subjektif dari klien dan atau keluarga tentang gangguan sistem pencernaan yang dialami.

3. Indikasi

Klien yang mengalami gangguan sistem pencernaan.

4. Kontraindikasi

Tidak ada.

5. Hal yang perlu diperhatikan

- a. Pengetahuan perawat tentang berbagai macam gangguan sistem pencernaan.
- b. Keterampilan komunikasi terapeutik antara klien dan perawat.
- c. Sikap profesional sebagai perawat pemula.

6. Contoh Kasus

Seorang perempuan 20 tahun, datang ke poliklinik dengan keluhan bagian ulu hati terasa sakit, terutama setelah makan. Hasil pengkajian: klien mengakui bekerja sebagai foto model, pernah muntah darah 1 bulan yang lalu, tekanan darah 110/70 mmHg, TB 160 cm, BB 35 kg.

Apa data pendukung lain yang paling utama harus dikaji?

- A. Kaji pola makan
- B. Kaji tingkat nyeri
- C. Ukur tingkat stres

- D. Observasi aktifitas
- E. Periksa tekanan darah

7. Pembahasan soal kasus

- A. Kaji pola makan; jawaban yang tepat karena nyeri ulu hati setelah makan berkaitan erat dengan pola makan.
- B. Kaji tingkat nyeri; jawaban kurang tepat karena yang lebih utama adalah menggali data tentang penyebab masalah, yaitu pola makan
- C. Ukur tingkat stres; jawaban kurang tepat karena yang lebih utama adalah menggali data tentang penyebab masalah, yaitu pola makan
- D. Observasi aktifitas ; jawaban kurang tepat karena yang lebih utama adalah menggali data tentang penyebab masalah, yaitu pola makan
- E. Periksa tekanan darah; jawaban kurang tepat karena tekanan darah klien masih dalam batas normal

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A): Pengkajian Fase Prainteraksi 1. Review catatan medis dokter 2. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan anamnesis	
Planning (P): Perencanaan Fase Orientasi 3. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> • APD (Alat Pelindung Diri)*: masker, sarung tangan • Form pengkajian • Alat tulis 	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
PERSIAPAN KLIEN <ul style="list-style-type: none"> 4. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien 5. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 6. Tinggikan tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera) 	
PERSIAPAN LINGKUNGAN <ul style="list-style-type: none"> 7. Jaga privasi klien (tutup tirai) 8. Atau turunkan penghalang tempat tidur 	
Implementation (I): Implementasi <p>Fase Kerja</p> <ul style="list-style-type: none"> 9. Cuci tangan 10. Gunakan APD (masker, sarung tangan) 11. Perawat memulai wawancara dengan mengkonfirmasi identitas klien dan penanggung jawab. <ul style="list-style-type: none"> a. Identitas klien; nama (inisial), umur (tahun), jenis kelamin (L=Lelaki, P=perempuan), status perkawinan, Agama, Pendidikan, Pekerjaan, alamat b. Penanggung Jawab; nama (inisial), umur (tahun), jenis kelamin (L=Lelaki, P=perempuan), status perkawinan, Agama, Pendidikan, Pekerjaan, alamat, Hubungan dengan klien. 	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>c. Keterangan lain seperti tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medik, nomor rekam medik.</p> <p>12. Tanyakan keluhan pasien saat ini ;</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluhan saat masuk rumah sakit; keluhan yang menyebabkan klien atau keluarga mendatangi pelayanan kesehatan b. Keluhan utama (saat dikaji); Keluhan yang paling utama (satu) yang dirasakan klien saat ini, dari satu atau lebih keluhan saat ini. Keluhan yang berkaitan dengan gangguan sistem pencernaan lazimnya berkaitan dengan keluhan nyeri pada epigastrium atau area abdomen lain¹. <p>13. Tanyakan riwayat kesehatan klien saat ini; kronologis keluhan (maksimal tiga sampai enam bulan) dari awal sampai saat ini, apa yang sudah dilakukan, penggunaan obat-obatan sesuai intruksi. Riwayat keperawatan pada gangguan sistem pencernaan dapat ditelusuri dari tanda dan gejala pada gangguan sistem pencernaan seperti kelemahan, tidak selera makan/anoreksia, mual dan muntah. Dikaji apa faktor predisposisi dan presipitasi masalah yang dialami².</p> <p>14. Tanyakan riwayat kesehatan klien terdahulu; riwayat gangguan kesehatan yang dialami klien (lebih dari 6 bulan yang lalu) terkait atau tidak terkait dengan gangguan kesehatan saat ini, pernah dirawat, dioperasi atau menjalani terapi tertentu seperti terapi rehabilitasi medik.</p>	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>Tanyakan apakah klien pernah terpapar dengan penyakit infeksi seperti TBC, atau mempunyai penyakit penyerta seperti Hipertensi, Diabetes Mellitus, kanker dan lain-lain. Bagaimana selama ini klien menangani masalah kesehatan, seperti mencari bantuan ke pelayanan kesehatan atau terapi alternatif. Dikaji riwayat penggunaan obat yang sampai saat ini masih digunakan³.</p> <p>15. Tanyakan riwayat kesehatan keluarga; riwayat kesehatan anggota keluarga baik yang tinggal serumah atau tidak, minimal tiga generasi. Dapat dibuat genogram atau gambaran garis keturunan yang berisi: jenis kelamin, umur, penyakit yang pernah dialami seperti penyakit infeksi (TBC) atau penyakit keturunan (Diabetes) atau keganasan (kanker).</p> <p>16. Tanyakan riwayat pemeliharaan kesehatan; berisi pola aktifitas/kebiasaan klien sehari-hari, sebelum sakit/di rumah dan setelah sakit/di rumah sakit, sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pola pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan; berisi data tentang makanan dan minuman yang dikonsumsi meliputi: jumlah, jenis (nasi, lauk, sayur, buah, minum), pantangan, kesulitan menelan makanan/minuman dan usaha untuk mengatasinya. b. Pola Eliminasi; berisi data tentang pola Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK) meliputi: jumlah, warna, konsistensi, bau, masalah (diare, 	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>konstipasi, incontinen) dan cara mengatasinya⁴.</p> <p>c. Pola istirahat dan tidur; berisi data tentang jumlah/waktu tidur dalam sehari, hal yang mempermudah atau mempersulit tidur, masalah dan upaya untuk mengatasinya</p> <p>d. Pola Kebersihan Diri (personal Hygiene); berisi data tentang kebersihan kulit, kuku, rambut, gigi meliputi: frekuensi, cara, alat/bahan yang digunakan.</p> <p>e. Aktifitas; berisi kegiatan yang dilakukan untuk mengisi waktu luang, adakah kelemahan yang dialami.</p> <p>17. Tanyakan tentang riwayat psikologis klien dan amati bagaimana kondisi saat ini, seperti:</p> <p>a. Status emosi; bagaimana ekspresi hati dan perasaan klien, suasana hati dan tingkah laku yang dominan/menonjol, suasana yang membahagiakan klien, stressor yang membuat perasaan klien tidak nyaman, apakah emosi sesuai dengan ekspresi wajahnya.</p> <p>b. Gaya komunikasi; apa klien tampak hati-hati atau menolak berbicara, komunikasi tidak jelas, menggunakan bahasa isyarat, bagaimana type kepribadiannya.</p> <p>c. Pola pertahanan; bagaimana mekanisme coping dalam mengatasi masalah</p> <p>d. Dampak dirawat; apakah ada perubahan fisik dan psikologis selama perawatan</p>	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>18. Tanyakan riwayat Sosial; berisi data tentang pola interaksi klien dengan orang lain, seperti kepada siapa klien berespon, siapa orang yang klienpercayai, bagaimana keaktifan klien dalam beraktifitas, kegiatan apa yang selama ini diikuti</p> <p>19. Tanyakan tentang riwayat spiritual; berisi data tentang pemenuhan kebutuhan beribadah, masalah dan cara mengatasinya.</p> <p>20. Lepaskan handschoen</p>	
<p>Fase Terminasi</p> <p>21. Beri <i>reinforcement positif</i></p> <p>22. Rapikan alat</p> <p>23. Cuci tangan</p>	
<p>Evaluation (E): Evaluasi</p> <p>24. Evaluasi respon klien terhadap anamnesis</p> <p>25. Dokumentasikan hasil anamnesis ke dalam form pengkajian</p>	
<p>Sikap</p> <p>26. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>27. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>28. Komunikatif dengan pasien</p> <p>29. Percaya diri</p>	

DAFTAR PUSTAKA

- Ida Farida D. 2023. *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Jakarta: Nuansa Fajar Cemerlang.
- Harding, M.M. and Kwong, J. and Roberts, D. and Hagler, D. and Reinisch, C. 2019. *Lewis's Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems, Single Volume*. Missouri: Mosby.
- Muslim A., Bahrudin. 2018. *Keperawatan Medikal Bedah III*. Jombang: Icme Press. Published online.
- Andriani V. 2021. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diare Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi dan Cairan*. Surakarta: Univ Kusuma Husada Surakarta. Published online.

BAB III

ANAMNESIS SISTEM KARDIOVASKULAR

Karyatin, S.Kep., Ners, M.Kep.



BAB III

ANAMNESIS SISTEM KARDIOVASKULAR

Karyatin, S.Kep., Ners, M.Kep.

1. Definisi

Wawancara pengkajian kesehatan untuk menentukan masalah pada fungsi dan struktur kardiovaskuler, biasanya berfokus pada keluhan utama.

2. Tujuan

- a. mendapatkan data yang berkaitan dengan kelainan sistemik dengan akibat/konsekuensi kardiovaskuler
- b. mengkaji fungsi sistem kardiovaskuler
- c. mengenal secara dini adanya gangguan nyata maupun potensial
- d. mengidentifikasi penyebab gangguan
- e. merencanakan cara mengatasi permasalahan yang ada
- f. menghindari masalah yang mungkin terjadi.

3. Indikasi

Pasien dengan riwayat penyakit jantung, sesak napas saat aktivitas, nyeri dada, palpitasi dan pusing atau sinkop.

4. Kontra indikasi

- a. Pasien dalam kondisi sesak berat
- b. Pasien dengan kesadaran menurun/tidak sadar

5. Hal yang perlu diperhatikan

Bahasa yang digunakan mudah dipahami oleh klien saat melakukan wawancara, ekspresi pasien, kenyamanan pasien dan kerahasiaan.

6. Contoh kasus

Seorang laki-laki 57 tahun, dirawat di RS. Hasil pemeriksaan pasien tampak sesak, frekuensi napas 32x/mnt, nadi 124x/mnt, terdapat edema diekstermitas, terpasang oksigen nasale kanule 3 liter/menit. Masalah keperawatan penurunan curah jantung. Apakah tindakan yang harus

dilakukan untuk melengkapi data yang mendukung masalah keperawatan pada kasus tersebut ?

