

MODUL PRAKTIKUM
KETERAMPILAN DASAR KEBIDANAN I



DISUSUN OLEH :

Ratih Devi Alfiana, S.ST., M.Keb

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS ALMA ATA
TAHUN AJARAN 2021/2022

HALAMAN PENGESAHAN

Nama Matakuliah : Keterampilan Dasar Kebidanan I
Kode Matakuliah : IB002/ 3 sks (1T, 2 P)
Pelaksanaan : Semester I
Dosen Pengampu :

1. Ratih Devi Alfiana, .SST., M.Keb
2. Farida Aryani, SST., M.Keb
3. Sundari Mulyaningsih, SSiT., M.Kes
4. Dyah Pradnya Pramitha, SST., M.Kes
5. Isti Chana Zuliyati, S.ST., M.Keb
6. Fatimatasari, S.Keb., Bd., M.Keb

Yogyakarta, Juli 2021

Kaprodi D III Kebidanan

Liaison Officer

Fakultas Ilmu Ilmu Kesehatan



Sundari Mulyaningsih, S.SiT., M.Kes

Ratih Devi Alfiana, S.ST., M.Keb

Dekan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan

Universitas Alma Ata Yogyakarta



Yhona Paratmanitya, S.Gz., MPH., RD

KATA PENGANTAR

Assalaamu'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh

Puji Syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan karunia dan rahmat-Nya sehingga kami mampu menyelesaikan buku Panduan Ketrampilan Dasar Kebidanan I. Berdasarkan tujuan pendidikan program D III Kebidanan, mahasiswa dituntut untuk dapat mengembangkan tiga kemampuan profesional, yaitu **knowledge, skill, dan attitude**.

Sebagai upaya dalam mengembangkan kemampuan skill diperlukan suatu proses pembelajaran praktik dalam rangka menerapkan teori yang telah didapatkan mahasiswa di kelas dan laboratorium agar nantinya mahasiswa memiliki kemampuan yang tinggi di lahan praktik dan dapat memberikan pelayanan kebidanan sesuai standar dan prosedur yang berlaku.

Terima kasih kami ucapkan kepada semua pihak yang telah mendukung dan membantu dalam proses penyusunan buku panduan Ketrampilan Dasar Kebidanan I. ini. Diharapkan buku panduan ini dapat membantu para mahasiswa dalam mencapai target dan melakukan asuhan kebidanan sesuai standar pelayanan kebidanan.

Semoga Allah SWT memberikan kebaikan dan kemudahan kepada kita. Amin.

Wassalaamu'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh

Yogyakarta, Juli 2021

Liaison Officer



Ratih Devi Alfiana, S.ST., M.Keb

DAFTAR ISI

HalamanJudul.....	1
LembarPengesahan.....	2
Kata Pengantar.....	3
Daftar Isi.....	4
Pendahuluan	5
1. Deskripsi Mata Kuliah	5
2. Capaian Pembelajaran	5
3. Sasaran.....	5
4. Beban SKS.....	5
5. Dosen Instruktur	6
6. Alat dan Bahan yang dibutuhkan.....	6
7. Tata Tertib Mahasiswa.....	7
8. Evaluasi	9
MateridanCeklist.....	10
1. Menggunakan Instrumen dalam Praktik Kebidanan	
2. Vital Sign	
3. Universal Precaution dan Teknik Isolasi	
4. Perineal Hygiene dan Pemasangan Kateter	
5. Posisi	
6. Bed Making	
7. NGT	
8. Terapi Oksigen	
9. Pemasangan Infus	
10. Pemeriksaan Fisik	
11. Mobilisasi Pasien	
12. EKG	

PENDAHULUAN

A. DESKRIPSI MATA KULIAH

Mata kuliah ini memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk menerapkan ketrampilan dasar dalam praktik kebidanan dengan memahami tentang konsep manusia, konsep sehat dan sakit baik secara umum maupun dalam perspektif Islam, konsep stres dan adaptasi, menerapkan prinsip pencegahan infeksi dan penggunaan instrumen dalam praktik kebidanan, pemeriksaan fisik, memecahkan masalah yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar klien serta melakukan asuhan pada klien yang menghadapi kehilangan dan kematian.

B. INDIKATOR KINERJA UTAMA

1. IKU 1: Persentase lulusan yang berhasil a) mendapatkan pekerjaan, b) melanjutkan studi, c) menjadi wiraswasta
2. IKU 4: Kualifikasi dosen: a) berkualifikasi akademik S3; b) memiliki sertifikat kompetensi/profesi yang diakui oleh industri dan dunia kerja; atau c) berasal dari kalangan praktisi profesional, dunia industri, atau dunia kerja
3. IKU 7: Persentase penggunaan metode pembelajaran pemecahan kasus (case method) atau pembelajaran kelompok berbasis proyek (team based project) sebagai bagian bobot evaluasi

C. CAPAIAN PEMBELAJARAN

a. Capaian Pembelajaran Lulusan

- 1) S9 : Menjalankan praktik kebidanan sesuai dengan kompetensi, kewenangan dan kode etik profesi
- 2) P6 : Menguasai konsep dasar, prinsip dan teknik bantuan hidup dasar (Basic life support) dan Pasien Safety
- 3) KK9 : mampu mendemonstrasikan pencegahan infeksi, pasien safety dan upaya bantuan hidup dasar
- 4) KU1 : mampu menyelesaikan pekerjaan berlingkup luas dan menganalisis data dengan beragam metode yang sesuai, baik yang belum maupun yang sudah baku

b. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- 1) Memahami konsep manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual (holistik)
- 2) Memahami konsep dasar sehat dan sakit dan konsep dasar sehat dan sakit dalam perspektif islam
- 3) Memahami konsep stres dan adaptasi
- 4) Memahami prinsip pencegahan infeksi dan pemrosesan alat serta sampah
- 5) Memahami instrumen dalam praktik kebidanan
- 6) Memahami konsep dasar pemeriksaan fisik manusia
- 7) Memahami pemecahan masalah yang berhubungan dengan kebutuhan dasar klien
- 8) Memahami pemenuhan kebutuhan pasien kritis dan kasus terminal.

D. SASARAN

Mahasiswa semester I Program Studi D III Kebidanan Universitas Alma Ata Yogyakarta

E. BEBAN SKS

Praktikum Keterampilan Dasar Kebidanan I memiliki beban 2 sks

F. DOSEN INSTRUKTUR

1. Ratih Devi Alfiana, SST., M.Keb
2. Farida Aryani, SST., M.Keb
3. Sundari Mulyaningsih, SSiT., M.Kes
4. Dyah Pradnya Pramitha, SST., M.Kes
5. Isti Chana Zuliyati, S.ST., M.Keb
6. Fatimatasari, S.Keb., Bd., M.Keb

G. ALAT DAN BAHAN YANG DIBUTUHKAN

NO	TEMA/MATERI	ALAT YANG DIBUTUHKAN
1.	UNIVERSAL PRECAUTION (PENCEGAHAN INFEKSI)	Sabun cair atau Hibiscrub, Air yang mengalir, Handuk kering, gown, masker, googlass, handsocon bersih, handsocon steril, bak instrumen, korentang, sepatu boot
2.	PENGATURAN POSISI	Tempattidur, bantalkecildanbesar, papan kaki (Footboard), trochanter rolls, kantongpasir, hand rolls, restrains, trapeze bar, pengamanantempattidur

3.	PERINEAL HYGINE DAN PEMASANGAN KATETER	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perineal hygien : perlak, kapas DTT, air DTT, kom, bengkok, handscoon, bak instrument 2. Pemasangan kateter : Kasa steril, Selimut, Alas dan perlak, handscoon steril, Kapas DTT, air DTT, kom, Kateter steril sesuai ukuran, Spuit 10 cc, Aquades, Jelly, Bak instrument, Plester, Urine bag, Bengkok
4.	BED MAKING DAN MEMANDIKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bed making : Laken besar, laken kecil/stiklaken, alas/perlak, selimut, sarung bantal, bak/ember alat tenun kotor 2. Memandikan : handuk bersih, perlak, selimut mandi, gayung, ember, air hangat, sabun mandi, waslap, bedak, sisir, baju ganti, pispot, pasta gigi, sikat gigi, body lotion
5.	PEMASANGAN NGT DAN OGT, PEMBERIAN NUTRISI PER NGT, DAN OGT	<ol style="list-style-type: none"> 1. PemasanganNGT : NGT (No 14 or 16 f atau untuk infant biasa digunakan no.8 Fr). Dewasa ukuran 18, Jelly, Klem, Pinset, Handuk, tissue, bengkok. Segelas air putih dan sedotan, Plester, Spuit 20 cc atau 10 cc, Kapas alcohol, Stetoscope, Spatel lidah, Senter, Handscoon, Bak instrument steril, bengkok 2. Pemberian nutrisi per NGT : Suplemen nutrisi yang diprogramkan, Spuit 20cc, Gelas atau cangkir, Air putih, Sarung tangan bersih, Bengkok
6.	PEMERIKSAAN VITAL SIGN (TD, SUHU, NADI, PERNAFASAN DAN KADAR O2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vital sign : Stop Watch/ jam tangan, Stethoskop, Sphygmomanometer, Termometer, Tissue, Air Bersih, Air sabun, Air Disinfektan 2. Terapi oksigen : Jeli, Kateter nasal/kanul nasal, Sungkup Muka Kantong Non Rebreathing (NRM), Sungkup Muka Kantong Rebreathing (RM), Humidifier, Tabung oksigen/sentral oksigen
7.	PEMASANGAN INFUS dan TRANFUSI DARAH	Sarung tangan bersih, Spuit, Bengkok, Pengalas, Kapas Alkohol, Plester dan Gunting, Cairan infus (RL, Dextrose, NaCl), Kasa steril, Tourniket/ manset, Infus set, Albucat berbagai ukuran, kom, bak instrument
8.	PEMERIKSAAN FISIK	Stetoscope, Sphygnomanometer, Stop watch/ jam tangan, pen light, reflekhamer, pengukur tinggibadan, pengukur berat badan, tongue spatel

9	PEMAKAIAN DAN PENYIMPANAN ALAT	Pinset, jarum kulit dan otot, nalvuder, benang, kasa steril, lidocain, aquades, spuit, sarung tangan, gunting plester, gunting jaringan, pinset anatomis, pinset cirugis, set steril, klemkasa, perban, plester, perlak, laken kecil, bengkok, korentang.
10	ELEKTROKARDIOGRAFI (EKG)	Mesin EKG, Elektroda EKG, Jelly, Kapas Alkohol, Tissue, Waslap basah, Alat cukur (kalau perlu), Kertas Dokumentasi EKG, Lem dan Gunting.
11	TERAPI OKSIGEN	
12	PERAWATAN PASIEN MASA KRITIS DALAM ISLAM	

H. TATA TERTIB MAHASISWA

1. Tata Tertib Praktikum Online

a. Pra Praktikum

- 1) LNO menseting pertemuan praktikum daring pada course mata kuliah yang diampu
- 2) Pada setiap topik pertemuan LNO membuat forum presensi dan assignment pengumpulan laporan praktikum, satu topik praktikum memuat forum presensi dan assignment sesuai jadwal evaluasi atau demonstrasi.
- 3) Forum presensi disetting dapat diakses 15 menit sebelum jadwal praktikum
- 4) Forum assignment disetting dapat diakses 15 menit sebelum praktikum berakhir
- 5) Dosen harus mengupload video atau bahan pembelajaran 1 hari sebelum jadwal yang telah ditentukan di e learning sesuai topic yang sudah tersedia
- 6) Mahasiswa wajib mempelajari video atau bahan pembelajaran yang telah diupload oleh dosen pengampu
- 7) PJ kelompok wajib memastikan video atau bahan pembelajaran sudah terupload, jika belum maka PJ kelompok wajib menghubungi dosen pengampu
- 8) PJ kelompok membuat link pertemuan untuk praktikum daring dan menginformasikan link tersebut ke dosen pengampu dan seluruh anggota kelompok

b. Praktikum

- 1) Seluruh mahasiswa harus sudah presensi di elearning dan standby di platform yang digunakan untuk praktikum 15 menit sebelum jadwal
- 2) PJ kelompok mengingatkan kembali dosen pengampu apabila setelah 30 menit dari jadwal yang telah ditentukan dosen tersebut belum masuk forum pertemuan

- 3) Selama perkuliahan daring seluruh mahasiswa wajib mengenakan pakaian yang sopan dan rapi sehingga apabila sewaktu-waktu dosen meminta mahasiswa untuk membuka kamera maka sudah siap
- 4) Selama praktikum seluruh mahasiswa wajib memperhatikan materi yang disampaikan dan selalu siap merespon secara aktif ketika diberikan pertanyaan, feedback, dll.
- 5) 15 menit sebelum praktikum berakhir khusus untuk mengerjakan laporan praktikum

c. Post Praktikum

- 1) Mahasiswa wajib membuat laporan praktikum yang telah terlaksana untuk praktikum demonstrasi dengan format terlampir, menggunakan lembar folio bergaris dan tulis tangan, untuk evaluasi menyesuaikan dengan dosen pengampu
- 2) Mahasiswa wajib mengupload laporan praktikum tersebut ke forum assignment yang telah dibuat oleh dosen pengampu sesuai batas waktu yang ditentukan.

2. Tata Tertib Praktikum Tatap Muka

- a. Mahasiswa menyiapkan diri 15 menit di depan laboratorium sebelum praktikum dimulai
- b. Mahasiswa yang terlambat 15 menit atau lebih tidak diijinkan mengikuti praktikum
- c. Setiap akan praktikum, diadakan pre test dengan materi yang akan dipraktikumkan
- d. Mahasiswa tidak boleh bersendau gurau dan harus bersikap sopan, tidakmakan dan minum selama mengikuti praktikum
- e. Selama praktikum berlangsung, mahasiswa tidak boleh meninggalkan laboratorium tanpa izin dosen
- f. Mahasiswa wajib membereskan alat-alat yang dipakai untuk praktikum dan dikembalikan dalam keadaan rapi dan bersih
- g. Bila mahasiswa memecahkan/merusakkan alat, diwajibkan mengganti alat tersebut paling lambat 2 hari setelah praktikum

- h. Mahasiswa yang tidak dapat mengikuti praktikum karena berhalangan atau gagal dalam praktikum harus menggulang atau mengganti pada hari lain sesuai dengan jadwal yang telah diatur (sesuai kebijakan dosen)
- i. Mahasiswa wajib mengikuti praktikum 100% dari kegiatan praktikum.

3. Tata Tertib Pemakaian Alat Praktikum

- a. Setiap mahasiswa berhak meminjam/menggunakan alat-alat laboratorium dengan persetujuan kepala laboratorium
- b. Setiap mahasiswa yang akan praktik laboratorium wajib memberitahu/pesan alat kepada petugas 1 hari sebelum praktik dilaksanakan
- c. Mahasiswa/peminjam wajib mengisi formulir peminjaman alat/bon alat yang telah disediakan dengan lengkap yang meliputi (nama, kelas/jurusan, hari/tanggal, waktu, dosen, jenis ketrampilan, nama alat, jumlah, keterangan, tanda tangan)
- d. Mahasiswa atau peminjam bertanggung jawab atas kebersihan dan keutuhan alat-alat yang dipinjam
- e. Mahasiswa wajib merapikan dan membersihkan kembali peralatan yang dipinjam setelah selesai menggunakan alat laboratorium
- f. Alat-alat laboratorium dikembalikan segera setelah melaksanakan kegiatan praktik
- g. Alat-alat laboratorium yang dipinjam dikembalikan tepat waktu dan dalam keadaan bersih dan utuh
- h. Mahasiswa diperbolehkan meninggalkan ruangan setelah serah terima alat-alat yang dipinjam kepada kepala laboratorium
- i. Keterlambatan mengembalikan alat atau mengembalikan alat dalam keadaan kotor, maka mahasiswa dikenakan denda Rp.10.000/hari/alat
- j. Peminjam alat laboratorium harus mengganti alat yang rusak/hilang dalam waktu kurang dari dua hari setelah alat rusak/hilang.

I. EVALUASI

Evaluasi dilaksanakan setelah mahasiswa mengikuti seluruh kegiatan praktikum.



**Menggunakan Instrumen dalam
Praktik Kebidanan**

PEMAKAIAN DAN PENYIMPANAN ALAT

1. Pengertian

a. Instrumen

- 1) Alat yg dipakai untuk me-ngerjakan sesuatu (spt alat yg dipakai oleh pekerja teknik, alat-alat kedokteran, optik, dan kimia); perkakas
- 2) Sarana penelitian (berupa seperangkat tes dsb) untuk mengumpul-kan data sbg bahan pengolahan
- 3) Alat-alat musik (spt piano, biola, gitar, suling, trompet)
- 4) Instrumen yaitu sesuatu yang dapat digunakan untuk mempermudah seseorang melakukan tugas atau mencapai tujuan secara efektif atau efisien (Suharsimi Arikunto, 2009: 25)
- 5) Instrumen dalam praktik kebidanan: Seperangkat alat yang digunakan dalam melaksanakan praktik/tindakan kebidanan

b. Instrumen Steril

- 1) Steril adalah suci hama, bebas dari mikroorganisme pathogen berikut sporanya
- 2) Instrumen steril adalah Instrumen yang bebas dari mikroorganisme pathogen dan sporanya

c. Instrumen Non Steril

- 1) Non steril adalah tidak suci hama
- 2) Instrumen non steril adalah instrumen yang bebas dari mikroorganisme pathogen (tapi sporanya masih ada)

d. Bahan Habis Pakai

- 1) Bahan/barang yang hanya dapat digunakan 1 kali dalam melakukan tindakan/memberikan pelayanan kepada pasien dan tidak dapat digunakan pada pasien lain
- 2) Bahan habis pakai ada yang steril dan non steril

2. Fungsi Instrumen

Dalam memberikan pelayanan kebidanan instrumen dapat berfungsi sebagai :

- a. alat untuk memudahkan pekerjaan
- b. alat yang digunakan untuk mencapai tujuan suatu tindakan/pekerjaan
- c. alat proteksi (pelindung)

3. Pengelolaan/Perawatan Instrumen

Dalam mengelola instrumen harus diperhatikan penyimpanan dan pemusnahannya

- a. instrumen steril
- b. instrumen non steril
- c. bahan habis pakai

TERMOMETER

Istilah termometer berasal dari bahasa latin thermo yang berarti panas dan meter yang berarti untuk mengukur.

Fungsinya adalah digunakan untuk mengukur suhu (temperatur), ataupun perubahan suhu



STETOSCOPE

Berasal dari bahasa Yunani : stethos berarti dada dan skopein yang berarti memeriksa. Merupakan sebuah alat medis akustik untuk memeriksa suara dalam tubuh. Misalnya mendengarkan suara jantung, pernapasan dan mendengarkan aliran darah dalam arteri maupun vena



TENSI METER

Digunakan untuk mengukur tekanan darah, yaitu mendengarkan tekanan sistolik dan diastolik. Tensimeter bekerja secara manual saat memompa maupun mengurangi tekanan pada manset.



DOPPLER

Digunakan untuk mendengarkan denyut jantung janin (listrik)

Manual : leaneck



USG (ULTRA SONOGRAFI)

Untuk mengetahui kondisi janin, tumor, kanker, IUD didalam rahim



BAK INSTRUMEN

Sebagai tempat alat-alat yang akan digunakan untuk menolong persalinan atau mengobati luka



BENGGOK

Sebagai tempat alat-alat yang sudah digunakan saat menolong persalinan dan merawat luka



BABY SCALE

Digunakan untuk menimbang berat badan bayi/batita



HB SAHLI (HAEMOMETER)

Untuk mengukur kadar hemoglobin dalam darah



HANDSCOEN

Sarung tangan digunakan untuk melindungi petugas kesehatan saat bekerja

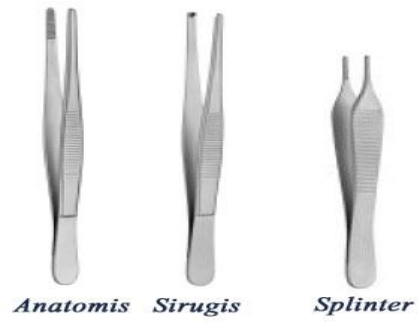


PINSET

ANATOMIS : memindahkan dan mengeluarkan jaringan ketika perawatan luka

SIRURGIS :

- a. menepit jaringan pada waktu penjahitan luka
- b. menjepit kassa saat membersihkan luka



JARUM HEACTING

Jarum yang digunakan untuk membantu proses menjahit luka



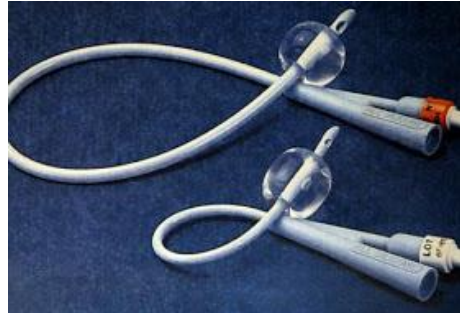
BENANG CATGUT

Benang yang digunakan dalam menjahit luka



KATETER

Membantu mengeluarkan urin



PEN LIGHT

Digunakan untuk memeriksa telinga, mata dan hidung saat pemeriksaan fisik pasien



KORENTANG

Korentang digunakan untuk memegang atau mengambil alat steril supaya terjaga kesterilannya



SPIIT

Sprit digunakan untuk menyuntikkan atau menghisap cairan



NASAL KANUL O2

Merupakan selang bantu pernafasan yang diletakkan pada lubang hidung



MASKER

Digunakan untuk melindungi diri dari penyebaran penyakit. Masker digunakan dalam satu kali pemakaian.



FUNGSI MASKER DAN MANFAAT MENGGUNAKANNYA

TOURNIQUET

Merupakan alat yang digunakan untuk menekan perdarahan pada saat pembedahan, pengambilan darah maupun pemasangan infus.



GUNTING





Vital Sign

PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL

I. TANDA VITAL

Tanda vital merupakan pengukuran fisiologis terhadap suhu, nadi, tekanan dara, pernapasan, dan saturasi oksigen. Tanda vital diukur sebagai bagian dari pemeriksaan fisik atau sebagai tinjauan kondisi aktual klien. Tanda vital paling baik diukur ketika klien tidak aktif dan dalam lingkungan yang nyaman. Perubahan dalam satu tanda vital dapat mempengaruhi karakteristik dari tanda vital yang lain.

Pemeriksaan tanda vital yang dilaksanakan oleh perawatn digunakan untuk memantau perkembangan pasien. Tindakan ini bukan hanya merupakan kegiatan ruti pada klien, tetapi merupakan tindakan pengawasan terhadap perubahan atau gangguan sistem tubuh.

1. Suhu Tubuh

Batas normal untuk dewasa = 36°-38°C

Oral rata-rata : 37°C

Rektal rata-rata : 37,5°C

Suhu inti adalah suhu jaringan dalam yang relatif konstan meskipun tubuh dalam kondisi yang ekstrim dan aktivitas fisik meningkat. Tempat pengukuran suhu inti adalah di rektum, membran timpanik, esofagus, arteri pulmoner, dan kandung kemih.