- A. Melakukan anamnesis
- B. Melakukan pemeriksaan fisik
- C. Menentukan rencana keperawatan
- D. Melakukan tindakan keperawatan
- E. Melakukan evaluasi dan pendokumentasian

7. Pembahasan soal kasus

Pada kasus tersebut yang menjadi kuncinya adalah sudah diketahui masalah keperawatan tapi data belum lengkap, data pemeriksaan fisik sudah ada, sehingga perawat harus melengkapi data dengan melakukan anamnesis riwayat kesehatan.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A): Pengkajian Fase Prainteraksi <ul style="list-style-type: none">1. Siapkan pasien dan keluarga2. Siapkan lingkungan yang nyaman dan aman3. Siapkan alat tulis yang dibutuhkan4. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan wawancara	
Planning (P): Perencanaan Fase Orientasi 5. PERSIAPAN ALAT <ul style="list-style-type: none">• Alat tulis• Buku catatan/formulir pengkajian	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>PERSIAPAN KLIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> 6. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien 7. Jelaskan tujuan wawancara/anamnesis yang akan dilakukan 8. Posisikan pasien senyaman mungkin (posisi duduk atau berbaring) 	
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <ul style="list-style-type: none"> 9. Jaga privasi pasien(tutup tirai) 10. Atau turunkan penghalang tempat tidur 	 
Implementation (I): Implementasi	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>Fase Kerja</p> <p>11. Cuci tangan</p> <p>12. Posisikan pasien duduk jika memungkinkan / berbaring</p> <p>13. Lakukan wawancara yang meliputi:</p> <p>a. Keluhan utama:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) fatigue 2) bengkak/edema ekstremitas 3) denyut nadi yang tidak teratur 4) dyspnea 5) nyeri dada (dimana letaknya, menjalar ke rahang atau lengan kiri) 6) nyeri tungkai saat aktivitas berjalan atau selama istirahat 7) sakit kepala 8) kelelahan 9) sesak saat beraktivitas yang menimbulkan nyeri dada 10) berkunang-kunang saat jantung berdebar-debar <p>b. Riwayat kesehatan masa lalu:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Penyakit yang berhubungan langsung dengan sistem kardiovaskuler (angina, serangan jantung, gagal jantung kongestif (CHF), penyakit vascular perifer (PWD)). 2) Tanyakan adanya: nyeri dada yang hilang timbul, napas pendek, alkoholik, anemia, demam rematik, sakit tenggorokan, penyakit jantung bawaan, stroke, pingsan, hipertensi, thrombophlebitis, dan varises. <p>c. Riwayat pengobatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Tanyakan tentang pengobatan yang pernah dijalani seperti pemakaian aspirin., tulis nama obatnya 	 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>2) Apakah pasien mengerti tentang kegunaan dan efek samping obat tersebut.</p> <p>3) Obat-obat yang dapat mempengaruhi sistem kardiovaskuler: anticonvulsants, antidepressant, antipsychotics, cerebral stimulants, cholinergics, estrogens, nonnarcotic analgesics dan antipyretics, oral contraceptives, sedatives and hypnotics, spasmolytic.</p> <p>Riwayat pembedahan atau pengobatan lain:</p> <p>Pasien ditanyakan secara spesifik tentang pengobatan pembedahan yang pernah dijalani, perawatan dirumah sakit yang berkaitan dengan kardiovaskuler, hasil pemeriksaan diagnostic dicatat.</p> <p>d. Pola hidup sehat:</p> <p>1) pola persepsi sehat dan manajemen sehat:</p> <p>Ditanyakan faktor resiko utama kardiovaskuler: peningkatan lipid, merokok (jenis rokok, jumlah per hari, usaha untuk berhenti merokok), kurang aktivitas dan obesitas, stress dan DM, riwayat penyakit darah, penyakit arteri coroner, penyakit vascular. Arteriosklerosis menyebabkan ekstremitas dingin dan sianotik. Tanyakan juga penyakit lainnya seperti: astma, penyakit ginjal.</p> <p>2) Pola nutrisi metabolismik:</p> <p>Kelebihan berat badan dan kekurangan berat badan, tipe diit, jumlah asupan garam dan lemak, riwayat allergi.</p> <p>3) Pola eliminasi:</p> <p>Warna kulit, temperatur, kelembaban/integritas dan turgor kulit biasanya berkaitan dengan masalah sirkulasi. serta</p>	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>edema mengidentifikasi gagal jantung. Catat masalah konstipasi, hindari mengedan dan valsava manufer. Frekuensi bak dan jumlah urine.</p> <p>4) Pola latihan dan aktivitas: Latihan yang dilakukan, lama latihan, frekuensi dan timbulnya efek yang tidak diharapkan selama latihan (sakit kepala, nyeri dada, napas pendek), kemampuan dalam melakukan ADL.</p> <p>5) Pola istirahat tidur: Pasien dengan gagal jantung membutuhkan tidur dengan kepala ditinggikan menggunakan bantal catat jumlah bantal yang digunakan, nocturia pada masalah kardiovaskuler dapat mengganggu pola tidur.</p> <p>6) Pola kognitif persepktif: Nyeri yang berhubungan dengan kardiovaskuler seperti nyeri dada, (aritmia, hipertensi dan stroke mungkin menyebabkan vertigo, bahasa dan memori).</p> <p>7) Pola persepsi-konsep diri: Pasien dengan masalah kardiovaskuler kronik biasanya tidak dapat mengidentifikasi penyakitnya.</p> <p>8) Pola hubungan peran: Jenis kelamin, ras dan usia mempunyai hubungan dengan kesehatan kardiovaskuler (status perkawinan, peran dalam rumah tangga, jumlah anak, usia mereka, lingkungan tempat tinggal), tingkat kenyamanan dan ketidaknyamanan dalam menjalankan peran yang berpotensi menjadi stress dan konflik.</p> <p>9) Pola seksualitas:</p>	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>Pasien merasa ketakutan akan kematian saat berhubungan intim, dan menyebabkan perubahan pada kebiasaan sex (fatigue atau napas pendek membatasi aktivitas sex), Impoten merupakan efek samping dari pengobatan masalah kardiovaskuler seperti beta bloker, diuretic), hal ini dinjurkan konseling pada pasien dan pasangannya.</p>	
<p>10) Pola toleransi coping stres: Metode coping yang biasa dilakukan, perilaku explosive, marah dan permusuhan dihubungkan dengan resiko penyakit jantung. Informasi support sistem keluarga, teman, psikolog atau pemuka agama menjadi sumber untuk mengembangkan rencana keperawatan.</p> <p>11) Pola nilai dan kepercayaan: Adakah pengaruh budaya dan kultur yang mengakibatkan penyakit kardiovaskuler.</p>	
<p>Fase Terminasi</p> <p>14. Beri <i>reinforcement positif</i> 15. Rapikan alat 16. Cuci tangan</p>	
<p>Evaluation (E): Evaluasi</p> <p>17. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</p>	
<p>Sikap</p> <p>18. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 19. Melakukan wawancara secara sistematis 20. Komunikatif dengan pasien 21. Percaya diri</p>	

DAFTAR PUSTAKA

- Kasron. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: Trans Info Media.
- LeMone, Priscilla. Karen M Barked and Gerene Baudoff. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Ed.5 Vol 3*. Jakarta: EGC.
- Manurung Nixson. 2016. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: Trans Info Media.

BAB IV

PEMERIKSAAN FISIK TIROID

Ns. Nova Fridalni, S.Kep., M. Biomed.



BAB IV

PEMERIKSAAN FISIK TIROID

Ns. Nova Fridalni, S.Kep., M. Biomed.

1. Definisi

Pemeriksaan tiroid adalah suatu tindakan yang dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi dan auskultasi pada leher untuk mengetahui keadaan kelenjar tiroid klien.

2. Tujuan

Untuk menilai ukuran, konsistensi atau mobilitas kelenjar tiroid.

3. Indikasi

- a. Dilakukan sebagai pemeriksaan rutin saat klien pertama kali masuk rumah sakit.
- b. Dilakukan jika terdapat kecurigaan adanya gejala-gejala yang mengarah kepada kelainan pada kelenjar tiroid seperti adanya pembengkakan di leher, mudah lelah atau gemetar/tremor.

4. Kontraindikasi

Tidak terdapat kontraindikasi untuk pemeriksaan ini karena pemeriksaan tiroid bukanlah pemeriksaan yang bersifat inspektif dan merupakan bagian dari pemeriksaan rutin.

5. Hal yang perlu diperhatikan

- a. Pencahayaan harus terang dan arah cahaya dari depan klien, sebaiknya menggunakan pencahayaan silang (menggunakan 2 sumber cahaya/lampu yang berlawanan arah) dapat meningkatkan bayangan untuk meningkatkan deteksi massa pada leher.
- b. Posisi klien saat pemeriksaan adalah duduk atau berdiri.
- c. Perawat tidak menggunakan sarung tangan saat melakukan pemeriksaan.

6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki 30 tahun, datang ke Puskesmas dengan keluhan mudah lelah, jantung berdebar dan tangan gemetar. Hasil pemeriksaan: ekstremitas

berkeringat, TD 150/100 mg, frekuensi nadi 100x/menit dan frekuensi napas 24x/ menit. Perawat akan melengkapi pengkajian pada klien. Apa pemeriksaan fisik prioritas yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?

- A. Mata
- B. Jantung
- C. Neurologi
- D. Kelenjar tiroid
- E. Ektremitas atas

7. Pembahasan soal kasus

Pada kasus tersebut yang menjadi kata kunci adalah keluhan yang dirasakan klien yaitu mudah lelah, jantung berdebar, berkeringat dan tangan gemetar (tremor). Semua keluhan ini merupakan sebagian dari tanda dan gejala penyakit yang mengacu kepada gangguan kelenjar tiroid, sehingga harus dilakukan pemeriksaan fisik kelenjar tiroid (D).

Mata, jantung, neurologi, dan ekstremitas atas, bukan pemeriksaan prioritas

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A): Pengkajian	
Fase Prainteraksi 1. Kaji keluhan klien yang berkaitan dengan gangguan pada kelenjar tiroid seperti terasa benjolan pada leher, keringat banyak, gemetar, jantung berdebar-debar atau penurunan berat badan dan nafsu makan. 2. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan pemeriksaan kelenjar tiroid.	Pengkajian pada klien terkait keluhan yang mengarah kepada gangguan kelenjar tiroid akan menjadi dasar yang kuat untuk melakukan pemeriksaan fisik pada kelenjar tiroid. 
	Kesiapan psikologis klien dibutuhkan agar pemeriksaan berjalan dengan baik dan klien

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
	<p>bisa kooperatif selama pemeriksaan.</p> 
<p>Planning (P): Perencanaan</p> <p>Fase Orientasi</p> <p>PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada)</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Stetoskop* 4. Gelas berisi air minum* <p>PERSIAPAN KLIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien. 	<p>Stetoskop diperlukan untuk pemeriksaan auskultasi jika klien mengalami pembesaran kelenjar tiroid.</p>  <p>Air minum dibutuhkan untuk memudahkan melihat pergerakan kelenjar tiroid ke atas pada saat inspeksi.</p>  <p>Menciptakan hubungan saling percaya dan memastikan benar klien dalam pelaksanaan prosedur.</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>6. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.</p>	<p>Memberikan informasi terkait prosedur tindakan sehingga klien bisa kooperatif selama tindakan.</p> 
<p>7. Minta persetujuan klien untuk pelaksanaan prosedur.</p>	<p>Persetujuan klien merupakan bentuk informed consent klien terhadap pelaksanaan prosedur sehingga diharapkan klien dapat kooperatif selama prosedur berlangsung.</p> 
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <p>8. Jaga privasi klien (tutup tirai)</p> <p>9. Atur pencahayaan ruangan, arah cahaya berasal dari arah depan klien.</p>	<p>Memberikan rasa aman dan nyaman pada klien selama pemeriksaan berlangsung.</p>  <p>Pencahayaan yang baik akan membantu perawat dalam</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
	<p>mengamati adanya massa pada leher klien.</p> 
Implementation (I): Implementasi	
<p>Fase Kerja</p> <p>10. Perawat mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir.</p> <p>11. Perawat duduk di hadapan klien.</p>	<p>Membersihkan tangan dari kotoran dan mikroorganisme sehingga tidak mengkontaminasi klien selama pemeriksaan berlangsung.</p>  <p>Duduk di hadapan klien, merupakan posisi yang tepat untuk melakukan inspeksi.</p> 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
12. Minta klien untuk duduk dengan kepala sedikit tengadah/ ekstensi	<p>Posisi ini akan membuat area leher lebih panjang dan memudahkan dalam proses inspeksi.</p> 
13. Lakukan inspeksi dari depan klien. Perawat memperhatikan leher klien mulai dari arah dagu terus turun ke arah leher menuju tonjolan tulang pertama yaitu kartilago tiroid (area jakun pada laki-laki) lalu mengamati tonjolan kedua yaitu kartilago krikoid dan kelenjar tiroid berada di bawah kartilago krikoid. Jika tidak ada pembesaran, kelenjar tiroid biasanya tidak terlihat dengan jelas.	<p>Memperhatikan letak tonjolan tulang kartilago tiroid dan krikoid akan membantu perawat menentukan letak kelenjar tiroid.</p> 
14. Beri klien air minum dan amati area kartilago krikoid sambil meminta klien untuk menelan air. Kelenjar tiroid akan bergerak naik turun saat menelan. (Kondisi akan terlihat jelas jika klien mengalami pembesaran tiroid)	<p>Gerakan menelan akan mempermudah perawat dalam mengamati kelenjar tiroid.</p> 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
	