Suhu permukaan adalah suhu yang dapat berfluktuatif bergantung pada aliran darah ke kulit dan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar. Tempat pengukuran suhu permukaan adalah di kulit, aksila, dan oral.

Hipotalamus anterior mengontrol pengeluaran panas, dan hipotalamus posterior mengontrol produksi panas. Bila sel saraf di hipotalamus anterior menjadi panas melebihi set point, impuls akan dikirim untuk menurunkan suhu tubuh. Mekanisme pengeluaran panas termasuk berkeringat, vasodilatasi pembuluh darah, dan hambatan produksi panas. Jika hipotalamus posterior merasakan suhu tubuh lebih

rendah dari set point, akan terjadi vasokonstriksi pembuluh darah mengurangi aliran darah ke kulit dan ekstremitas. Kompensasi produksi panas distimulasi melalui kontraksi otot volunter dan getaran (menggigil) pada otot.

Nilai hasil pemeriksaan suhu tubuh merupakan indikator untuk menilai keseimbangan antara pembentukan dan pengeluaran panas. Tujuan pengukuran suhu tubuh adalah untuk mengetahui rentang suhu tubuh dan untuk memperoleh suhu inti jaringan tubuh rata-rata yang representatif.

2. Nadi

Nadi adalah aliran darah yang menonjol dan dapat diraba di berbagai tempat pada suhu tubuh. Nadi merupakan indikator status sirkulasi. Frekwensi nadi dapat dikaji pada setiap arteri, umumnya dilakukan pengukuran pada arteri perifer yaitu arteri radialis dan arteri karotis.

Tempat pengukuran nadi adalah arteri perifer dan arteri apikal.

1. Arteri perifer macamnya adalah :

- a. **Arteri temporalis** terletak di atas tulang tengkorak, lateral terhadap mata, mudah digunakan untuk mengkaji nadi pada anak.
- b. **Arteri karotis** terletak di sepanjang tepi medial otot sternokleidomastoid di leher, bagian yang mudah digunakan untuk mengkaji nadi pada saat shock atau henti jantung atau pada saat nadi yang lain tak teraba.
- c. **Arteri brakialis** terletak diantara alur di antara otot bisep dan trisep pada fossa antekubital, digunakan untuk mengkaji status sirkulasi ke lengan bawah.
- d. **Arteri radialis** terletak di radial atau sisi ibu jari dan jari telunjuk pada pergelangan tangan, biasanya digunakan untuk mengkaji nadi perifer dan mengkaji status sirkulasi ke tangan.
- e. **Arteri femoralis** terletak di bawah ligamen inguinal di tengah antara simfisis pubis dan SIAS, digunakan untuk mengkaji nadi pada saat shock atau henti jantung pada saat nadi yang lain tak teraba dan untuk mengkaji status sirkulasi ke tungkai.
- f. **Arteri popliteal** terletak dibelakang tumit pada fossa popliteal, digunakan untuk mengkaji status sirkulasi ke tungkai bagian bawah.

- g. **Arteri tibia posterior** terletak di bagian dalam pergelangan kaki di bawah maleolus medial, digunakan untuk mengkaji status sirkulasi ke kaki.
 - h. **Arteri dorsalis pedis** terletak di sepanjang bagian atas kaki diantara tendon ekstensi dari jari kaki pertama dan besar, digunakan untuk mengkaji status sirkulasi ke kaki.
2. **Arteri apikal**, terletak di rongga intercostal keempat sampai kelima pada garis midklafikular kiri, digunakan untuk mengauskultasi nadi apikal.

Frekwensi jantung normal:

Bayi : 120-160 denyut/menit

Todler : 90-140 denyut/menit

Prasekolah : 80-110 denyut/menit

Usia sekolah : 75-100 denyut/menit

Remaja : 60-90 denyut/menit

Dewasa : 60-100 denyut/menit

3. Pernapasan

Pernapasan adalah tanda vital yang paling mudah dikaji, namun perawat tidak boleh menaksir pernapasan. Pengukuran yang akurat memerlukan observasi dan palpasi gerakan dinding dada.

Frekwensi pernapasan rata-rata normal menurut usia :

Bayi baru lahir : 36-40 x/menit

Bayi (6 bulan) : 30-50 x/menit

Todler (2 tahun) : 25-32 x/menit

Anak-anak : 20-30 x/menit

Remaja : 16-19 x/menit

Dewasa : 12-20 x/menit

Gangguan dalam pola pernapasan

1. **Bradipnea**, frekwensi bernapas teratur namun lambat secara tidak normal (<12 x/menit)
2. **Takipnea**, frekwensi bernapas teratur namun cepat secara tidak normal (>20 x/menit)
3. **Hiperpnea**, pernapasan sulit, peningkatan kedalaman, peningkatan frekwensi (>20 x/menit). Secara normal terjadi setelah olah raga.
4. **Apnea**, pernapasan berhenti untuk beberapa detik, penghentian persisten mengakibatkan henti napas.
5. **Hiperventilasi**, frekwensi dan kedalaman pernapasan meningkat. Dapat terjadi hipokarbia.
6. **Hipoventilasi**, frekwensi dan kedalaman pernapasan abnormal, ventilasi mungkin mengalami depresi. Dapat terjadi hiperkarnya.
7. **Pernapasan Cheyne-Stokes**, frekwensi dan kedalaman pernapasan tidak teratur, ditandai dengan periode apnea dan hiperventilasi yang berubah-ubah. Siklus pernapasan mulai dengan lambat, napas dalam yang meningkat secara perlahan sampai frekwensi dan kedalaman yang abnormal. Pola tersebut berbalik, bernapas lambat dan menjadi dangkal, klimaksnya pada apnea sebelum kembali bernapas.
8. **Pernapasan Kussmaul**, pernapasan dalam secara tidak normal dalam, frekwensi meningkat.
9. **Pernapasan Biot**, pernapasan dangkal secara tidak normal untuk dua atau tiga kali napas diikuti periode apnea yang tidak teratur.

4. Tekanan Darah

Tekanan darah merupakan kekuatan lateral pada dinding arteri oleh darah yang didorong dengan tekanan dari jantung. Tekanan darah merupakan indikator bagi kesehatan kardiovaskular. Tekanan darah arteri dapat diukur secara langsung (invasif) maupun tidak langsung menggunakan alat pengukur tekanan darah (sphygmomanometer). Pengukuran secara tidak langsung ini menggunakan dua cara yaitu palpasi yang dapat mengukur tekanan sistolik dan auskultasi yang dapat mengukur tekanan sistolik dan diastolik. Tujuan dilakukan pemeriksaan tekanan darah adalah untuk mengetahui nilai tekanan darah.

Klasifikasi tekanan darah untuk dewasa :

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 130	<85
Normal Tinggi	130-139	85-89
Hipertensi :		
DERAJAT 1 (Ringan)	140-159	90-99
DERAJAT 2 (Sedang)	160-179	100-109
DERAJAT 3 (Berat)	180-209	110-119
DERAJAT 4 (Sangat Berat)	≥ 210	≥ 120

Hipertensi merupakan gangguan asimtomatik yang sering terjadi ditandai dengan peningkatan tekanan darah secara persisten. Diagnosa hipertensi dibuat saat diastolik rata-rata dua kali atau lebih menunjukkan angka 90 mmHg atau lebih tinggi atau bila tekanan darah multipel sistolik labih dari 140 mmHg. Hipertensi dihubungkan dengan pengerasan dan hilangnya elastisitas dinding arteri. Tahanan vaskular perifer meningkat dalam pembuluh yang mengeras dan tidak elastis.jantung harus memompa melawan tahanan yang lebih besar secara kontinyu, akibatnya darah ke organ vital seperti jantung, otak, dan ginjal menurun.

Hipotensi adalah tekanan darah sistolik turun sampai 90 mmHg atau lebih rendah. Meskipun pada beberapa orang secara normal tekanan darahnya rendah namun bagi kebanyakan orang tekanan darah yang rendah merupakan temuan yang tidak normal dan dihubungkan dengan keadaan sakit. Hipotensi terjadi karena dilatasi arteri pada dasar vaskular, kehilangan darah dalam volume yang banyak (cth: hemoragi), atau kegagalan otot jantung memompa darah secara adekuat (cth: infark miokard). Hipotensi dihubungkan dengan pucat, kulit belang, berkeringat, atau penurunan kesadaran.

Hipotensi Orthostatik atau Hipotensi Postural adalah menurunnya tekanan darah saat klien bergerak dari posisi duduk ke berdiri, sering disertai dengan pusing,

kunang-kunang, dan bahkan sinkope (pingsan). Hipotensi orthostatik dapat merupakan gejala kekurangan volume cairan atau kontrol neurovaskular yang tidak adekuat.

5. Saturasi Oksigen

a. Pengertian

Saturasi oksigen adalah presentasi hemoglobin yang berikatan dengan oksigen dalam arteri, saturasi oksigen normal adalah antara 95 – 100 %. Dalam kedokteran, oksigen saturasi (SO₂), sering disebut sebagai "SATS", untuk mengukur persentase oksigen yang diikat oleh hemoglobin di dalam aliran darah. Pada tekanan parsial oksigen yang rendah, sebagian besar hemoglobin terdeoksigenasi, maksudnya adalah proses pendistribusian darah beroksigen dari arteri ke jaringan tubuh (Hidayat, 2007).

Pada sekitar 90% (nilai bervariasi sesuai dengan konteks klinis) saturasi oksigen meningkat menurut kurva disosiasi hemoglobin-oksigen dan pendekatan 100% pada tekanan parsial oksigen > 10 kPa. Saturasi oksigen atau oksigen terlarut (DO) adalah ukuran relatif dari jumlah oksigen yang terlarut atau dibawa dalam media tertentu. Hal ini dapat diukur dengan probe oksigen terlarut seperti sensor oksigen atau optode dalam media cair.

b. Pengukuran Saturasi Oksigen

Pengukuran saturasi oksigen dapat dilakukan dengan beberapa teknik. Penggunaan oksimetri nadi merupakan teknik yang efektif untuk memantau pasien terhadap perubahan saturasi oksigen yang kecil atau mendadak (Tarwoto, 2006).

Adapun cara pengukuran saturasi oksigen antara lain :

- 1) Saturasi oksigen arteri (Sa O₂) nilai di bawah 90% menunjukkan keadaan hipoksemia (yang juga dapat disebabkan oleh anemia). Hipoksemia karena SaO₂ rendah ditandai dengan sianosis. Oksimetri nadi adalah metode pemantauan non invasif secara kontinyu terhadap saturasi oksigen hemoglobin (SaO₂). Meski oksimetri oksigen tidak bisa menggantikan gas-gas darah arteri, oksimetri oksigen merupakan salah satu cara efektif untuk memantau pasien terhadap perubahan saturasi oksigen yang kecil dan mendadak. Oksimetri nadi digunakan dalam banyak lingkungan, termasuk unit perawatan kritis, unit keperawatan umum, dan pada area diagnostik dan pengobatan ketika diperlukan pemantauan saturasi oksigen selama prosedur.

- 2) Saturasi oksigen vena (Sv O₂) diukur untuk melihat berapa banyak mengkonsumsi oksigen tubuh. Dalam perawatan klinis, Sv O₂ di bawah 60%, menunjukkan bahwa tubuh adalah dalam kekurangan oksigen, dan iskemik penyakit terjadi. Pengukuran ini sering digunakan pengobatan dengan mesin jantung-paru (Extracorporeal Sirkulasi), dan dapat memberikan gambaran tentang berapa banyak aliran darah pasien yang diperlukan agar tetap sehat.
- 3) Tissue oksigen saturasi (St O₂) dapat diukur dengan spektroskopi inframerah dekat . Tissue oksigen saturasi memberikan gambaran tentang oksigenasi jaringan dalam berbagai kondisi.
- 4) Saturasi oksigen perifer (Sp O₂) adalah estimasi dari tingkat kejenuhan oksigen yang biasanya diukur dengan oksimeter pulsa

Pemantauan saturasi O₂ yang sering adalah dengan menggunakan oksimetri nadi yang secara luas dinilai sebagai salah satu kemajuan terbesar dalam pemantauan klinis (Giuliano & Higgins, 2005). Untuk pemantauan saturasi O₂ yang dilakukan di perinatalogi (perawatan risiko tinggi) Rumah Sakit Islam Kendal juga dengan menggunakan oksimetri nadi. Alat ini merupakan metode langsung yang dapat dilakukan di sisi tempat tidur, bersifat sederhana dan non invasive untuk mengukur saturasi O₂ arterial (Astowo, 2005).

c. Alat yang digunakan dan tempat pengukuran

Alat yang digunakan adalah oksimetri nadi yang terdiri dari dua diode pengemisi cahaya (satu cahaya merah dan satu cahaya inframerah) pada satu sisi probe, kedua diode ini mentransmisikan cahaya merah dan inframerah melewati pembuluh darah, biasanya pada ujung jari atau daun telinga, menuju fotodetektor pada sisi lain dari probe (Welch, 2005).

FORMAT KETRAMPILAN PENGUKURAN TANDA VITAL

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Menyiapkan peralatan: Stop Watch/ jam tangan, Stethoskop, Sphygmomanometer, Termometer, Tissue, Air Bersih, Air sabun, Air Disinfektan, Oksimeter/alat saturasi oksigen			
7.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
8.	Menghitung frekwensi nadi			
	Menilai denyut nadi radialis:			
	Atur posisi yang nyaman : duduk atau berbaring dengan posisi tangan rileks			
	Menekan kulit dekat dengan arteri radialis dengan tiga jari, dan meraba denyut nadi			
	Letakkan ketiga ujung jari-jari tangan (jari telunjuk, jari tengah, jari manis) pada arteri /nadi yang akan diukur, tekan dengan lembut.			
	Hitung frekuensi nadi mulai hitungan nol (0) selama 30 detik (kalikan dua kali untuk memperoleh frekuensi dalam satu menit). Jika ritme nadi tidak teratur, hitung selama satu menit.			
	Informasikan / diskusikan hasil pengukuran dengan klien			
	Menilai denyut nadi brakialis :			
	Atur posisi yang nyaman : duduk atau berbaring dengan posisi tangan rileks			
	Meraba mencari daerah pulse brakial (antara bisep dan trisep)			
	Letakkan ketiga ujung jari-jari tangan (jari telunjuk, jari tengah, jari manis) pada arteri /nadi yang akan diukur, tekan dengan lembut.			

	Hitung frekuensi nadi mulai hitungan nol (0) selama 30 detik (kalikan dua kali untuk memperoleh frekuensi dalam satu menit). Jika ritme nadi tidak teratur, hitung selama satu menit.			
9.	Menghitung Respirasi Rate (Pernafasan)			
	Menjelaskan prosedur kepada pasien bila hanya khusus menilai pernafasan			
	Menutup tirai/ sampiran			
	Membuka baju pasien bila perlu untuk menobservasi gerakan dada.			
	Meletakkan tangan datar pada dada dan mengobservasi kedalaman dan kesimetrisan gerakan.			
	Menentukan irama pernafasan			
	Menghitung jumlah pernafasan selama 60 detik, Bila pernafasan teratur cukup 30 detik dikalikan 2.			
	Mendengarkan bunyi pernafasan, kemungkinan ada bunyi abnormal			
10.	Mengukur Tekanan Darah			
	Memberi tahu posisi pasien			
	Menyingsingkan lengan baju pasien ke atas			
	Memasang manset sphygmomanometer \pm 1 inci (2,5 cm) di atas fossa cubiti			
	Mengatur tensimeter agar siap pakai (untuk tensimeter air raksa), yaitu menghubungkan pipe tensimeter dengan pipe manset, menutup sekrup balon manset, membuka kunci reservoir			
	Meraba arteri brachialis, memompa sampai 120-130 mmHg			
	Meletakkan diafragma stetoskop di atas tempat denyut nadi tanpa menekan			
	Mengendorkan pompa 2-3 mmHg per denyut			
	Mencatat bunyi Korotkoff I dan V atau bunyi detak pertama (sistole) dan terakhir (diastole)			
	Melonggarkan pompa segera setelah bunyi terakhir hilang			
	Jika pengukuran perlu diulang, tunggu 30 detik dan lengan ditinggikan di atas jantung untuk mengalirkan darah dari lengan			
	Melepas manset			
	Mengembalikan posisi pasien nyaman mungkin			
11.	Mengukur Suhu			
	Pengukuran di Ketiak:			
	Memberi tahu pasien			

	Bersihkan thermometer yang diambil dari larutan antiseptic, bersihkan/keringkan dari ujung ke pangkal thermometer. Kemudian turunkan air raksa sampai 35 C.			
	Siapkan posisi yang nyaman bagi klien			
	Bantu klien membuka baju pada bagian bahu sampai lengan			
	Bersihkan daerah aksila klien dengan tisu.			
	Pasang dan pastikan thermometer menempel pada aksila.			
	Menyilangkan tangan klien pada dada.			
	Tunggu 5-10 menit.			
	Ambil thermometer dari aksila dan baca kenaikan air raksa.			
	Bantu klien memakai baju kembali.			
	Turunkan air raksa pada thermometer sampai batas minimal dan kemudian bersihkan dengan mengelap, mencelupkan pada air sabun, air bersih dan mengembalikan di tempatnya (air desinfektan).			
12	Saturasi Oksigen			
	Sematkan perangkat/oksimeter, umumnya digunakan di jari			
	Nyalakan alat			
	Jangan gerakkan tangan dan jari ketika dilakukan pembacaan menggunakan oksimeter.			
	Setelah hasil muncul di layar, catat hasil, dan lepaskan alat			
13.	Mengucapkan Hamdalah setelah melakukan tindakan			
14.	Menjelaskan bahwa pemeriksaan telah dilakukan dan menginformasikan hasilnya			
15.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
C.	TEKNIS			
16.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan			
17.	Menjaga privasi pasien			
18.	Melaksanakan tindakan dengan efektif & efisien			
TOTAL NILAI				





UNIVERSAL PRECAUTION

1. Infeksi Nosokomial (INOS)

Infeksi nosokomial diakibatkan oleh pemberian layanan kesehatan dalam fasilitas perawatan kesehatan. Rumah sakit merupakan satu dari tempat yang paling mungkin mendapat infeksi karena mengandung populasi mikroorganisme yang tinggi dengan jenis virulen yang mungkin resisten terhadap antibiotik.

Infeksi iatrogenic adalah jenis infeksi nosokomial yang diakibatkan oleh prosedur diagnostic atau terapeutik, contoh : infeksi karena pemasangan kateter.

Infeksi nosokomial dapat secara endogen maupun eksogen. Infeksi eksogen didapat dari mikroorganisme eksternal terhadap individu, yang bukan merupakan flora normal, contoh : infeksi dari Salmonella dan Clostridium tetanii. Infeksi endogen dapat terjadi bila sebagian flora normal klien berubah dan terjadi pertumbuhan yang berlebihan, contoh : infeksi enterokokus dan streptokokus.

2. Konsep Asepsis

Asepsis artinya adalah tidak adanya patogen yang menyebabkan sakit. Teknik aseptik adalah usaha mempertahankan klien sebisa mungkin terbebas dari mikroorganisme (Crow, 1989).

Asepsis medis atau teknik bersih, termasuk prosedur yang digunakan untuk mencegah penyebaran mikroorganisme, contoh : mencuci tangan, ganti sprei.

Asepsis bedah atau teknik steril termasuk prosedur yang digunakan untuk membunuh mikroorganisme dari suatu daerah. Sterilisasi membunuh semua mikroorganisme dan spora. Teknik steril harus digunakan saat melakukan prosedur infasif.

3. Asepsis Medis

1. Kontrol atau Eliminasi Agen Infeksius

a. Pembersihan

Pembersihan adalah membuang semua material asing seperti kotoran dan materi organik dari suatu obyek. Bila peralatan terkontaminasi oleh materi organik seperti darah, feses, mukus atau pus, perawat menggunakan masker , kacamata pelindung, dan sarung tangan kedap air.

b. Desinfeksi dan Sterilisasi

Desinfeksi adalah proses yang memusnahkan banyak atau semua mikroorganisme dengan pengecualian spora bakteri dari obyek yang mati. Contoh desinfektan : alkohol, klorin, glutaraldehyd, dan fenol. Zat kimia ini dapat membakar dan toksis terhadap jaringan.

Sterilisasi adalah penghancuran atau pemusnahan seluruh mikroorganisme termasuk spora. Contoh : penguapan dengan tekanan, gas etilen oksida (ETO).

2. Kontrol atau Eliminasi Reservoir

Contoh : mandi, mengganti balutan, membuang atau mencuci berdih menggunakan deterjen linen yang kotor, jarum terkontaminasi dibuang tanpa manutup kembali dan dibuang dalam wadah yang tidak tembus tusukan, dll.

3. Kontrol terhadap Portal Keluar

Contoh : perawat mengontrol organisme keluar dari saluran pernafasan, dengan cara menghindari berbicara langsung dengan menghadap wajah klien atau menghindari berbicara, bersin, atau batuk di atas luka bedah atau area balutan steril. Perawat yang demam ringan harus memakai masker khususnya bila mengganti balutan atau melakukan prosedur steril. Perawat juga harus berhati-hati terhadap eksudat pada saat membuangnya.

4. Pengendalian Penularan

- a. Mencuci tangan** adalah menggosok seluruh kulit permukaan tangan dengan sabun secara bersama dengan kuat dan ringkas yang kemudian dibilas di bawah aliran air. Tujuan : membuang kotoran dan organisme yang menempel di tangan dan untuk mengurangi mikroba total pada saat itu.

Perawat mencuci tangan dalam keadaan sebagai berikut :

- ✓ Jika tampak kotor
- ✓ Sebelum dan setelah kontak dengan klien
- ✓ Setelah kontak dengan sumber mikroorganisme
- ✓ Sebelum melakukan prosedur infasif
- ✓ Setelah melepaskan sarung tangan



Telapak dengan telapak



Telapak kanan diatas punggung tangan kiri dan telapak kiri diatas punggung tangan kanan



Telapak dengan telapak & jari saling terkait



Letakan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci



Jempol kanan digosok memutar oleh telapak kiri, & sebaliknya



Jari kiri menguncup, gosok memutar, ke kanan & ke kiri pada telapak kanan, & sebaliknya

b. Tindakan isolasi adalah penggunaan dengan tepat gown, sarung tangan, masker dan kacamata serta peralatan dan pakaian pelindung lainnya.

✓ Gown

Tujuan : mencegah pakaian menjadi kotor selama kontak dengan klien.

✓ Masker

Tujuan : menghindari menghirup mikroorganisme dari saluran pernafasan klien dan mencegah penularan patogen dari saluran pernafasan perawat ke klien

✓ Sarung Tangan

Tujuan : mencegah penularan patogen melalui cara kontak langsung maupun tidak langsung.

✓ Goggles / Kacamata Pelindung

Tujuan : mencegah perawat terkena percikan droplet, cairan tubuh atau darah klien.