<p>15. Minta klien untuk sedikit menunduk.</p>	<p>Leher yang fleksi akan membuat otot sternokleidomastoideus rileks sehingga memudahkan pemeriksaan secara palpasi.</p> 
<p>16. Letakkan kedua ibu jari tangan di bawah kartilago krikoid.</p>	<p>Posisi ini untuk menentukan letak isthmus.</p> 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>18. Lakukan palpasi lobus kanan dengan cara ibu jari kanan menekan sedikit ke arah kanan klien sehingga area lobus kanan menonjol lalu ibu jari kiri meraba lobus kanan. Rasakan adanya benjolan atau massa, jika teraba ada pembesaran maka deskripsikan konsistensi, ukuran dan jumlah nodul jika ada.</p>	 <p>Gerakan meraba ke bagian kanan untuk menentukan kondisi kelenjar tiroid di lobus kanan.</p> 
<p>19. Lakukan palpasi lobus kiri dengan cara ibu jari kiri menekan sedikit ke arah kiri klien sehingga area lobus kiri menonjol lalu ibu jari kanan meraba lobus kiri. Rasakan adanya benjolan atau massa, jika teraba ada pembesaran maka deskripsikan konsistensi, ukuran dan jumlah nodul jika ada.</p>	 <p>Gerakan meraba ke bagian kiri untuk menentukan kondisi kelenjar tiroid di lobus kiri.</p>
<p>20. Jelaskan kepada klien bahwa perawat akan melakukan palpasi dari arah belakang. Lalu perawat berdiri di belakang klien.</p>	<p>Informasi yang diberikan akan membuat klien mengetahui tindakan perawat selanjutnya.</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>21. Letakkan jari telunjuk, tengah dan ibu jari kanan dan kiri di bawah kartilago krikoid untuk meraba isthmus.</p>	 <p>Posisi ini merupakan posisi yang tepat untuk meraba isthmus.</p>
<p>22. Minta klien menelan untuk memastikan letak jari sudah berada pada isthmus. (Isthmus akan teraba lunak dan kenyal serta bergerak ke naik turun saat klien menelan).</p>	 <p>Gerakan menelan akan membantu menentukan posisi jari yang tepat pada isthmus.</p>
<p>23. Lakukan palpasi lobus kanan dengan cara ketiga jari kiri sedikit menekan ke arah kanan sehingga area lobus kanan menonjol lalu palpasi lobus kanan. (Jika teraba ada pembesaran maka deskripsikan konsistensi, ukuran dan jumlah nodul jika ada).</p>	 <p>Gerakan meraba ke bagian kanan untuk menentukan kondisi kelenjar tiroid di lobus kanan.</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
	
<p>24. Lakukan perabaan lobus kiri dengan cara ketiga jari kanan sedikit menekan ke arah kiri sehingga area lobus kiri menonjol lalu palpasi lobus kiri. (Jika teraba ada pembesaran maka deskripsikan konsistensi, ukuran dan jumlah nodul jika ada).</p>	<p>Gerakan meraba ke bagian kiri untuk menentukan kondisi kelenjar tiroid di lobus kiri.</p> 
<p>25. Perawat kembali duduk berhadapan dengan klien untuk melakukan auskultasi dengan stetoskop. Letakkan bagian bel/membran stetoskop pada lobus kanan untuk mendengarkan bunyi <i>bruit</i>. (jika terdapat pembesaran disertai peningkatan kerja tiroid maka bagian membran dari stetoskop yang digunakan, jika tidak ada pembesaran maka bagian bel yang digunakan). (Jika tidak ada pembesaran kelenjar tiroid maka bunyi <i>bruit</i> tidak terdengar saat auskultasi)</p>	<p>Duduk di hadapan klien, merupakan posisi yang tepat untuk melakukan auskultasi dan Memilih media yang tepat untuk mendapatkan hasil auskultasi lobus kanan yang lebih akurat.</p> 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>26. Letakkan bagian bel/membran stetoskop pada lobus kiri untuk mendengarkan bunyi <i>bruit</i>. Jika tidak ada pembesaran kelenjar tiroid maka bunyi <i>bruit</i> tidak terdengar saat auskultasi.</p>	<p>Memilih media yang tepat untuk mendapatkan hasil auskultasi lobus kiri yang lebih akurat.</p> 
<p>Fase Terminasi</p> <p>27. Beri <i>reinforcement positif</i></p>	<p>Meningkatkan harga diri klien.</p> 
<p>28. Jelaskan hasil pemeriksaan kepada klien.</p> <p>29. Perawat mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir.</p>	<p>Memberi informasi kepada klien tentang kondisi kelenjar tiroidnya.</p> <p>Membersihkan tangan dari kotoran dan mikroorganisme yang telah memapari tangan selama pemeriksaan.</p> 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
	
Evaluation (E): Evaluasi	
30. Beri kesempatan klien untuk bertanya terkait hasil pemeriksaannya.	Memberi kesempatan pada klien untuk menambah pengetahuannya tentang kondisinya. 
31. Dokumentasi tindakan dan hasil pemeriksaan.	Menyediakan bukti tertulis tentang pemeriksaan yang sudah dilakukan kepada klien. 
Sikap	
32. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan.	Mencegah terjadinya perpindahan mikroorganisme dari tangan perawat kepada klien dan sebaliknya.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
33. Melakukan tindakan dengan sistematis.	Memudahkan perawat dalam pemeriksaan.
34. Komunikatif dengan klien.	Memudahkan perawat untuk melibatkan klien dalam pemeriksaan.
35. Percaya diri dalam melakukan tindakan.	Membantu perawat melakukan pemeriksaan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

Pinsky, Lynda E; Wipf, Joyce E. 2022. *Advanced physical diagnosis learning and teaching at the bedside. Techniques: Thyroid Exam*. University of Washington Department of Medicine. Diakses dari <https://depts.washington.edu/physdx/thyroid/tech.html> pada tanggal 13 Oktober 2023.

Stanford Medicine 25. 2022. *Thyroid Exam*. Diakses dari <https://standfordmedicine25.stanford.edu/the25/thyroid.html> pada tanggal 13 Oktober 2023.

Ratna Saraswati. 2021. *Pemeriksaan Kelenjar Tiroid*. Diakses dari <https://youtu.be/2PFVRutbuv8?si=.5oeKzwk7FPzJF> pada tanggal 16 Oktober 2023.

BAB V

PEMERIKSAAN RUMPLE LEEDE

Laili Nur Azizah, S.Kep., Ners., M.Kep.



BAB V

PEMERIKSAAN RUMPLE LEEDE

Laili Nur Azizah, S.Kep., Ners., M.Kep.

1. Definisi

Pemeriksaan Rumple Leede (atau disebut uji Tourniquet) adalah suatu tindakan memberikan sejumlah tekanan atau membendung aliran darah lengan bawah dengan berdasarkan hasil tekanan darah sistolik dan diastolik klien untuk waktu tertentu.

2. Tujuan

Tujuan pemeriksaan Rumple Leede adalah untuk menilai aktifitas hemostasis platelet (keping darah) dan mengukur tingkat kerapuhan kapiler.

3. Indikasi

Pemeriksaan ini dilakukan apabila kondisi klien demam sehingga membantu menegakkan diagnosis klien dengan infeksi Dengue, Immune Thrombocytopenic Purpura, Trombositopenia, dan juga Sindroma Chusing. Pemeriksaan Rumple Leede merupakan salah satu cara yang seringkali digunakan untuk menegakkan diagnosis penyakit Demam Dengue.

4. Kontraindikasi

Tidak ada.

5. Hal yang perlu diperhatikan

Komunikatif

6. Contoh Kasus

Seorang perempuan 21 tahun datang ke RS dengan keluhan demam selama 3 hari. Demam tinggi disertai sakit kepala, mual dan muntah serta nyeri ulu hati. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan suhu 39°C, badan lemah, kulit teraba panas, dan tampak beberapa bintik merah di kulit. Apa tindakan yang perlu dilakukan perawat selanjutnya?

- A. Melakukan pengukuran tekanan darah ulang
- B. Melakukan pemeriksaan rumple leed
- C. Kolaborasi pemeriksaan widal

- D. Memberikan kompres hangat pada ketiak
- E. Merujuk pada layanan kesehatan yang lebih tinggi

7. Pembahasan soal kasus

Kunci jawaban: B.

- A. Jawaban A kurang tepat. Lihat kata-kata ulang pada opsi jawaban, sedangkan pada kasus memang belum dilakukan pengukuran tekanan darah.
- B. Jawaban B benar. Krn panas 3 hari serta nyeri kepala, nyeri ulu hati, dan adanya beberapa bintik merah di kulit menjadi dasar menentukan bahwa pasien kemungkinan menderita Demam Dengue, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan rumple leed.
- C. Jawaban C tidak benar, karena pada kasus tidak ada tanda dan gejala bahwa penderita memerlukan tes widal (spt demam 7-14 hari, demam naik turun dan lidah kotor).
- D. Jawaban D kurang tepat, karena pengkajian masih belum tuntas dilakukan.
- E. Jawaban E tidak benar, karena belum dilakukan Tindakan terhadap pasien. Rujukan dilakukan apabila rumah sakit yang bersangkutan tidak dapat atau tidak berhasil melakukan tindakan untuk mengurangi masalah pasien.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A): Pengkajian Fase Prainteraksi 1. Anamnesis keadaan klien meliputi demam, lama demam, adanya perdarahan (hidung, gusi, perdarahan reproduksi). 2. Review riwayat penyakit sebelumnya 3. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan pemeriksaan <i>Rumple Leed</i> .	Adanya riwayat demam dapat dijadikan data bantu dalam menegakkan diagnosis.
Planning (P): Perencanaan Fase Orientasi 4. PERSIAPAN ALAT <ul style="list-style-type: none"> • Tensimeter dengan manset yang tidak bocor 	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<ul style="list-style-type: none"> • Stetoskop • Jam • Bolpoin 	
PERSIAPAN KLIEN <p>5. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</p> <p>6. Jelaskan tujuan dan prosedur Pemeriksaan <i>Rumple Leed</i>.</p> <p>7. Pemeriksaan <i>Rumple Leed</i> dapat dilakukan dalam posisi klien berbaring atau duduk.</p>	
PERSIAPAN LINGKUNGAN <p>8. Jaga privasi klien (tutup tirai)</p>	
Implementation (I): Implementasi <p>Fase Kerja</p> <p>9. Cuci tangan</p> <p>10. Posisikan klien berbaring atau duduk.</p> <p>11. Buka dan naikkan pakaian lengan klien sampai ke atas lipatan siku.</p> <p>12. Buatlah lingkaran dengan menggunakan bolpoin pada bagian volar lengan bawah dengan diameter kurang lebih 5 cm.</p> <p>13. Pasang manset pada lengan bagian atas.</p>	<p>Cuci tangan dapat menurunkan kontaminasi bakteri.</p> <p>Memudahkan pelaksanaan tindakan.</p> <p>Melonggarkan dan memudahkan observasi petekie pada lengan.</p> <p>Menentukan area untuk memudahkan penghitungan jumlah petekie.</p> 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>14. Ukur tekanan darah klien, catat sistole dan diastolnya.</p>	<p>Pastikan ukuran manset sesuai dengan ukuran lengan klien, serta menutupi 2/3 lengan atas klien. Manset yang tidak sesuai ukuran dapat menyebabkan hasil pengukuran kurang valid.</p> <p>Pencatatan sistol dan diastol ini adalah untuk memudahkan ketika melakukan penghitungan rata-rata.</p> 
<p>15. Jumlahkan angka sistol dan diastol, kemudian bagi dua. Misalnya tekanan darah 100/80 mmHg, maka $(100+80) \div 2 = 90$.</p>	<p>Bila pengukuran menahan tekanan manset dihentikan sebelum 5 menit, misalnya karena dianggap terlalu lama atau dihentikan karena klien anak rewel akibat kesakitan, maka hasil pemeriksaan tidak dapat dijadikan acuan karena dianggap tidak akurat.</p>
<p>16. Lakukan kembali pengukuran tekanan darah klien hingga mencapai nilai rata-rata (pada nomor 15), kunci pompa untuk menahan tekanan manset dan biarkan hingga 5 menit.</p>	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>17. Lepaskan/kempiskan manset tensimeter, tunggu sampai tanda stasis darah lenyap.</p>	<p>Stasis darah telah berhenti jika warna kulit pada lengan yang dibendung sama dengan warna kulit lengan yang disebelahnya.</p> 
<p>18. Tunggu selama 2 menit serta perhatikan pada kulit lengan bawah terutama pada area yang telah dilingkari. Perhatikan bila terdapat bintik-bintik merah/<i>petekie</i> di dalam lingkaran pada lengan bawah.</p>	<p>Bila jumlah <i>petekie</i> dihitung sebelum 2 menit maka dikhawatirkan hasil pengukuran tidak akurat.</p>  <p>Hasil pembacaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <10 <i>petekie</i>: negatif atau normal 10-20 <i>petekie</i>: dubia (ragu-ragu) >20 <i>petekie</i>: abnormal atau positif <p>Atau:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1+: 0-10 <i>petekie</i>. 2+: 10-20 <i>petekie</i>. 3+: 20-50 <i>petekie</i>. 4+: >50 <i>petekie</i>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>19. Observasi dan hitung jumlah <i>petekie</i> di bagian volar lengan bawah yang telah ditandai dengan lingkaran. Uji Rumple Leed Test positif bila terdapat 20 atau lebih petechiae per $2,5 \text{ cm}^2$ yang diamati di area volar lengan bawah. Hasil test positif meningkatkan kemungkinan Dengue</p> <p>20. Rapikan pakaian bagian lengan klien. Kembalikan posisi klien pada posisi awal atau posisi nyaman bagi klien</p>	<p>Posisi yang nyaman dapat membuat klien rileks dalam beristirahat.</p> <p>Hasil pemeriksaan penting untuk disampaikan kepada klien. Hal ini untuk memberikan pemahaman tentang kondisi klien saat ini.</p>
<p>Fase Terminasi</p> <p>21. Komunikasikan kepada klien tentang hasil pemeriksaan kepada klien.</p> <p>22. Rapikan dan bereskan alat</p> <p>23. Cuci tangan</p>	 <p>Alat rapi dan lengkap untuk memudahkan penggunaan selanjutnya.</p> <p>Cuci tangan dapat menurunkan kontaminasi bakteri.</p>
<p>Evaluation (E): Evaluasi</p> <p>24. Evaluasi respon klien terhadap tindakan</p> <p>25. Evaluasi hasil pemeriksaan sesuai hasil pembacaan atau nilai rujukan.</p> <p>26. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</p>	<p>Untuk mengevaluasi prosedur. Hal ini untuk menentukan diagnosis selanjutnya. Melengkapi proses keperawatan.</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Sikap <p>27. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 28. Melakukan tindakan dengan sistematis 29. Komunikatif dengan klien 30. Percaya diri</p>	<p>Menurunkan transmisi bakteri.</p> <p>Mempermudah pelaksanaan tindakan.</p> <p>Memudahkan dalam berinteraksi. Membantu mengekspresikan diri dalam meningkatkan kinerja layanan.</p>

DAFTAR PUSTAKA

A Abdillah, IN Istiqomah, LN Azizah, S Kurnianto. 2016. *Modul Praktikum Keperawatan Medikal Bedah (KMB) I*. Lumajang: Penerbit KMH.

Buku Penuntun Keterampilan Klinis Program Studi Pendidikan Dokter Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara (2017), diakses melalui <https://fk.umsu.ac.id/wp-content/uploads/2017/09/Penuntun-Keterampilan-Klinis-Semester-3-201718-fix.pdf>

Dian Ariningrum, Jarot Subandono. 2018. *Buku Pedoman Keterampilan Klinik Pemasangan Infus*. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret, diakses dari <https://skillslab.fk.uns.ac.id/wp-content/uploads/2018/08/Pemasangan-infus-2018-smt-7.pdf>

Gustinerz. 2022. Prosedur Pemeriksaan Tes Rumpel Leed, diakses dari <https://gustinerz.com/prosedur-pemeriksaan-tes-rumpel-leede/>

Melly, A., & Anggraini, D. 2022. Aspek Klinis dan Pemeriksaan Laboratorium untuk Diagnosis Demam Berdarah Dengue. *Scientific Journal*, 1(1), 68-76.

BAB VI

PEMERIKSAAN GULA DARAH SEWAKTU (GDS)

Waluyo, S.Kep., Ns., M.Kep.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB VI

PEMERIKSAAN GULA DARAH SEWAKTU (GDS)

Waluyo, S.Kep., Ns., M.Kep.

1. Definisi

Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu (GDS) merupakan pemeriksaan kadar glukosa darah yang dilakukan kapan saja. Disebut ‘sewaktu’ karena pemeriksaan ini tidak memerlukan persyaratan waktu tertentu seperti pemeriksaan Gula Darah Puasa (GDP), yang mengharuskan pasien berpuasa makanan selama 8-10 jam sebelum pemeriksaan. Pemeriksaan ini cepat dan menunjukkan hasil dalam waktu yang juga cepat, sehingga dapat membantu mendiagnosis pasien dalam keadaan gawat-darurat.

2. Tujuan

- a. Mengevaluasi keberhasilan pengobatan secara keseluruhan.
- b. Memantau gula darah dan meminimalisir risiko komplikasi.
- c. Memastikan diagnosis diabetes.
- d. Mengetahui pengaruh pola makan dan aktivitas terhadap kadar gula darah.
- e. Meninjau efektivitas obat antidiabetes pada kadar gula darah.
- f. Mempermudah pemberian atau penyesuaian dosis obat atau insulin.
- g. Mengidentifikasi faktor risiko melalui perubahan gaya hidup, seperti pola makan sehat dan aktivitas fisik.

3. Indikasi

- a. Pasien yang dicurigai mengidap Diabetes
- b. Evaluasi terapi dan kepatuhan berobat pasien Diabetes
- c. Pasien yang kehilangan kesadaran pada keadaan gawat darurat (dicurigai kadar gula darahnya ekstrem, baik terlalu rendah ataupun terlalu tinggi)
- d. Bayi baru lahir yang Ibunya mengidap Diabetes
- e. Pemeriksaan rutin atau medical check-up.

4. Kontraindikasi

Tidak ada kontraindikasi pemeriksaan GDS.

5. Hal yang perlu diperhatikan

Tidak ada yang perlu mendapatkan perhatian khusus pada tindakan pemeriksaan GDS

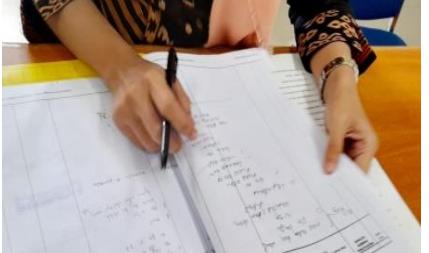
6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki 60 tahun dibawa keluarganya ke IGD RS X dengan keluhan pasien sejak sekitar jam 19.00 WIB keluar keringat dingin, terasa lemas, tubuh gemetar, pucat dan pasien tampak gelisah. Dari hasil pemeriksaan TTV didapatkan TD 110/70 mmHg, Suhu 36,5° C akral dingin dan tampat keringat dingin. Menurut keluarga pasien memiliki riwayat penyakit gula sejak 2 tahun yang lalu dan tidak rutin kontrol. Maka sebagai perawat jaga di IGD yang menerima pasien tersebut, apakah tindakan yang harus dilakukan perawat untuk segera mengatasi keadaan pasien tersebut?

- A. Nebulizer
- B. Suction
- C. Pemberian oksigen
- D. Pemeriksaan GDS
- E. Pemeriksaan EKG

7. Pembahasan soal kasus

Tindakan seorang perawat jaga IGD saat itu yang tepat dalam menangani pasien tersebut adalah dengan melakukan pemeriksaan kadar Gula Darah Sewaktu. Karena berdasarkan gejala yang dialami pasien tersebut mengarah ke kondisi hipoglikemia seperti keluar keringat dingin, gelisah, pucat dan tubuh gemetar. Apalagi juga didukung data bahwa pasien memiliki riwayat penyakit DM yang tidak terkontrol. Sehingga dengan dilakukan pemeriksaan kadar gula darah sewaktu, akan diketahui kadar GDS dengan cepat sehingga penanganan pasien dapat tepat dan cepat.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A): Pengkajian Fase Prainteraksi 1. Cek ulang program pemeriksaan kadar gula pasien 2. Kaji kondisi klinis pasien 3. Kaji indikasi pentingnya pemeriksaan kadar gula darah sewaktu	 <p>Memastikan bahwa pemeriksaan kadar gula pasien memang benar-benar diperlukan.</p>
Planning (P): Perencanaan Fase Orientasi 4. PERSIAPAN ALAT <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol swab • Lancet atau jarum stik • Alat pembaca kadar gula darah (glucometer) • Stik pengukur kadar gula darah • Sarung tangan (handscooen) • Baki • Bengkok • Handrub • Trolli 	<p>Alat yang lengkap akan memudahkan melakukan pemeriksaan</p> 
PERSIAPAN KLIEN 5. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan lakukan identifikasi klien	Untuk mencegah terjadinya salah pasien sehingga angka kejadian tidak diharapkan dapat dicegah. 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>6. Minta informed consent.</p> <p>7. Jelaskan tujuan, prosedur dan efek samping tindakan.</p> <p>8. Atur posisi pasien.</p>	<p>Untuk mendapatkan persetujuan dari pasien atau keluarga.</p> <p>Pasien menjadi jelas terkait tujuan pemeriksaan, prosedur maupun akibat dari pemeriksaan.</p> 
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <p>9. Jaga privasi klien(tutup tirai)</p> <p>10. Turunkan penghalang tempat tidur</p>	<p>Agar pasien tidak merasa malu kalau dilihat orang lain.</p> 
Implementation (I): Implementasi	
<p>Fase Kerja</p> <p>11. Cuci tangan</p>	<p>Mengurangi penyebaran penyakit dan mencegah infeksi.</p> 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
12. Pakai handschoen	<p>Mencegah terkena cairan tubuh pasien (darah)</p> 
13. Posisikan klien senyaman mungkin	<p>Memudahkan melakukan tindakan dan pasien merasa nyaman.</p> 
14. Siapkan jarum (lancet) pada tempatnya	<p>Memudahkan pemeriksaan karena alat siap pakai.</p> 
15. Nyalakan alat dan pasang stik pada glucometer, periksa kode yang tertera pada stik dengan kode pada layar monitor	<p>Memastikan alat dapat berfungsi.</p> 
16. Bersihkan jari pasien yang akan diperiksa dengan kapas alkohol	<p>Mendesinfeksi daerah yang akan ditusuk agar steril dan mencegah kuman masuk tuuh</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
	<p>pasien.</p> 
17. Tusuk jari pasien yang telah ditentukan dengan lancet	<p>Untuk mendapatkan sampel darah perifer.</p> 
18. Dekatkan stik dengan darah yang telah keluar terserap menutupi bagian ujung stik	<p>Untuk memasukkan darah ke glukometer.</p> 
19. Tunggu selama 20 detik, setelah itu hasil pemeriksaan akan terlihat pada layar monitor	<p>Mengetahui hasil GDS dari pemeriksaan.</p> 
20. Interpretasikan hasil pemeriksaan (normal: 80-200 mg/dL)	<p>Agar pasien mengetahui kadar GDS.</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>21. Informasikan kepada pasien hasil pemeriksaan kadar gula darah sewaktu</p> <p>22. Kembalikan posisi pasien pada posisi awal atau posisi nyaman bagi pasien</p> <p>23. Lepaskan handschoen</p> <p>Fase Terminasi</p> <p>24. Beri <i>reinforcement positif</i></p> <p>25. Rapikan alat</p> <p>26. Cuci tangan</p>	 <p>Memberikan ucapan terima kasih kepada pasien atas kerjasamanya.</p> 
<p>Evaluation (E): Evaluasi</p> <p>27. Evaluasi respon klien terhadap tindakan</p>	<p>Untuk mengetahui perasaan pasien setelah dilakukan pemeriksaan.</p> 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>28. Evaluasi kondisi luka bekas tusukan</p> <p>29. Dokumentasi pada rekam medis pasien yang meliputi tanggal, jam, jenis pemeriksaan dan hasil pemeriksaan GDS</p>	<p>Untuk menilai apakah ada bekas luka setelah ditusuk</p> <p>Untuk bukti bahwa telah dilakukan tindakan pemeriksaan GDS</p> 
Sikap	
<p>30. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>31. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>32. Komunikatif dengan pasien</p> <p>33. Percaya diri</p>	<p>Cuci tangan meskipun hal kecil tapi manfaatnya sangat besar.</p> 