4. Asepsis Bedah

Asepsis bedah atau teknik steril mengharuskan tindakan menghilangkan atau membunuh mikroorganisme, termasuk patoge dan spora dari suatu obyek

Indikasi penggunaan teknik steril :

1. Selama prosedur yang mengharuskan perforasi intens pada kulit, contoh injeksi, pemasangan infus.
2. Pada saat integritas kulit rusak karena trauma, pembedahan, atau terbakar
3. Selama prosedur yang melibatkan tindakan invasif atau pemasukan alat-alat bedah ke dalam rongga tubuh yang steril.

5. Cuci Tangan

Cuci tangan merupakan tindakan yang penting untuk dilakukan dengan tujuan mencegah penyebaran mikroorganisme bagik dari petugas kesehatan ke pasien ataupun sebaliknya.

Menurut Larson (1982) dan Aylette (1992) pelaksanaan cuci tangan tergantung pada:

- ✓ Intensitas/frekuensi kontak dengan klien dan bahan yang terkontaminasi
- ✓ Tingkat atau jumlah kontaminasi yang terjadi
- ✓ Ketahanan klien dan tim kesehatan terhadap infeksi

6. Cuci tangan harus dilaksanakan pada saat:

- ✓ Awal mulai shift
- ✓ Sebelum dan sesudah kontak dengan klien
- ✓ Sebelum melaksanakan prosedur invasif
- ✓ Sebelum dan sesudah melakukan perawatan luka
- ✓ Setelah kontak dengan cairan tubuh, meskipun menggunakan sarung tangan
- ✓ Setelah selesai shift
- ✓ Pelaksanaan cuci tangan minimal dilakukan 10-15 detik. Penggunaan cairan antimikroba pada saat cuci tangan dapat menurunkan jumlah mikroba.

7. Penggunaan Sarung Tangan

Sarung tangan digunakan untuk mencegah terjadinya transmisi patogen baik secara langsung maupun tidak langsung. Penggunaan sarung tangan menurut *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* dapat menurunkan:

- ✓ Kemungkinan terjadinya kontak dengan mikroorganisme yang infeksius
- ✓ Risiko penyebaran flora endogen dari petugas ke klien
- ✓ Risiko penyebaran mikroorganisme dari klien ke petugas

8. Sarung tangan digunakan pada saat:

- ✓ Mengalami luka pada kulit
- ✓ Melakukan prosedur invasif
- ✓ Berisiko untuk terpapar dengan darah dan cairan tubuh

FORMAT KETRAMPILAN PENCEGAHAN INFEKSI

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
CONTENT/ ISI				
	Cuci Tangan dengan Prinsip Bersih			
2.	Menyiapkan peralatan : Sabun cair atau Hibiscrub, Air yang mengalir, Handuk kering pada tempatnya			
3.	Menjelaskan tujuan cuci tangan bila perlu			
4.	Melaksanakan prosedur sesuai dengan ketentuan : <ul style="list-style-type: none"> - Kuku dipotong pendek - Lepaskan semua perhiasan - Periksa tangan apakah ada perlukaan atau lecet 			
5.	Berdiri menghadap sink (wastafel) jangan menempel pada wastafel.			
6.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
7.	Basahi tangan dengan posisi tangan pada siku lebih tinggi daripada ujung-ujung jari.			
8.	Menyabuni tangan, jika menggunakan sabun cair atau hibiscrub			
9.	Lakukan cuci tangan dengan tehnik 7 langkah			
10.	Tutup kran dengan tisu, kassa, siku, lutut, atau kaki sesuai tempat kran yang ada.			
11.	Keringkan tangan dengan menggunakan handuk kering.			
	Cuci Tangan Steril			
12.	Menyiapkan peralatan : Sabun cair atau Hibiscrub, Air yang mengalir, Handuk pada tempatnya			
13.	Menjelaskan tujuan cuci tangan bila perlu			
14.	Lihat kembali persiapan alat dan sarana apakah sudah komplet atau belum			
15.	Memakai celemek			
16.	Buka kran			
17.	Basahi tangan dan busakan sabun dengan menggunakan telapak tangan			
18.	Gosok punggung tangan dan sela-sela jari bagian luar			

19.	Gosok bagian dalam sela-sela jari			
20.	Gosok buku-buku jari			
21.	Gosok jempol dan lengkungannya dan lakukan pada tangan satunya secara bergantian			
22.	Gosok ujung jari/kuku atau bersihkan dengan pembersih kuku			
23.	Basuh pergelangan tangan sampai ke siku secara melingkar			
24.	Gunakan handuk untuk mengeringkan tangan mulai dari jari-jari ke arah siku, lakukan gerakan melingkar.			
25.	Tutup kran			
26.	Pertahankan posisi tangan di bagian depan dengan jari-jari di bagian atas.			
	Mengenakan Masker			
27.	Menyiapkan peralatan: Masker, Gown, Pelindung mata (goggles), Sarung tangan sekali pakai, Peralatan lain yang tepat (peralatan bergantung pada asuhan yang diberikan)			
28.	Tinjau ulang hasil pemeriksaan laboratorium			
29.	Cari ujung atas masker, masker biasanya mempunyai lempengan logam tipis di sepanjang pinggirnya.			
30.	Pegang masker pada bagian atas kedua tali atau kait.			
31.	Talikan kedua tali secara pas di belakang atas kepala, dengan tali di atas telinga.			
32.	Dua tali di bawah diikatkan secara pas di belakang leher, maskernya pas di bawah dagu			
33.	Dengan lembut, tekan bagian atas logam di atas tonjolan hidung.			
	Memakai Sarung Tangan Steril			
34.	Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun kemudian keringkan dengan handuk bersih			
35.	Letakkan set sarung tangan steril pada tempat yang bersih, kering dan rata setinggi atas pinggang			
36.	Buka pembungkus sebelah luar dengan hati-hati dengan hanya menyentuh bagian luarnya saja dan Identifikasi tangan kanan dan kiri			
37.	Dengan menggunakan tangan yang tidak dominant, ambil ujung sarung tangan steril yang terlipat dan angkat dengan hati-hati dengan ujung jari			

	sarung tangan mengarah ke bawah. Hindari sarung tangan bersentuhan dengan benda yang tidak steril			
38.	Masukkan tangan dominant ke dalam sarung tangan secara hati-hati dan tarik secara hati-hati			
39.	Masukkan jari-jari tangan (kecuali ibu jari) yang bersarung ke dalam lipatan sarung tangan yang belum terpasang dan angkat sarung tangan ke atas.			
40.	Masukkan tangan yang tidak dominant ke dalam sarung tangan. Atur sarung tangan yang terpasang dengan hanya menyentuh daerah yang steril saja.			
	Melepas Sarung Tangan			
41.	Dengan menggunakan tangan yang dominant, ambil ujung sarung tangan dan lepaskan dengan cara membalikkannya dengan daerah yang terkontaminasi pada sebelah dalam. Pegang sarung tangan yang sudah terlepas pada tangan yang dominant			
42.	Masukkan jari tangan yang sudah tidak memakai sarung tangan ke dalam sarung tangan yang masih terpasang. Pegang bagian dalam sarung tangan dan lepaskan dengan bagian dalam sarung tangan di sebelah luar.			
43.	Letakkan sarung tangan pada tempatnya			
44.	Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk bersih			
	Memasuki Ruang Isolasi			
45.	Gunakan gown, masker, dan sarung tangan dengan tepat. <ul style="list-style-type: none"> - Pakai gown, yakinkan pakaian ini menutupi semua pakaian luar - Gunakan sarung tangan, bila digunakan dengan gown, masukkan tepi gown ke dalam lipatan sarung tangan. - Gunakan masker bedah mengitari mulut dan hidung - Kenakan pelindung mata atau goggles 			
46.	Masuki ruangan isolasi klien			
47.	Kaji tanda vital klien			
48.	Memberikan obat pada klien dan berikan penyuluhan pada klien mengenai obat			
49.	Berikan personal hygiene dan berikan penyuluhan pada klien mengenai kebersihan dan alasan isolasi.			

50.	Kumpulkan specimen dan berikan penyuluhan pada klien mengenai perlunya pengumpulan specimen. Gunakan teknik yang tepat dan aman dalam pengumpulan specimen dan pastikan bahwa wadah specimen ditutup rapat dan permukaan bagian luar wadah tidak kotor. Beri label identitas klien pada wadah specimen.			
51.	Mengucapkan hamdalah setelah melakukan tindakan			
52.	Menjelaskan bahwa tindakan telah selesai dan menginformasikan hasil tindakan yang telah dilakukan			
53.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb.			
54.	Tinggalkan ruang isolasi			
55.	Lepaskan ikatan gown pada pergelangan tangan dan lepaskan sarung tangan			
56.	Lepaskan ikatan atau tarik masker dari telinga dan buang ke dalam wadah			
57.	Lepaskan gown, biarkan gown jatuh dari bahu, lepaskan tangan dari lengan gown tanpa menyentuh bagian luar. Pegang gown bagian dalam pada bahu dan lipat dari dalam ke luar. Buang dalam kantong cuci.			
58.	Lepaskan goggles			
59.	Cuci tangan selama minimal 10-15 detik			
C.	TEKNIS			
60.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan			
61.	Melaksanakan tindakan dengan efektif & efisien			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$



**Perineal Hygiene dan
Pemasangan Kateter**

PERINEAL HIGIENE

Definisi

- ✓ *Perineal hygiene* (PH) merupakan tindakan yang dilakukan pada klien yang tidak mampu secara mandiri dalam membersihkan perineum.

Tujuan

- ✓ Mencegah terjadinya infeksi pada daerah perineum
- ✓ Meningkatkan kenyamanan klien

Indikasi

- ✓ Klien post partum
- ✓ Klien post operasi
- ✓ Klien immobil (bedrest)
- ✓ Klien yang terpasang kateter
- ✓ Klien tidak sadar

Waktu Perawatan Perineum

- ✓ Berdasarkan rasional tindakan perawatan perineum dilakukan tiap 8 jam sekali. Perawatan perineum dilakukan pada setiap prosedur invasif di daerah perineal, misalnya: pada saat akan dilakukan pemasangan kateter, pemeriksaan dalam (*vaginal touch*), pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR).

FORMAT KETERAMPILAN PERINEAL HIGIENE

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
2.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
3.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
4.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir (pra dan pasca tindakan)			
5.	Mendekontaminasi alat			
CONTENT/ ISI				
6.	Cek catatan klien melalui rekam medis			
7.	Menyiapkan peralatan : perlak, kapas DTT, air DTT, kom, bengkok, pembalut, handscoon, bak instrument			
8.	Membawa peralatan ke dekat pasien			
9.	Pastikan privasi klien terjaga			
10.	Menganjurkan klien untuk melepas pakaian dalam/ bagian bawah			
11.	Atur pasien dengan posisi dorsal recumbent			
12.	Pasang perlak di bawah pinggul/ bokong pasien			
13.	Gunakan sarung tangan			
14.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
15.	Bersihkan labia mayoran dengan kapas DTT			
16.	Bersihkan labia minora dengan kapas DTT			
17.	Bersihkan vestibulum dengan kapas DTT			
18.	Bersihkan perineum dengan kapas DTT			
19.	Bersihkan anus dengan kapas DTT			

20.	Keringkan dengan kasa bersih dan kering			
21.	Perhatikan tanda tanda infeksi			
22.	Berikan obat pada luka perineum			
23.	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan mengucapkan Hamdalah			
24.	Pasang celana dalam dan pembalut yang kering dan bersih			
25.	Ambil alas bokong			
26.	Rapikan klien			
27.	Bereskan alat			
28.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
C	TEKNIK			
29	Melaksanakan tindakan secara sistematis			
30	Menjaga privasi pasien			
31	Melakukan komunikasi dengan klien dan merespon dengan baik			
32	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$

KEBUTUHAN ELIMINASI

Pemenuhan kebutuhan eliminasi terdiri dari **kebutuhan eliminasi alvi** (berhubungan dengan defekasi) dan **kebutuhan eliminasi urin** (berhubungan dengan perkemihan). Kebutuhan eliminasi sangat diperlukan pengawasan terhadap masalah yang berhubungan dengan gangguan kebutuhan eliminasi, seperti inkontinensia dan retensi urin.