DAFTAR PUSTAKA

- Andreani F.V., Belladonna M., Hendrianingtyas M. 2018. Hubungan antara kadar gula darah sewaktu (GDS) dan gula darah puasa (GDP) dengan perubahan skor National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) pada stroke iskemik akut. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, Januari 2018, 7 (1): 185-198. <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/medico>
- Elisa O., Bahjatun N., & Lalu D. 2022. Pemeriksaan gula darah untuk mencegah peningkatan kadar gula darah pada pasien diabetes melitus. *LENTERA (Jurnal Pengabdian)*, Juli 2022, 2 (2): 232-237
- Kris L., & Nur I. 2015. Deteksi dini diabetes melitus melalui pengecekan gula darah sewaktu dan indeks masa tubuh warga Aisyiyah Ranting Karang Talun Kidul. *MEDISAINS: Jurnal Ilmiah Ilmu-ilmu Kesehatan*, 13 (1), April 2015
- Selano, M., Marwaningsih, V., & Setyaningrum, N. (2020). Pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS) dan tekanan darah kepada masyarakat. *Indonesian Journal of Community Services*, 2(1), 38-45. doi:<http://dx.doi.org/10.30659/ijocs.2.1.38-45>
- Tarwoto, dkk. 2012. Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin. Jakarta: Trans Info Media.

BAB VII

PEMBERIAN TRANSFUSI DARAH

Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ns., M.Kep.



BAB VII

PEMBERIAN TRANSFUSI DARAH

Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ns., M.Kep.

1. Definisi

Memasukkan darah utuh atau komponen darah seperti plasma, sel darah merah, atau trombosit ke dalam sistem vena (OACN, 2018).

2. Tujuan (OACN, 2018)

- a. Meningkatkan volume darah setelah pembedahan, cedera, atau perdarahan.
- b. Meningkatkan jumlah sel darah merah pada pasien anemia kronis berat.
- c. Memberikan trombosit pada pasien yang mengalami kekurangan trombosit akibat tindakan kemoterapi.
- d. Memberikan faktor pembeku dalam plasma untuk pasien hemofili atau *disseminated intravascular coagulation* (DIC)
- e. Menggantikan protein plasma seperti albumin.
- f. Menggantikan fresh frozen plasma pada kasus DIC

3. Indikasi (OACN, 2018).

- a. Perdarahan
- b. Cedera
- c. Luka bakar
- d. Anemia berat
- e. Defisiensi faktor pembeku atau protein plasma
- f. Leukopenia
- g. Kondisi patologis yang menyebabkan penurunan sel darah

4. Kontraindikasi (OACN, 2018).

- a. Penurunan curah jantung
- b. Infeksi
- c. Kelebihan cairan
- d. Gagal ginjal

5. Hal yang perlu diperhatikan (Sarode, R., 2022; JPAC, 2023)

- a. Identifikasi pasien secara tepat.
- b. Sebelum transfusi dimulai, lakukan uji kompatibilitas untuk memastikan bahwa komponen darah tersebut memang sesuai dengan pasien.
- c. Transfusi 1 unit darah atau komponen darah harus diselesaikan dalam waktu 4 jam; durasi yang lebih lama meningkatkan risiko pertumbuhan bakteri. Jika transfusi harus diberikan secara perlahan karena gagal jantung atau hipervolemia, unit dapat dibagi menjadi alikot yang lebih kecil di bank darah.
- d. Lakukan observasi ketat terutama selama 15 menit pertama, meliputi suhu, tekanan darah, denyut nadi, dan laju pernapasan. Observasi berkala berlanjut selama dan setelah transfusi, dengan menilai status cairan. Pasien tetap menggunakan selimut untuk mencegah kedinginan, yang dapat diartikan sebagai reaksi transfusi.
- e. Transfusi elektif pada malam hari tidak dianjurkan.

6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki 45 tahun masuk RS dengan diagnosis Anemia. Pasien mengeluh badan lemah, letih, lesu, lelah, sesak nafas, mual, tidak ada nafsu makan. Hasil pemeriksaan: konjungtiva anemis, laju pernapasan dan produksi urine 300 ml/hari, Hb 8,2 g/dl. Perawat menegakkan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin.

Apa intervensi keperawatan yang dilakukan pada kasus tersebut?

- A. Kolaborasi pembatasan Na
- B. Kolaborasi pemasangan NGT
- C. Berikan cairan sejumlah 800 ml/hari
- D. Kolaborasi pemberian transfusi darah
- E. Anjurkan pasien melakukan bladder training

7. Pembahasan soal kasus

Pada soal sudah jelas dinyatakan bahwa pasien mengalami masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan Hb, dan tindakan paling tepat untuk meningkatkan Hb adalah kolaborasi pemberian transfusi darah (D).

Opsi pemasangan NGT (B) belum diperlukan karena walapun pasien mual, muntah, dan anoreksia, namun kemampuan menelan pasien tidak ada masalah.

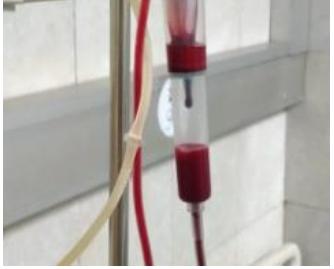
Pembatasan natrium (A) tidak sesuai karena pasien tidak mengalami hipervolemia. Pemberian cairan 800 ml per hari (C) tidak sesuai karena pasien bukan merupakan pasien gagal ginjal, dan melakukan bladder training (E) tidak diperlukan.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A): Pengkajian	
Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> Kaji indikasi transfusi darah pada pasien. Kaji advis dokter terhadap jenis produk darah yang harus diberikan. Kaji riwayat transfusi pasien terutama reaksi atau pengobatan pre transfusi yang harus diberikan. Kaji tanda vital dalam rekam medik pasien. Pastikan pasien telah menggunakan kateter intra vena ukuran besar (18-19 G) untuk mencegah hemolisis.kaji kebijakan dan prosedur rumah sakit dalam pemberian produk darah. Ambil produk darah dari bank darah, dan pastikan produk darah dipakai dalam 30 menit. 	Menjamin transfusi memang tepat dan dibutuhkan oleh pasien. Transfusi darah harus atas advis dokter. Menentukan tindakan atau premedikasi yang harus dilakukan kepada pasien Sebagai data dasar untuk membandingkan dengan tanda vital selama transfusi. Penggunaan jarum berukuran 18 (atau lebih besar) mencegah kerusakan mekanis dan hemolisis sel darah merah. Mencegah pertumbuhan bakteri dan kerusakan sel darah.
Planning (P): Perencanaan	
Fase Orientasi	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>7. PERSIAPAN ALAT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produk darah, sesuai kebutuhan • Sarung tangan bersih • Set transfusi (blood set) • Cairan NaCl 0,9% • Kateter IV • Spuit 3 cc • Alkohol swab • Pengalas • Bengkok • Plester • Gunting 	<p>Memudahkan pelaksanaan tindakan.</p> 
<p>PERSIAPAN KLIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis) 9. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan. 10. Pastikan lembar persetujuan telah ditandatangani oleh pasien. 11. Informasikan efek samping tansfusi darah (sesak, demam, sakit kepala, nyeri dada, gatal) kepada pasien, dan anjurkan pasien melaporkan kepada perawat. 12. Anjurkan pasien untuk buang air kecil. 	<p>Menghindari pemberian transfusi darah kepada pasien yang tidak tepat.</p> <p>Memastikan pasien memahami prosedur dan menurunkan kecemasan pasien.</p> <p>Lembar persetujuan menyediakan aspek legal transfusi darah.</p> <p>Pelaporan efek samping yang tepat dapat menghentikan transfusi darah dan meminimalkan reaksi transfusi.</p> <p>Pemeriksaan urin paska transfusi akan diperlukan jika terjadi reaksi transfusi.</p>
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tutup tirai 	<p>Menjaga privasi pasien</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
2. Turunkan penghalang tempat tidur	Mempermudah pelaksanaan tindakan.
Implementation (I): Implementasi	
<p>Fase Kerja</p> <p>3. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 4. Pasang sarung tangan bersih</p>	<p>Mengurangi risiko penyebaran HIV, hepatitis, atau bakteria yang menyebar melalui darah.</p> 
<p>5. Lakukan pengecekan ganda (double check) pada label darah (golongan darah, rhesus, tanggal kadaluwarsa, nomor seri, jumlah, dan identitas pasien).</p> <p>6. Pasang akses intravena, jika belum terpasang. Periksa kepatenhan akses intravena, flebitis, dan tanda infeksi lokal</p>	<p>Prosedur verifikasi ketat akan mengurangi risiko pemberian produk darah kepada pasien yang tidak tepat. Jika terdapat kesalahan dalam prosedur ini, hubungi bank darah dan jangan berikan produk darah.</p>  <p>Menjamin terbukanya akses darah. Flebitis rentan terhadap trombosis, dan transfusi darah dapat meningkatkan risiko infeksi tambahan.</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>7. Berikan NaCl 0.9% 50 – 100 ml sebelum transfusi dilakukan</p>	 <p>Hanya 0,9% saline IV yang boleh dimasukkan ke dalam kantong darah atau dalam tabung yang sama dengan darah. Larutan hipotonik melisik sel darah merah, dan kalsium dalam Ringer laktat dapat menyebabkan pembekuan.</p>
<p>8. Sambungkan kantung darah dengan set transfusi</p>	 <p>Menghubungkan selang dengan kantung darah.</p> 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
9. Atur kecepatan transfusi 2 ml/menit pada 15 menit pertama dan jika tidak terjadi respons alergi maka transfusi dapat dipercepat sesuai target dan kondisi pasien.	 <p>Durasi yang lebih lama dapat meningkatkan risiko pertumbuhan bakteri.</p>
10. Berikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam (untuk WB, PRC, PRC-LD, WE), 2 jam (untuk TC), atau 6 jam (untuk FFP dan cryoprecipitate).	<p>Reaksi transfusi umumnya terjadi pada 15 menit pertama. Perubahan tanda vital menjadi tanda peringatan timbulnya reaksi transfusi.</p>
11. Tetap bersama pasien dalam 15-30 menit pertama. Monitor tanda vital dan adanya tanda/gejala respons alergi (saat transfusi dimulai, 15 menit setelah transfusi dimulai, saat transfusi selesai, 4 jam setelah transfusi selesai). Hentikan transfusi jika terdapat reaksi transfusi.	
12. Bilas selang dengan mengalirkan cairan NaCl 0.9% 50 – 100 ml.	<p>Pasien akan menerima seluruh darah yang tersisa di dalam selang.</p> 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>Fase Terminasi</p> <p>13. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan. Lepaskan sarung tangan. Buang pada tempat yang tepat. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah.</p> <p>14. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien. Catat tanggal dan waktu pemberian transfusi darah. Catat detail transfusi meliputi jenis produk darah, golongan darah, nomor kantung darah, jam mulai dan berakhirnya transfusi, kecepatan tetesan, reaksi yang muncul selama proses transfusi, dan tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi darah.</p>	<p>Mengurangi transmisi mikroorganisme.</p> <p>Memastikan pencatatan yang akurat.</p>
<p>Evaluation (E): Evaluasi</p> <p>15. Kaji tanda-tanda reaksi transfusi</p> <p>16. Kaji area pemasangan kateter dan aliran IV setiap kali melakukan pengukuran tanda vital.</p>	
<p>Sikap</p> <p>17. Teliti dan berhati-hati selama tindakan</p> <p>18. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>19. Memperhatikan privasi, keamanan dan kenyamanan pasien, serta komunikatif dengan pasien.</p>	