KATETERISASI URIN

Pengertian

Kateterisasi urin atau kateterisasi saluran kencing adalah dimasukkannya kateter melalui uretra ke dalam kandung kencing untuk membuang urin. Kateter memungkinkan mengalirkan urine yang berkelanjutan pada klien yang tidak mampu mengontrol perkemihan atau klien yang mengalami obstruksi. Kateter juga menjadi alat untuk mengkaji haluaran urine per jam pada klien yang status hemodinamiknya tidak stabil. Klien yang terpasang dalam jangka waktu lama akan mengakibatkan risiko Urinaria Tractus Infection (UTI) atau Infeksi Saluran Kemih (ISK) dan trauma pada uretra, maka kateterisasi dianjurkan untuk sementara.

Indikasi

- ✓ **Kateter Intermiten**
 - Meredakan rasa tidak nyaman akibat distensi kandung kemih,
 - Mengambil spesimen urin yang steril
 - Mengkaji residu urin setelah pengosongan kandung kemih
 - Penatalaksanaan jangka panjang klien yang mengalami cedera medula spinalis, degenerasi neuromuskular, atau kandung kemih yang tidak kompeten.
- ✓ **Kateterisasi Menetap Jangka pendek**
 - Obstruksi pada aliran urin (misalnya, pembesaran prostat)
 - Perbaikan kandung kemih, uretra, dan struktur di sekelilingnya melalui pembedahan
 - Mencegah obstruksi uretra akibat adanya bekuan darah
 - Mengukur haluaran urin pada klien yang menderita penyakit kritis
 - Irigasi kandung kemih secara intermitten atau secara berkelanjutan
- ✓ **Kateterisasi Menetap Jangka Panjang**

- Retensi urin yang berat disertai ISK berulang
- Ruam kulit, ulkus, atau luka iritasi akibat kontak dengan urin
- Penderita penyakit terminal

Tujuan Pemasangan Kateter Urin, antara lain

- Untuk mengosongkan seluruh isi kandung kencing sebelum pembedahan
- Untuk mengosongkan seluruh isi kandung kencing setelah pembedahan
- Untuk mengosongkan seluruh isi kandung kencing sebelum bersalin
- Untuk mendapatkan specimen urin steril

Jenis kateter

- Kateter menetap
 - ❖ Kateter retensi/kateter foley
 - ❖ Ditinggalkan di dalam tubuh
 - ❖ Disambungkan dengan penampung
 - ❖ Terdapat 2 atau 3 lumen (salah satunya untuk mengembungkan balon)
 - ❖ Drainase terjadi karena gaya berat
- Kateter langsung
 - ❖ Setelah urin keluar kateter dicabut
 - ❖ Memiliki satu lumen untuk keluarnya urin

Ukuran Kateter

- ✓ Anak : 8-10 French (Fr)
- ✓ Wanita : 14-16 Fr
- ✓ Laki-Laki : 16-18 Fr

Rasional penggunaan kateterisasi

Kateter digunakan untuk drainage urine dan bladder atau untuk memasukkan cairan ke dalam bladder. Bladder pasien yang dikateterisasi untuk menentukan diagnosis dan alasan terapi. Hal ini merupakan tanggung jawab bidan/perawat untuk mengerjakan ketrampilan ini atau dapat mendelegasikannya pada staf yang sudah ditraining khusus. Karena disamping bladder adalah steril, tindakan ini juga memberikan akses langsung pada ginjal, oleh karena itu penting diperhatikan untuk mencegah kontaminasi bladder. Infeksi saluran kemih merupakan hal yang sering terjadi pada tindakan kateterisasi bladder yang menetap. Kateterisasi dapat menyebabkan bahaya pada uretra, bladder atau keduanya. Selain infeksi bladder dapat

mengakibatkan hal serius, kateterisasi juga dapat meningkatkan infeksi ginjal, dimana jika hal ini terjadi dapat mengancam kehidupan.

Perawat/bidan juga harus tahu anatomi sistem urinaria untuk mencegah kerusakan uretra selama kateterisasi. Sekali kateter ditempatkan, harus dipastikan bahwa drainage dilakukan secara benar. Perawat/bidan bertanggung jawab tidak hanya pada prosedur ketrampilan secara efektif dan aman tetapi juga memberikan penjelasan dan menurunkan kecemasan pasien.

Perawatan Kateter Rutin

Klien yang terpasang kateter menetap membutuhkan perawatan khusus. Tindakan perawatan difokuskan pada pencegahan infeksi dan mempertahankan kelancaran aliran urin pada sistem drainase kateter.

✓ **Asupan Cairan**

Klien yang terpasang kateter harus mengonsumsi cairan sebanyak 2.000-2.500 ml/hari, jika tidak ada indikasi pembatasan intake cairan. Jumlah cairan ini dapat diperoleh melalui asupan oral atau intravena. Asupan cairan dalam jumlah besar dibutuhkan untuk menghasilkan volume urin yang besar untuk membilas kandung kemih dan menjaga selang kateter bebas dari sedimen.

✓ **Higiene Perineum**

Pembentukan sekresi atau krusta pada tempat insersi kateter merupakan sumber iritasi dan potensial menyebabkan infeksi. Perawatan perineum dilakukan minimal 2 kali sehari atau sesuai kebutuhan klien yang terpasang kateter.

✓ **Perawatan Kateter**

Perawatan kateter direkomendasikan untuk dilakukan untuk meminimalkan rasa tidak nyaman dan mengurangi infeksi.

Melepas Kateter Menetap

Saat melepas kateter menetap, perawat/bidan meningkatkan fungsi normal kandung kemih dan mencegah trauma pada uretra. Posisikan klien dalam posisi yang sama dengan posisi kateterisasi. Letakkan bengkok dan perlak. Perawat/bidan dengan perlahan menarik seluruh larutan untuk mengempiskan balon secara total

FORMAT KETRAMPILAN KATETERISASI URIN

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
6.	Mendekontaminasi alat			
CONTENT/ ISI				
7.	Cek catatan medis			
8.	Menyiapkan alat: Kasa steril, Selimut, Alas dan perlak, handscoon, steril, Kapas DTT, air DTT, kom, Kateter steril sesuai ukuran, S spuit 10 cc, Aquades, Jelly, Bak instrument, Plester, Urine bag, Bengkok			
9.	Pilih tipe dan ukuran kateter Sambungkan urin bag dengan kateter Untuk kateter tetap, ambil spuit dan tes balon dengan mengisi air steril dan kempeskan balon dengan menarik air steril , biarkan spuit tertinggal			
10.	Berikan privasi pada klien: tutup pintu kamar atau pasang tirai			
11.	Atur posisi klien			
12.	Beri pengalas pada bokong			
13.	Dekatkan alat-alat			
14.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk bersih			
15.	Pakai sarung tangan steril			

16.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
17.	Gunakan tangan non dominan untuk mengekspos meastus			
18.	Lakukan desinfeksi: gunakan kapas DTT dengan pinset secara aseptis			
19.	Gunakan gerakan sirkuler untuk laki-laki atau lakukan vulva hygiene untuk wanita			
20.	Jauhkan kapas bekas ke dalam bengkok dari area steril			
21.	Tangan non dominan memegang penis atau membuka vulva			
22.	Memasukkan jelly ke dalam uretra bila laki-laki dan auat mengoles jelly pada kateter untuk wanita			
23.	Masukkan kateter 20 cm pada pria pegang penis 45° sampai urin keluar atau masukkan kateter 4-6,5 cm pada wanita			
24.	Masukkan lagi kateter 2,5 cm			
25.	Isi balon dengan air steril sejumlah yang tertera pada kateter			
26.	Tarik kateter sampai ada tahanan			
27.	Gunting plastik yang membungkus kateter			
28.	Fiksasi kateter ke bawah abdomen pasien pria atau pada paha depan untuk wanita,			
29.	Menempatkan penampung dan saluran dengan benar			
30.	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan mengucapkan Hamdalah			
31.	Kumpulkan dan bereskan alat disposable			
32.	Lepaskan sarung tangan			
33.	Bantu pasien untuk posisi yang nyaman			
34.	Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			

**FORMAT KETERAMPILAN MEMBANTU PASIEN BUANG AIR BESAR (BAB) DAN BUANG AIR
KECIL (BAK)**

No	Aspek Yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan mengeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
6.	Mendekontaminasi alat			
CONTENT/ ISI				
7.	Cek catatan pasien			
8.	Siapkan alat-alat yang diperlukan : <ul style="list-style-type: none"> - Handscoon bersih dan tempatnya - Pispot - Bengkok - Selimut/kain penutup - Perlak dan pengalasnya - Tempat yang berisi air cebok - Kapas dan tempatnya - Tissue - Tempat sampah - Larutan klorin 0,5 % dan tempatnya - Status pasien - Waslap 			
9.	Berikan privasi pada klien : tutup pintu kamar atau pasang tirai			

10.	Meletakkan alat dan bahan di troli yang terjangkau oleh pemeriksa			
11.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
12.	Gunakan sarung tangan			
13.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
14.	Membuka pakaian hanya pada bagian yang akan dilakukan			
15.	Meminta klien untuk menekuk lutut dan mengangkat bokong (bila perlu membantu klien mengangkat bokongnya dengan meletakkan tangan antara pinggang dan bokong)			
16.	Memasang perlak			
17.	Memasang pispot			
18.	Menyelimuti pasien			
19.	Setelah klien selesai BAB dan atau BAK menyiram daerah vulva dan anus dengan larutan DTT dengan air dari depan ke belakang			
20.	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan mengucapkan Hamdalah			
21.	Meminta klien mengangkat bokong, mengambil pispot dengan tangan yang lain dan mengambil perlak			
22.	Melipat selimut dan mengganti dengan selimut sebelumnya, memposisikan klien dalam keadaan yang nyaman jika kotor			
23.	Membereskan alat			
24.	Melepas sarung tangan			
25.	Mencatat jumlah dan sifat urine atau feses dalam buku status klien			
26.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
C	TEKNIK			
27.	Melaksanakan tindakan secara sistematis			
28.	Menjaga privasi pasien			
29.	Melakukan komunikasi dengan klien dan merespon dengan baik			
30.	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			



Posisi

KEBUTUHAN MOBILITAS

Banyak kondisi patologi yang mempengaruhi kesejajaran dan mobilitas tubuh. Abnormalitas postur kongenital dapat mempengaruhi efisiensi sistem muskuloskeletal, serta kesejajaran, keseimbangan, dan penampilan tubuh. Sebelum melakukan tindakan yang berhubungan dengan mobilitas, perawat/bidan harus mengkaji kekuatan otot, mobilitas sendi pasien, adanya paralisis atau paresis, hipotensi ortostatik, toleransi aktivitas, tingkat kesadaran tingkat kenyamanan, dan kemampuan mengikuti instruksi.

PENGATURAN POSISI

Pemberian posisi yang tepat dan benar pada klien serta merubah posisi secara teratur dan sistemik merupakan aspek yang penting dalam pemenuhan kebutuhan mobilitas klien. Klien yang tidak mempunyai gangguan fungsi gerak dapat merubah posisi sendiri tanpa kesulitan dan memberi rasa nyaman pada klien tersebut. Beberapa pasien kadang memerlukan bantuan yang minimal dari petugas kesehatan dalam merubah posisi.

Pada klien dengan kondisi lemah, paralisis, nyeri hebat dan gangguan kesadaran akan sangat membutuhkan bantuan untuk merubah posisi. **Pemberian posisi secara reguler dapat bermanfaat untuk mencegah ketidaknyamanan otot, dekubitus, dan kontraktur.**

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam tindakan pengaturan posisi adalah sebagai berikut:

- ✓ Kaji kulit dan lakukan perawatan kulit sebelum dan sesudah perubahan posisi
- ✓ Kaji kemampuan perawat/bidan untuk melakukan perubahan posisi
- ✓ Yakinkan tempat tidur telah disiapkan
- ✓ Yakinkan tempat tidur sudah tertutup sprei yang bersih, rapi, dan kering
- ✓ Gunakan peralatan pendukung di area yang disesuaikan dengan posisi klien seperti bantal, matras anti dekubitus, papan tempat tidur, *trochanter roll*, *chair bed*, *trapeze bar*, dan pengaman tempat tidur
- ✓ Peralatan digunakan sesuai kebutuhan dan bertujuan untuk mempertahankan posisi yang benar dan mencegah stress otot dan sendi. Jika pasien mampu bergerak, peralatan yang berlebihan untuk membatasi pergerakan/mobilitas dapat mengakibatkan kelemahan otot (atrofi)
- ✓ Perhatikan respon pasien setelah perubahan posisi

- ✓ Hindari penekanan pada daerah *bony prominem*, tekanan yang terus menerus akan merusak vena dan memudahkan terjadinya trombus. Tekanan pada daerah popliteal dapat merusak saraf dan pembuluh darah pada daerah tersebut.

Dalam merencanakan pengaturan dan perubahan posisi, dapat dibuat jadwal kegiatan perubahan posisi seperti di bawah ini:

Pk. 10.00 Lateral kiri

Pk. 12.00 Fowler

Pk.14.00 Lateral kanan

Pk. 16.00 Sims kiri

Pk. 18.00 Fowler

Pk. 20 00 Lateral kiri

Pk. 24.00 Sim's kanan

Pk. 02.00 Lateral kiri

Pk. 04.00 Sim's kiri

Pk. 06.00 Supinasi

Pk.08.00Fowler

Macam Pengaturan Posisi

1. Posisi Supinasi/Terlentang

Posisi terlentang pada klien dengan bagian antar tubuh sejajar. Matras harus cukup kuat menyokong vertebra servikal, thorakal, dan lumbal. Penyokong kaki digunakan untuk mencegah footdrop dan mempertahankan kesejajaran. Tujuan :

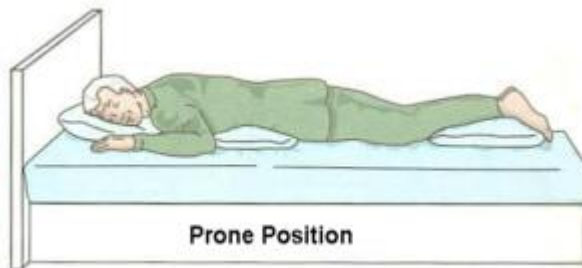
- ✓ Mempertahankan kenyamanan
- ✓ Mengurangi cedera pada sistem vertebra



2. Posisi Pronasi/Telungkup

Klien berada dalam posisi telungkup adalah berbaring dengan wajah menghadap ke bawah. Bantal kepala harus cukup tipis untuk mempertahankan kesejajaran spinal lumbal. Posisi ini disebut juga posisi pronasi. Tujuan :

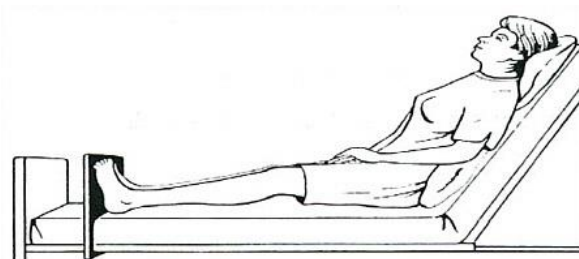
- ✓ Mempertahankan spinal lumbal
- ✓ Lutut menjadi fleksi dan relaks



3. Posisi Fowler dan Semi Fowler

Posisi fowler adalah posisi dengan tubuh setengah duduk atau duduk. Pada posisi semi fowler, bagian kepala tempat tidur ditinggikan 30° sampai 45° dan untuk posisi fowler kepala tempat tidur ditinggikan sampai 90° kemudian lutut klien sedikit ditinggikan tanpa tekanan untuk membatasi sirkulasi di tungkai bawah. Tujuan :

- ✓ Mempertahankan kenyamanan
- ✓ Memfasilitasi fungsi pernafasan
- ✓ Memberikan kesempatan bersosialisasi maupun istirahat



4. Posisi Lateral/Miring

Pada posisi lateral/ miring klien bersandar ke samping dengan sebagian berat tubuh berada di pinggul dan bahu. Kesejajaran tubuh harus sama ketika berdiri. Tujuan :

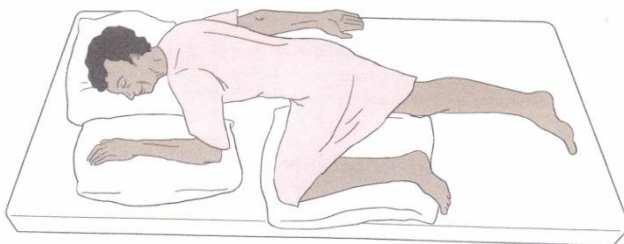
- ✓ Untuk mempertahankan kenyamanan
- ✓ Untuk membantu mobilisasi klien yang immobil
- ✓ Posisi nyaman bagi wanita hamil tua



5. Posisi Sim's

Posisi sims hampir sama dengan posisi lateral, tetapi berbeda pada distribusi berat badan klien. Pada posisi sims berat badan berada pada tulang ileum anterior, humerus, dan klavikula. Tujuan :

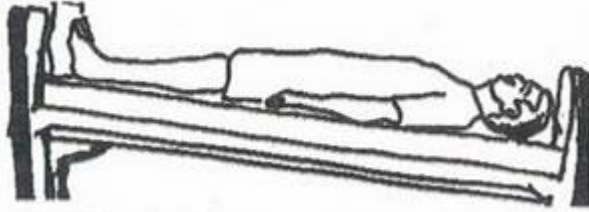
- ✓ Memberikan kenyamanan
- ✓ Melakukan huknah
- ✓ Memberikan obat per anus (suppositoria)
- ✓ Melakukan pemeriksaan daerah anus



6. Posisi Trendelenburg

Posisi ini menempatkan pasien di tempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah dari bagian kaki. Tujuan:

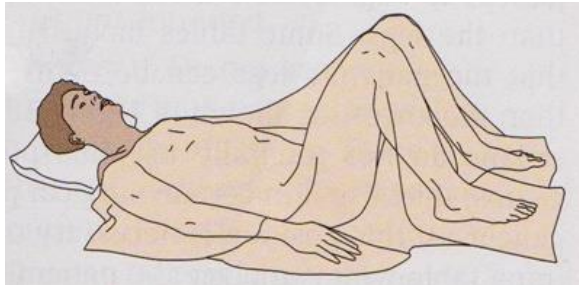
- ✓ Melancarkan peredaran darah ke otak



7. Posisi Dorsal Recumbent

Posisi dengan pasien ditempatkan pada posisi terlentang dengan kedua lutut fleksi di atas tempat tidur. Tujuan :

- ✓ Perawatan daerah genitalia
- ✓ Pemeriksaan genitalia
- ✓ Posisi pada proses persalinan



8. Posisi Litotomi

Pasien ditempatkan pada posisi terlentang dengan mengangkat kedua kaki dan di tarik ke atas abdomen. Tujuan :

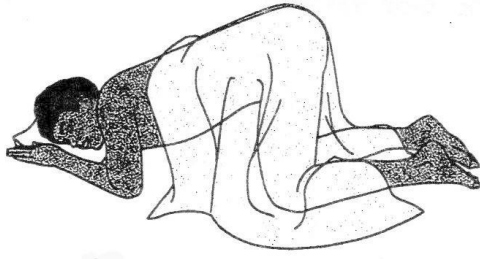
- ✓ Pemeriksaan alat genitalia
- ✓ Proses persalinan
- ✓ Pemasangan alat kontrasepsi



9. Posisi Genu Pektoral (Knee Chest)

Pada posisi ini, pasien menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada menempel pada bagian alas tempat tidur. Tujuan :

- ✓ Pemeriksaan daerah rektum dan sigmoid.
- ✓ Bagi ibu hamil dengan janin posisi s



FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI SUPINASI

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
5.	Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih			
CONTENT/ ISI				
6	Siapkan alat-alat: Tempat tidur, Bantal kecil dan besar, Papan kaki (<i>Footboard</i>) <i>Trochanter, Rolls, Kantong pasir (Jika ada fraktur), Hand Rolls, Restraints (jika diperlukan), Trapeze bar, Pengaman tempat tidur</i>			
7	Menanyakan keluhan utama pasien			
8	Jaga privasi pasien			
9	Membaca Basmalah sebelum melakukan tindakan			
10	Atur posisi pasien dengan langkah <ul style="list-style-type: none"> o Posisi kepala dan punggung rata/mendatar dengan tempat tidur o Letakkan gulungan handuk kecil di bawah lumbal o Letakkan bantal di bawah bahu atas, leher, dan kepala o Letakkan <i>trochanter rolls</i> atau kantung pasir secara paralel pada permukaan lateral paha o Letakkan bantal di bawah lutut o Letakkan <i>footboard</i>/bantal besar di bawah telapak kaki Letakkan bantal di bawah lengan dan <i>handrolls</i> di bawah tangan			
11	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan membaca Hamdalah			

12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb			
C	TEKNIK			
13	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
14	Menjaga privasi			
Jumlah				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$

FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI PRONASI

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI				
		0	1	2		
SIKAP DAN PERILAKU						
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri					
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan					
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.					
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .					
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk pribadi (pra dan pasca tindakan)					
CONENT/ ISI						
6	Siapkan alat-alat:Tempat tidur, Bantal kecil dan besar, Pengaman tempat tidur					
7	Menanyakan keluhan utama pasien					
8	Jaga privasi pasien					
9	Membaca Basmalah sebelum memulai tindakan					
10	Atur posisi pasien dengan langkah <ul style="list-style-type: none"> ○ Letakkan pasien dengan posisi tengkurap dan abdomen sebagai tumpuan dan rata dengan tempat tidur ○ Arahkan kepala pasien pada satu sisi (kanan/kiri) dan support dengan bantal ○ Letakkan bantal kecil di bawah abdomen di bagian diafragma ○ Support lengan pada posisi fleksi sejajar dengan bahu ○ Support kaki bawah dengan bantal untuk mengelevasi kaki 					
11	Membaca Hamdalah setelah melakukan tindakan					
12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb					
TEKNIK						

13	Menjaga privasi			
14	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
Jumlah				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$

FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI SIM'S

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6	Siapkan alat-alat:Tempat tidur, Bantal kecil dan besar, Pengaman tempat tidur			
7	Menanyakan keluhan utama pasien			
8	Jaga privasi pasien			
9	Membaca Basmalah sebelum memulai tindakan			
10	Atur posisi pasien dengan langkah <ul style="list-style-type: none"> o Atur posisi kepala pasien ke arah salah satu sisi o Beri posisi tubuh miring ke salah satu sisi o Letakkan tangan yang tertindih tubuh ke belakang o Letakkan tangan yang bebas dengan posisi fleksi sejajar dengan bahu dan sokong dengan bantal o Atur kedua kaki agak fleksi dan beri bantal di antara kedua kaki tersebut 			
11	Membaca Hamdalah setelah melakukan tindakan			
12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
13	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			