DAFTAR PUSTAKA

Joint United Kingdom (UK) Blood Transfusion and Tissue Transplantation Services Professional Advisory Committee (JPAC). Safe Transfusion. <https://www.transfusionguidelines.org/transfusion-handbook/4-safe-transfusion-right-blood-right-patient-right-time-and-right-place>. Diupdate 03 Juli 2023.

Omayal Achi College of Nursing (OACN). 2018, *Manual of Nursing Procedure and Practice*. New Delhi: Water Kluwer Health.

PPNI. 2021. *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

Sarode, R.. 2022. Technique of Transfusion. The University of Texas Southwestern Medical Center. <https://www.msdmanuals.com/professional/hematology-and-oncology/transfusion-medicine/technique-of-transfusion>. Ditinjau/Direvisi Februari 2022. Dimodifikasi Sep 2022.

Taroen-Hariadi, K.W. *Blood Transfusion Guidelines, Rational and Safe Practices*. <https://www.papdi.or.id/pdfs/401/BloodTransfusionGuidelines.pdf>

BAB VIII

PENYUNTIKAN INSULIN PEN

Sisca Pri Andini, S.Kep., Ns., M.Kep.



BAB VIII

PENYUNTIKAN INSULIN PEN

Sisca Pri Andini, S.Kep., Ns., M.Kep.

1. Definisi

Menyuntikkan insulin menggunakan pen insulin.

2. Tujuan

Membantu mengontrol kadar gula darah.

3. Indikasi

Pada Kondisi DM tipe 2.

4. Kontraindikasi

Klien mengalami hipoglikemia dan hipersensitivitas terhadap human insulin.

5. Hal yang perlu diperhatikan

- a. Pen insulin jika tidak digunakan harus disimpan dalam suhu 2-8 derajat C dalam lemari pendingin (tidak di dalam freezer).
- b. Setelah pen insulin dibuka, sebaiknya dibuang setelah:
 - 1) 3 bulan pada penyimpanan di suhu 2-8 derajat.
 - 2) 4 minggu di suhu ruangan.
- c. Jauhkan dari jangkauan anak-anak, tidak boleh terpapar dengan api, sinar matahari langsung dan tidak boleh dibekukan.
- d. Jangan gunakan jika cairan pada pen insulin tidak berwarna jernih lagi.

6. Contoh Kasus

Seorang perempuan 48 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis DM tipe II, hari ketiga. Pasien mengeluh masih sering lapar, sering haus, dan lemas. Hasil pemeriksaan gula darah 320 mgdl. Perawat akan melakukan penyuntikan insulin pen 12 unit. Saat ini perawat sedang melakukan pengecekan pen insulin yang akan digunakan. Apakah tindakan yang dilakukan perawat selanjutnya?

- A. Memastikan dosis insulin.

- B. Melakukan pengukuran tanda vital.
- C. Menentukan tempat penyuntikan insulin.
- D. Membebaskan area penyuntikan dari pakaian yang melekat.
- E. Memutar tombol pen insulin pada unit insulin yang ditentukan.

7. Pembahasan soal kasus

Kunci Jawaban: E. Memutar tombol pen insulin pada unit insulin yang ditentukan.

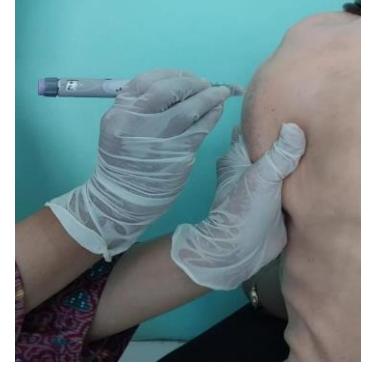
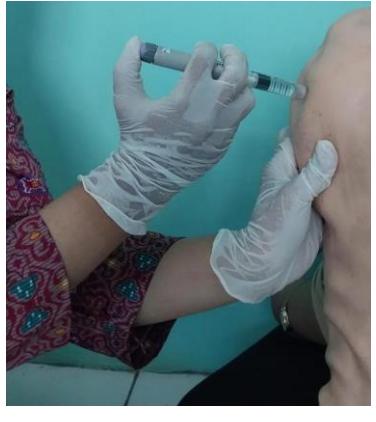
Pembahasan:

Setelah melakukan pengecekan pen insulin, maka perawat harus memastikan tidak ada udara di dalam tabung insulin, dan memutar tombol pada angka yang ditentukan yaitu 12 U.

Pilihan jawaban A dan B tidak tepat, karena tindakan ini dilakukan pada fase pra interaksi sebelum pengecekan pen insulin. Pilihan jawaban C dan D, dilakukan setelah pen insulin siap digunakan.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL& GAMBAR
Assessment (A): Pengkajian Fase Prainteraksi 1. Kaji keadaan pasien (kesadaran, adanya kelemahan). 2. Kaji apakah pasien menggunakan alat invasif lainnya (terkait dengan posisi/tempat penyuntikan). 3. Review catatan medis. 4. Cek kembali dosis /unit yang akan diberikan. 5. Kaji kesiapan psikologis klien utk dilakukan penyuntikan insulin.	
Planning (P): Perencanaan Fase Orientasi 6. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> • Kapas alkohol* • Bengkok* • Pen Insulin* 	

<ul style="list-style-type: none"> • Jarum insulin ^ • Handschoen bersih* 	
<p>PERSIAPAN KLIEN</p> <p>7. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien 8. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 9. Tinggikan tempat tidur</p>	<p>Agar posisi kerja nyaman, dan mencegah cedera.</p>
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <p>10.Jaga privasi klien (tutup tirai) 11. Atau turunkan penghalang tempat tidur</p>	
<p>Implementation (I): Implementasi</p> <p>Fase Kerja</p> <p>11. Cuci tangan 12. Pada pen Insulin yang akan di gunakan, pastikan tidak ada udara di dalam tabung insulin, dan jarum siap dipakai serta berfungsi baik. Tentukan dosisnya dengan memutar tombol pada angka yang ditentukan.</p> <p>13. Tentukan tempat penyuntikan insulin, bebaskan area tersebut dari pakaian yang melekat.</p>	 

	
<p>14. Usapkan kapas alkohol pada bagian yang akan di suntikkan.</p>	
<p>15. Cubit area yang akan di suntik dengan 2 jari</p>	
<p>16. Suntikkan jarum secara tegak lurus.</p>	
<p>17. Masukkan obat (insulin) menggunakan ibu jari dengan menekan tombol sampai obat habis (klep dosis menunjuk angka 0).</p> <p>18. Melepaskan cubitan pada kulit.</p> <p>19. Biarkan jarum 5-10 detik pastikan insulin benar masuk dan mencegah insulin tidak keluar dari tempat penyuntikan.</p>	

<p>20. Tarik jarum dari tempat penyuntikan dan usapkan kapas alkohol.</p>	
<p>21. Tutup bagian luar jarum dan putar untuk melepaskan jarum dari pen</p>	
<p>22. Tutup bagian luar pen.</p>	
Fase Terminasi	
23. Rapikan alat.	
24. Cuci tangan.	
Evaluation (E): Evaluasi	
25. Evaluasi klien terhadap area suntikan.	
26. Evaluasi respon klien terhadap tindakan.	
27. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan.	
Sikap	
28. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan.	
29. Melakukan tindakan dengan sistematis.	
30. Komunikatif dengan pasien.	
31. Percaya diri	

DAFTAR PUSTAKA

- Tandra, H. 2017. *Segala Sesuatu Yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes.* Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Ariyani H., Hartanto D., Nurhanifah D. 2023. *Buku Saku Diabetes, Program Edukasi dan Konseling, Panduan Penderita Dalam Mengendalikan Gula Darah Serta Mengurangi Resiko Serangan Jantung dan Stroke.* Padang: PT Gobal Eksekutif Teknologi.
- PERKENI. 2021. *Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia.* Jakarta: PB Perkeni.

BAB IX

PERAWATAN NEFROSTOMI

Ratna Sari Dewi, S.Kep., Ners, M.Kep.



BAB IX

PERAWATAN NEFROSTOMI

Ratna Sari Dewi, S.Kep., Ners, M.Kep.

1. Definisi

Perawatan nefrostomi adalah perawatan pada area insersi selang nefrostomi yang digunakan untuk mendiversi urin pada keadaan obstruksi urin akut pada sistem perkemihan bagian atas.

2. Tujuan

Mencegah terjadinya infeksi pada luka dan menjaga stabilitas selang nefrostomi.

3. Indikasi

Pasien yang terpasang selang nefrostomi.

4. Kontraindikasi

Selang nefrostomi terlipat atau tercabut.

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)

- a. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dan perawatan selang nefrostomi.
- b. Kaji kemungkinan timbulnya komplikasi seperti infeksi dan perdarahan.
- c. Pastikan drainase pada selang nefrostomi tidak tersumbat. Sumbatan menimbulkan rasa nyeri, infeksi serta regangan regangan pada jahitan.
- d. Hindari mengklem selang dan mengirigasi selang. Pastikan tidak ada teukan pada selang.
- e. Jika selang tercabut, segera lapor ke dokter.
- f. Perawatan nefrostomi dilakukan 5-7 hari.
- g. Ganti dressing bila kotor atau basah.

6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki 50 tahun, dirawat di ruang bedah pascaoperasi nefrostomi hari ke-3. Hasil pengkajian: TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37°C, nyeri pada area luka

pascaoperasi, belum banyak bergerak karena takut, balutan basah dan kotor. Pasien rencana pulang besuk.

Apakah tindakan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Manajemen nyeri
- B. Ajarkan mobilisasi
- C. Perawatan nefrostomi
- D. Edukasi perawatan nefrostomi
- E. Rujuk pada perawat komunitas

7. Pembahasan soal kasus

Pada kasus tersebut jawabannya adalah C. Yang menjadi kata kunci nya adalah balutan basah dan kotor sehingga perawat harus segera melakukan perawatan nefrostomi yaitu mengganti dressing untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka insersi walaupun balutan belum mencapai 5-7 hari. Dressing harus dalam keradaan kering dan bersih.

Untuk opsi A bukan jawaban yang tepat. Walaupun pasien ada keluhan nyeri, namun nyeri pasien belum diketahui berapa skala nyerinya dan data TTV mengkonfirmasi semuanya normal. Untuk opsi B, D dan E dapat dilakukan untuk persiapan pulang namun belum prioritas.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A): Pengkajian	
Fase Prainteraksi 1. Review catatan medis dokter. 2. Kaji kesiapan psikologis pasien untuk dilakukan perawatan nefrostomi. 3. Kaji balutan luka nefrostomi.	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
	
Planning (P): Perencanaan	
<p>Fase Orientasi</p> <p>4. PERSIAPAN ALAT (* = wajib ada)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bak instrumen berisi kom, pinset anatomi, sirurgi, gunting jaringan dan gunting benang* • Kasa steril* • Sarung tangan bersih* • Sarung tangan steril* • Cairan fisiologis* • Bengkok* • Plester* • Handrub* • Gunting plester • Betadine • Kapas alkohol • Pengalas 	
<p>PERSIAPAN PASIEN</p> <p>5. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas pasien</p> <p>6. Jelaskan tujuan dan prosedur perawatan nefrostomi</p> <p>7. Tinggikan tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera)</p>	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
PERSIAPAN LINGKUNGAN 8. Jaga privasi pasien (tutup tirai) dan turunkan penghalang tempat tidur	
Implementation (I): Implementasi	
Fase Kerja 9. Cuci tangan dengan 6 langkah 10. Pasang pengalas dibawah bokong 11. Letakan bengkok di dekat pasien	 
12. Pakai handschoen bersih	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
13. Buka plester dan dressing bagian luar dan buang ke bengkok.	
14. Lepaskan handschoen.	
15. Buka set steril dan tuangkan cairan fisiologis ke dalam kom.	
16. Gunakan handschoen steril.	 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
	
<p>17. Buka dressing bagian dalam dengan teknik steril secara hati-hati, jangan sampai selang tertarik dan buang dressing ke bengkok.</p> <p>18. Observasi tanda-tanda infeksi pada area insersi. Perhatikan area sekitar apakah ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan dan lain-lain.</p> <p>19. Lembabkan kasa steril dengan cairan fisiologis.</p>	 
<p>20. Bersihkan area luka insersi dengan kasa steril secara hati-hati dengan menggunakan pinset secara sirkuler dari arah dalam ke luar, bersihkan juga area sekitar insersi dan selang, pastikan selang tidak tertarik. Buang kasa kotor ke dalam bengkok.</p>	 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
21. Tutup luka dengan kasa steril untuk dressing bagian dalam dan luar.	
22. Lepaskan handschoen.	
23. Fiksasi kasa dengan plester pada 4 sisi.	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>24. Lepaskan pengalas.</p> <p>25. Rapikan pasien dan kembalikan posisi pasien pada posisi awal atau posisi nyaman bagi pasien.</p>	
<p>26. Rapikan alat.</p>	
<p>Fase Terminasi</p> <p>27. Beri <i>reinforcement positif</i>.</p> <p>28. Cuci tangan dengan 6 langkah.</p>	
Evaluation (E): Evaluasi	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
29. Evaluasi respon pasien terhadap tindakan. 30. Evaluasi karakteristik luka nefrostomi. 31. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan.	
Sikap 32. Menerapkan <i>hand hygiene</i> dengan 6 langkah sebelum dan sesudah tindakan. 33. Memperhatikan prinsip steril. 34. Melakukan tindakan dengan sistematis. 35. Komunikatif dengan pasien. 36. Percaya diri.	

DAFTAR PUSTAKA

Martin, R., Baker, H. (2019). Nursing Care and Management of Patients with a Nephrostomy. *Nursing Times* (Online); 115:11, 40-43

Monahan, Neighbors & Green. (2011). *Swearingen's Manual of Medical-Surgical Nursing: A Care Planning Resource*. 7th Edition. Maryland Heights: Mosby Elsevier.

Muttaqin, Arif. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Urinaria*. Jakarta. Salemba Medika

Southlake Regional Health Centre. (2013). *Caring for a Nephrostomy Tube*. 2-3. https://southlake.ca/wp-content/uploads/2020/02/SL1515_02-DI-Nephrostomy-Tube-Care-Patient-Information-Sheet.pdf

BAB X

PERAWATAN KOLOSTOMI

Ns. Muthia Deliana, S.Kep., M.Kep.



BAB X

PERAWATAN KOLOSTOMI

Ns. Muthia Deliana, S.Kep., M.Kep.

1. Definisi

Tindakan yang dilakukan untuk menjaga higienitas dengan cara melakukan pengosongan kantong kolostomi dan membersihkan lokasi kolostomi secara teratur.

2. Tujuan

- a. Mencegah kebocoran kantong kolostomi
- b. Mencegah ekskoriasi kulit dan stoma
- c. Memantau stoma dan kulit disekitarnya
- d. Mengajarkan pasien dan keluarganya menngenai cara perawatan kolostomi dan kantung penamungnya.

3. Indikasi

Pasien yang terpasang kantong kolostomi dengan $\frac{3}{4}$ bagian terisi feses.

4. Kontraindikasi

Tidak ada kontra indikasi dalam perawatan kolostomi.

5. Hal yang perlu diperhatikan

- a. Flatus dapat menyebabkan kantung menggelembung. Hal ini memerlukan penanganan segera karena jika flatus tidak dikeluarkan, kantung dapat lepas dari pelapis kulit sehingga feses tumpah atau mengeluarkan bau feses yang tidak sedap. Buka klem dan keluarkan flatus (jangan pernah menusuk kantung).
- b. Ukur pemasukan dan pengeluaran cairan pasien. Periksa kantung stoma terkait kualitas dan kuantitas bahan yang keluar. Catat pemasukan dan pengekuan setiap 4 jam untuk 3 hari pertama setelah operasi.
- c. Lokasi stoma harus selalu kering. Bila lembab, akan meningkatkan resiko infeksi kandida atau jamur.
- d. Pulihnya peristaltik akan meningkatkan jumlah flatus. Beritahu pasien bahwa ini berarti usus berfungsi kembali. Beritahu pula pada pasien

yang menghindari makanan yang mengandung gas, karena flatus tidak dapat dikedalikan secara volunter.

6. Contoh Kasus

Seorang laki-laki 48 tahun dirawat diruang perawatan. Pasien terpasang kantong kolostomi. Saat ini kondisi kantong sudah terisi $\frac{3}{4}$ feses. Kondisi disekitar kantong bersih, lem mulai ada yang terlepas. Terdapat sedikit kemerahan diarea sekitar kantong kolostomi. Apakah yang dilakukan pada pasien tersebut?

- A. Membantu pasien BAB diatas tempat tidur
- B. Melakukan Relaksasi napas dalam
- C. Melakukan perawatan kolostomi
- D. Menambahkan perekat di kantong kolostomi

7. Pembahasan soal kasus

Jawaban: C. Melakukan perawatan kolostomi karena kantong kolostomi sudah terisi $\frac{3}{4}$ bagian kantong. Indikasi melakukan perawatan kolostomi adalah kantong terisi $\frac{3}{4}$ bagian. Selain itu, terdapat perekat yang sudah mulai terlepas. Untuk itu perlu dilakukan perawatan kolostomi pada pasien tersebut.

Bukan A, karena pasien sudah dibuat lubang kolostomi untuk pengeluaran feses.

Bukan B, karena pasien tidak mengeluhkan adanya nyeri dan rasa tidak nyaman

Bukan D, karena kantong sudah terisi $\frac{3}{4}$ bagian. Jadi harus diganti atau dibuang.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A): Pengkajian	
Fase Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> Kaji keadaan kantung kolostomi Kaji keadaan kulit sekitar kolostomi Review catatan medis dokter Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan perawatan kolostomi 	
Planning (P): Perencanaan	Fase Orientasi <p>5. PERSIAPAN ALAT(* = <i>wajib ada</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> Handschoen* Bengkok* KOM besih* Normal salin Kantong stoma* Kassa/Tisu toilet Pinset anatomis Pinset sirugis Gunting bengkok* Gunting perban Salep atau krim sesuai indikasi Pengukur kolostomi* skin barrier wipes penghilang plaster



ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>PERSIAPAN KLIEN</p> <p>6. Ucapkan salam (lakukan komunikasi teraupetik) perkenalkan diri dan cek identitas klien.</p> <p>7. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</p> <p>8. Posisikan pasien dengan posisi Supine atau duduk (sesuai kondisi dan kemampuan klien)</p>	<p>Meningkatkan kepercayaan klien kepada perawat.</p>  <p>Membantu mendapatkan kerjasama dari klien</p>  <p>Posisi yang baik memungkinkan pasien untuk melihat bagaimana prosedur dilakukan sebagai persiapan belajar</p> 
<p>PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <p>9. Jaga privasi klien (tutup tirai)</p> <p>10. Atau turunkan penghalang tempat tidur</p>	<p>Melindungi privasi klien</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
	
Implementation (I): Implementasi	
<p>Fase Kerja</p> <p>11. Cuci tangan</p> <p>12. Gunakan handschoen bersih</p> <p>13. Letakkan perlak dan pengalas di bagian sisi kanan atau kiri pasien tergantung letak stoma</p>	<p>Mencegah penyebaran micro - organisme</p>  <p>Mempermudah pelaksanaan tindakan.</p>  

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
14. Letakkan bengkok di atas perlak	 
15. Lepaskan kantung secara perlahan dan pertahankan isi kantung tidak keluar. Meletakkan kantung kolostomi dalam bengkok atau buang di pispot.	<p>Pelepasan secara perlahan melindungi kulit di bawahnya dari cedera dan meminimalisir rasa tidak nyaman.</p> 
16. Observasi kulit stoma: bekas luka, lipatan, pengelupasan kulit, dan lainnya	 <p>Mengkaji adanya perubahan pada kulit yang terpasang stoma</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>17. Mengganti handschoen bersih</p>	 <p>Meminimalisir penyebaran microorganisme</p> 
<p>18. Membersihkan kolostomi dan kulit sekitar stoma dengan kapas naCl atau kapas hangat, <i>adhesive remover</i> jika masih ada sisa plaster.</p>	<p>Kassa menyerap sekret apapun yang keluar dari stoma sambil membersihkan kulit.</p>  
<p>19. Mengeringkan kulit sekitar kolostomi secara hati-hati menggunakan kassa</p>	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>20. Memberikan zink salep tipis jika ada iritasi kulit sekitar stoma.</p>	<p>Mengurangi iritasi pada kulit, dan melapisi pelapis kulit dan kantung.</p> 
<p>21. Gunakan alat ukur stoma untuk menentukan ukuran lubang kantong yang harus dipotong. Pertimbangkan jarak antar stoma dan alat ukur 0,5-0,7 cm.</p>	<p>Mempermudah pemotongan kantung stoma.</p> 
<p>22. Buat garis ukur yang benar untuk lubang pada belakang <i>flange</i>, jaga agar tetap berada di tengah</p>	<p>Mempermudah proses pemasangan.</p> 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
23. Gunakan gunting lengkung untuk menggunting sesuai garis yang dibuat. Buat lubang dari dalam untuk memudahkan proses pemasangan	<p>Mencegah bagian yang runcing agar tidak terjadi iritasi pada kulit.</p> 
24. Haluskan tepi bagian dalam dengan ujung jari	<p>Mencegah agar feses nantinya merembes.</p> 
25. Menempelkan kantong kolostomi posisi vertical /horizontal/miring sesuai kebutuhan pasien	<p>Pemasangan kantung yang baik akan mencegah keluarnya bau tidak sedap dan feses dari dalam kantung.</p> 
26. Memasukkan stoma melalui lubang kolostomi	<p>Mencegah feses keluar dari kantung.</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<p>27. Merekatkan /memasang kolostomi bag dengan tepat tanpa udara di dalam.</p>	 <p>Mengurangi resiko penyebaran infeksi dan mengurangi cedera akibat alat dan kotoran.</p> 
<p>28. Jika kantong terhubung drain/bagian bawah kantong, maka tutup ujung /dasar kantong dengan klem yang sesuai.</p>	
<p>29. Merapikan klien dan lingkungan</p>	<p>Meningkatkan kepercayaan diri klien</p> 

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
30. Membereskan alat-alat dan kotoran	
31. Melepas handschoen	
<p>Fase Terminasi</p> <p>32. Beri <i>reinforcement positif</i></p>	
<p>33. Rapikan alat</p> <p>34. Cuci tangan</p>	<p>Mengurangi penyebaran mikroorganisme</p> 
Evaluation (E): Evaluasi	

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
35. Evaluasi apakah klien merasa tidak nyaman pada area sekitar stoma	 <p>Mengevaluasi apakah ada tanda infeksi</p>
36. Evaluasi jumlah dan penampilan feses, tekstur dan kondisi kulit sekitar stoma dan jahitan.	 <p>Mempermudah kelanjutan perawatan</p>
37. Evaluasi adanya abnormalitas pada tampilan stoma, garis jahitan, kulit sekitar stoma, tidak ada bising usus, tidak ada flatus pada 24-36 jam dan tidak ada feses dihari ketiga	 <p>Mempermudah kelanjutan perawatan</p>
38. Dokumentasi tipe kantong dan perlindungan kulit yang digunakan, adanya distensi abdomen dan kekakuan pada abdomen.	 <p>Distensi abdomen merupakan indikasi adanya paralisis pada usus.</p>

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Sikap 39. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 40. Melakukan tindakan dengan sistematis 41. Komunikatif dengan pasien 42. Percaya diri	

DAFTAR PUSTAKA

- Kusyati, E., dkk. 2012. *Keterampilan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar*. Ed. 2. Jakarta: EGC
- Maryunani, A & Haryanto. 2020. *Perawatan Stoma Terkini (Modern Stoma Care)*. Jakarta: Salemba Medika
- Novieastari, E. & Supartini, Y. 2015. *Keperawatan Dasar: Manual Keterampilan Klinis*, Edisi pertama. Singapura: Elsevier Singapore.

PROFIL PENULIS



Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ns, M.Kep.

Menyelesaikan D3 Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Surabaya tahun 1993, S1 dan Ners di PSIK FK Univ. Brawijaya tahun 2002, Magister Keperawatan Univ. Airlangga tahun 2011. Menjadi Guru SPK Pemda Lumajang tahun 1994-2008, dosen Akper Pemkab Lumajang tahun 2008-2017, dosen Prodi D3 Keperawatan Univ. Jember tahun 2017 sampai sekarang. Penulis pernah menjadi Tenaga Kesehatan Haji Indonesia pada tahun 2016. Buku yang telah dihasilkan adalah Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Mata (CV EGC, 2004, 2012), Buku Anatomi Fisiologi (Pena Salsabila, 2008), Modul Praktikum Pemeriksaan Fisik (KMH, 2018), Modul Praktik Klinik KMB I, II (KMH, 2019), Modul Praktikum Keperawatan Dasar (Manggu, 2021), juga sebagai editor pada Penerbit KMH.



Sri Kurnia Dewi, M.Kep lahir di Cianjur tanggal 07 Februari 1980. Menempuh pendidikan di Akper Pemkab Cianjur pada tahun 1998, lulus dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jendral Ahmad Yani Cimahi tahun 2006, dan menempuh program Magister Keperawatan tahun 2016 di Fakultas Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta dengan peminatan Keperawatan Mesikal Bedah. Bekerja di RS MMC Jakarta sebagai perawat pelaksana pada tahun 2001-2002, dan di RSUD Sayang Cianjur pada tahun 2003-2004. Berkarir sebagai dosen pada tahun 2006-2009 di AKBID Cianjur, tahun 2007 - 2019 di Akper Pemkab Cianjur, dan sebagai dosen tetap di Program studi Pendidikan profesi Ners Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sukabumi dengan mengampu mata kuliah Keperawatan KMB 2, KMB 3 dan Keperawatan pada Unit Khusus profesi ners tahun 2019 sampai sekarang.

PROFIL PENULIS



Ida Farida, APPd., M.Kes., lahir di Kuningan, 5 Januari 1969. Lulus dari Akper Depkes Jakarta pada tahun 1990, D IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada tahun 1999, dan S-2 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia tahun 2002. Menjadi dosen Akper Depkes Malang pada tahun 1990 – 1993, dan dosen Akper Depkes Bogor/Poltekkes Kemenkes Bandung mulai tahun 1993 sampai sekarang. Korespondensi dapat dilakukan ke email idafmlm@gmail.com



Ns. Karyatin, M.Kep., lulus SPR Sumber Waras tahun 1981, lulus SGP Cilandak Jakarta tahun 1985, lulus Akper Pajajaran Bandung tahun 1992, lulus S1 Ners STIK St Carolus Jakarta tahun 2003, dan lulus S2 Pasca Sarjana Keperawatan UMJ tahun 2015. Bekerja sebagai pengajar sejak tahun 1985 di SPK Sumber Waras dan dosen di STIKes Sumber Waras sampai sekarang



Ns. Ratna Sari Dewi, S.Kep. M.Kep. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan pada tahun 2003 dan S2 Keperawatan pada tahun 2011 di Universitas Indonesia. Penulis menekuni bidang Keperawatan Medikal Bedah hingga saat ini. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Fakultas Kesehatan, Institut Kesehatan dan Teknologi Pondok Karya Pembangunan DKI Jakarta (IKTJ). Buku yang telah dihasilkan adalah Buku Evaluasi Pembelajaran dan Buku Farmakologi Keperawatan (Get Press, 2022).

PROFIL PENULIS



Ns. Nova Fridalni, S. Kep., M. Biomed, lahir di Surabaya, 10 November 1972. Menempuh pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di AKPER Depkes Padang, lulus tahun 1994, selanjutnya menempuh pendidikan S1 Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang, lulus tahun 2002 dan menempuh pendidikan pasca sarjana di Universitas Andalas Padang Program Studi Ilmu Biomedik dan menamatkan pendidikan tahun 2010. Saat ini aktif sebagai dosen Program Studi Sarjana Keperawatan di STIKES Syedza Saintika dan sebelumnya pernah menjadi dosen di STIKes MERCUBAKTIJAYA Padang.



Waluyo, S.Kep., Ns., M.Kep., lahir di Sragen, 08 Oktober 1978. Menempuh pendidikan D3 Keperawatan di AKPER DEPKES Surakarta (2000), S1 Keperawatan di Universitas Sahid Surakarta (2010), Profesi Ners di Stikes Kusuma Husada Surakarta (2017), dan Pendidikan Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Medikal Bedah tahun 2020 di Universitas Airlangga.

Penulis memulai kariernya sebagai klinisi di RSU Mardi Lestari Sragen pada tahun 2000-2005, dan sebagai PNS di RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen dari tahun 2005 sampai sekarang. Penulis juga sebagai Dosen Keperawatan di Universitas Aisyiyah Surakarta. Pernah menulis buku *Morser Therapy*, buku *Acupressure* untuk Menurunkan Stres, Ansietas dan Gangguan Tidur serta buku Pencegahan *Catheter Associated Urinary Tractus Infection (CAUTI)* Dengan *Bundle CAUTI* Berbasis Proses Keperawatan, Ilmu Dasar Keperawatan I, Keperawatan Medikal Bedah serta buku Desain penelitian Mixed Method. Penulis juga mendapatkan Hak Karya Intelektual (HKI) atas beberapa karyanya tersebut. Selain itu beberapa karya ilmiah dan hasil penelitiannya juga dipublikasikan di jurnal nasional terakreditasi Sinta. Penulis juga aktif di organisasi PPNI sebagai Ketua DPK PPNI RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen. Email penulis: waluyoipcn@gmail.com

PROFIL PENULIS



Sisca Pri Andini, Ns., M.Kep. lahir di Jakarta, 17 September 1970. Menempuh S2 Keperawatan di UMJ Jakarta, merupakan dosen di STIKes Bhakti Husada Cikarang.



Ns. Muthia Deliana, S.Kep., M.Kep. menyelesaikan S1 dan Ners di PSIK Universitas Riau tahun 2010, Magister Keperawatan Universitas Sumatera Utara tahun 2019. Menjadi Laboran Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Tanjungpinang 2010-2015, dosen Prodi D3 Keperawatan poltekkes Kemenkes Tanjungpinang tahun 2019 sampai sekarang.



Laili Nur Azizah, S.Kep., Ners., M.Kep adalah dosen Program Studi D3 Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Menyelesaikan pendidikan di D3 Keperawatan Darul Ulum Jombang, S1 dan profesi Ners pada Program Studi Imu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang, dan S2 Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Penulis mulai aktif mengajar sejak tahun 2002 di Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang dan sejak 2017 berpindah homebase di Universitas Jember. Penulis juga aktif melakukan pengabdian masyarakat dan penelitian yang dipublikasikan di jurnal nasional dan internasional. Selain aktif dalam tri dharma perguruan tinggi, juga pernah bertugas sebagai Tenaga Kesehatan Haji Indonesia, dan saat ini aktif dalam bisnis travel umroh. Korespondensi dapat dilakukan melalui email lailinurazizah3@unej.ac.id.

SINOPSIS

Buku ini menjelaskan tentang prosedur tindakan pada keperawatan medikal bedah, meliputi anamnesis sistem pernapasan, pencernaan, dan kardiovaskuler, pemeriksaan fisik tiroid, pemeriksaan *rumple leed*, pemeriksaan gula darah sewaktu, serta intervensi terapeutik pada kasus medikal bedah seperti pemberian transfusi darah, penyuntikan insulin pen, perawatan nefrostomi dan perawatan kolostomi. Materi dibahas mulai dari definisi, tujuan, indikasi, kontra indikasi, hal yang perlu diperhatikan, hingga contoh soal sesuai prosedur tindakan yang dibahas. Untuk memudahkan pemahaman pembaca, buku ini dilengkapi dengan gambar dari tahap-tahap dalam prosedur tindakan.



Buku ini menjelaskan tentang prosedur tindakan pada keperawatan medikal bedah, meliputi anamnesis sistem pernapasan, pencernaan, dan kardiovaskuler, pemeriksaan fisik tiroid, pemeriksaan rumple leed, pemeriksaan gula darah sewaktu, serta intervensi terapeutik pada kasus medikal bedah seperti pemberian transfusi darah, penyuntikan insulin pen, perawatan nefrostomi dan perawatan kolostomi. Materi dibahas mulai dari definisi, tujuan, indikasi, kontra indikasi, hal yang perlu diperhatikan, hingga contoh soal sesuai prosedur tindakan yang dibahas. Untuk memudahkan pemahaman pembaca, buku ini dilengkapi dengan gambar dari tahap-tahap dalam prosedur tindakan.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8411-68-9