14	Menjaga privasi			
JUMLAH				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$

FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI FOWLER

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
TAHAP KERJA				
6	Siapkan alat-alat:Tempat tidur, Bantal kecil dan besar, Papan kaki (<i>Footboard</i>), <i>Trochanter Rolls</i> , <i>Hand Rolls</i> , Restraints (jika diperlukan), <i>Trapeze bar</i> , Pengaman tempat tidur			
7	Menanyakan keluhan utama pasien			
8	Jaga privasi pasien			
9	Membaca Basmalah sebelum memulai tindakan			
10	Atur posisi pasien dengan langkah <ul style="list-style-type: none"> o Atur pasien dengan posisi supinasi o Naikkan tempat tidur di bawah leher dan kepala dan sepanjang tulang belakang o Letakkan bantal kecil di bawah paha sehingga lutut sedikit fleksi o Letakkan bantal kecil di bawah popliteal untuk memperlancar sirkulasi o Letakkan <i>footboard</i> di bawah telapak kaki o Letakkan <i>trochanter rolls</i> atau <i>hand rolls</i> jika perlu 			
11	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan membaca Hamdalah			
12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			

TEKNIK				
13	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
14	Menjaga privasi			
JUMLAH				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$

FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI LATERAL

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
5.	Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6	Siapkan alat-alat:Tempat tidur, Bantal kecil dan besar, Guling, Pengaman tempat tidur			
7	Menanyakan keluhan utama pasien			
8	Jaga privasi pasien			
9	Membaca Basmalah sebelum melakukan tindakan			
10	Atur posisi pasien dengan langkah <ul style="list-style-type: none"> o Beri posisi miring ke salah satu sisi o Letakkan bantal pada leher dan kepala o Letakkan bantal guling di belakang punggung pasien o Letakkan bantal di depan dada dan abdomen untuk menahan ekstremitas atas o Atur salah satu kaki (kanan/kiri tergantung arah miring pasien) yang tidak tertindih dengan posisi fleksi dan beri bantal diantara kedua kaki o Tangan yang tertindih diberi posisi fleksi sejajar dengan bahu 			
11	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan membaca Hamdalah			

12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
13	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
14	Menjaga privasi			
Jumlah				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$

FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI LITOTOMI

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Siapkan alat-alat: tempat tidur, sarung tangan, bantal kecil dan besar, bantal sedang, gulungan handuk, penyangga kaki			
7.	Menanyakan keluhan utama pasien			
8.	Jaga privasi pasien			
9.	Memulai dengan cara yang baik dan membaca Basmalah			
10.	Atur posisi pasien dengan langkah <ul style="list-style-type: none"> ○ Beri posisi terlentang mendatar di tengah tempat tidur ○ Letakkan bantal kecil pada spinal lumbal ○ Letakkan bantal besar di bawah bahu atas, leher dan kepala klien ○ Fleksikan kedua lutut bersama dengan kaki menutup pinggang, kedua kaki diregangkan, pertahankan pada posisi fleksi dan tempatkan di atas penyangga kaki ○ Letakkan bantal sedang di bawah lengan pronasi. Mempertahankan lengan atas sejajar dengan tubuh ○ Letakkan gulungan handuk pada tangan klien 			
11	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan membaca Hamdalah			

12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
13	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
14	Menjaga privasi			
Jumlah				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$

FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI KNEE CHEST/GENUPECTORAL

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Siapkan alat-alat: sarung tangan, bantal besar dan kecil			
7.	Menanyakan keluhan utama pasien			
8.	Jaga privasi pasien			
9.	Memulai dengan cara yang baik dan membaca Basmalah			
10.	Atur posisi pasien dengan langkah <ul style="list-style-type: none"> o Tempatkan kedua lutut pada kasur/matras o Atur posisi seperti orang sujud ketika sholat o Posisi dada menempel pada kasur/matras 			
11.	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan membaca Hamdalah			
12.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
13.	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
14.	Menjaga privasi			
Jumlah				

FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI DORSAL RECUMBENT

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih			
CONTENT/ ISI				
6.	Siapkan alat-alat :Tempat tidur, Bantal, Selimut			
7.	Menanyakan keluhan utama pasien			
8.	Jaga privasi pasien			
9.	Memulai dengan cara yang baik dan membaca Basmalah			
10.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posisikan pasien tidur terlentang ▪ Tekuk lutut dan renggangkan paha pasien ▪ Letakkan telapak kaki pada permukaan tempat tidur dan renggangkan kedua kaki 			
11	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan membaca Hamdalah			
12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
13	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
14	Menjaga privasi			
Jumlah				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$

FORMAT PENILAIAN KETRAMPILAN BED MAKING

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI				
		0	1	2		
SIKAP DAN PERILAKU						
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri					
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan					
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.					
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .					
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih					
CONTENT/ ISI						
6.	Siapkan alat-alat: : laken, besarlaken, kecil/stik, lakenalas/perlak, selimut, sarung bantal, bak/emberalat tenun kotor					
7.	Menanyakan keluhan utama klien					
8.	Sediakan privasi bagi klien (pasang tirai)					
9.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan					
10.	Susun peralatan dan letakkan pada kursi di samping tempat tidur klien					
11.	Turunkan penghalang tempat tidur. Atur tinggi tempat tidur pada posisi yang memudahkan perawat bekerja. Atur posisi klien, bila perlu angkat bantal					
12.	Miringkan klien ke arah yang berlawanan dengan posisi perawat					
13.	Lepaskan lipatan alat tenun yang terdapat di bawah kasur dari kepala ke kaki tempat tidur. Lipat alat tenun tersebut ke arah klien, pertamanya stik, perlak kemudian laken besar. Lipat sampai ke bawah bokong klien, punggung dan bahunya. Bila perlak akan dipakai kembali, jangan melipatnya					
14.	Letakkan alat tenun bersih di tengah kasur, arah memanjang					
	Laken besar di bawah perlak, stik di atas perlak					

	Buka lipatan laken besar ke arah perawat berdiri hingga menutupi separuh dari tempat tidur, kemudian lipat/ masukkan laken pada ujung, kepala dan kaki tempat tidur ke bawah kasur			
	Tarik alat tenun dengan tepat sehingga tidak terdapat lipatan pada bagian tengahnya.			
15.	Bentuk sudut pada kepala tempat tidur dan kaki tempat tidur			
	Angkat ujung laken sebelah atas dan bentuk segitiga dengan satu sisi tempat tidur dari ujung laken paralel dengan ujung tempat tidur			
	Lipat bagian laken yang terdapat di sebelah bawah kasur			
	Menurunkan ujung yang lainnya, masukkan ke bawah kasur			
	Lipat bagian lain yang tersisa dengan rapi			
	Lakukan hal yang sama pada kaki tempat tidur			
16.	Buka lipatan perlak dan stik laken ke arah perawat berdiri kemudian lipat bagian yang menjuntai ke lantai ke bawah kasur. Lakukan dengan rapi			
17.	Pasang penghalang tempat tidur dan pindah ke sisi lain kemudian turunkan penghalang tempat tidur tersebut			
18.	Bantu klien bergeser ke posisi lain			
19.	Lepas alat tenun yang kotor di bawah kasur dengan cara menggulungnya dengan permukaan kotor di dalam. Masukkan ke dalam bak alat tenun kotor			
20.	Buka lipatan alat tenun yang bersih dari kepala ke kaki			
21.	Bentuk sudut laken seperti nomor 7			
22.	Buka lipatan perlak seperti nomor 8			
23.	Pasang selimut pada dada klien, beritahu klien untuk memegang ujung selimut yang kotor. Kemudian perawat menarik lipatan selimut ke arah kaki tempat tidur dan klien menahan pegangan di ujung selimut.			
24.	Masukkan sisi selimut di kaki tempat tidur ke bawah kasur			
25.	Ganti sarung bantal			
26.	Angkat kepala klien dan letakkan bantal di bawahnya			
27.	Kembalikan klien pada posisi semula dan pasang side rail kembali			
28.	Buka tirai			

29.	Kembalikan alat-alat pada tempatnya			
30.	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan mengucapkan Hamdalah			
31.	Mengakhiri pertemuan dengan cara yang baik dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
32.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
33.	Menjaga privasi ibu			
34.	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
Jumlah				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$



Personal Hygiene
(Memandikan Pasien)

PERSONAL HYGIENE

Pemeliharaan kebutuhan fisik diperlukan untuk rasa nyaman, rasa aman dan perasaan sehat dari individu. Tindakan tersebut meliputi usaha-usaha untuk memelihara kebersihan personal dan penampilan yang baik. Kebutuhan kebersihan diri dan lingkungan sangat penting karena akan berdampak pada proses penyembuhan. Hal ini dapat dilihat pada klien yang mempunyai lingkungan nyaman dan tenang, klien tersebut akan merasakan kedamaian sehingga stres yang terdapat pada dirinya akan hilang dengan demikian proses pemulihan tubuh akan lebih cepat dibandingkan dengan kondisi lingkungan yang nyaman.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kebersihan diri:

- ✓ Gambaran tubuh (penampilan secara umum klien)
- ✓ Status sosial ekonomi (sumber-sumber ekonomi klien)
- ✓ Pengetahuan (pengetahuan tentang pentingnya kebersihan dan implikasi bagi kesehatan)
- ✓ Budaya (keyakinan budaya, nilai-nilai pribadi dan praktek dalam keluarga klien)
- ✓ Kesenangan pribadi (petugas kesehatan sebaiknya memperhatikan kesukaan klien dalam perawatan diri misalnya waktu dan produk yang digunakan)

Macam-macam kebersihan diri:

- ✓ Mandi
- ✓ Perawatan oral
- ✓ Perawatan mata
- ✓ Perawatan rambut
- ✓ *Back rubs*

MEMANDIKAN PASIEN

Definisi

- ✓ Memandikan pasien merupakan tindakan perawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu mandi secara mandiri atau memerlukan bantuan.

Tujuan

- ✓ Mempertahankan kebersihan kulit
- ✓ Mencegah infeksi kulit
- ✓ Memperlancar peredaran darah
- ✓ Mempertahankan kenyamanan pasien

Macam

1. Mandi bersih

- ✓ *Complete bed bath*
- ✓ *Partial bed bath*
- ✓ *Assisted bed bath*
- ✓ *Tub bath and shower*
- ✓ *Morning or evening care*

2. Mandi terapeutik

- ✓ *Whirlpool bath*
- ✓ *Tepid Sponge Bath*

Hasil yang diharapkan

- ✓ Kulit bersih, kering, elastis, baik hidrasi dan tidak ada daerah yang meradang
- ✓ Tidak ada lesi baru, luka dekubitus dsb
- ✓ Lesi yang bersih, tidak drainage dan lebih kecil dari sebelumnya

FORMAT KETERAMPILAN MEMANDIKAN

NO	TINDAKAN	NILAI		
		0	1	2
TAHAP PRE INTERAKSI				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Persiapkan alat dan bahan:handuk, perlak, selimut mandi, gayung, ember, air hangat, sabun, waslap, bedak, sisir, baju ganti, pispot, pasta gigi, sikat gigi, body lotion			
7.	Menanyakan keluhan dan kaji gejala spesifik yang ada pada klien			
8.	Mengucapkan Basmalah sebelum memulai tindakan dan membaca doa memandikan pasien رِزْقِي فِي لِي وَبَارِكْ دَارِي فِي لِي وَوَسِّعْ ذَنْبِي اغْفِرْ لِي اللَّهُمَّ Artinya : "Ya Allah, Ampunilah dosa kesalahanku dan berilah keluasan di rumahku serta berkahilah pada rizkiku"			
9.	Berikan perawatan oral jika belum dilakukan			
10.	Atur posisi klien (bila mungkin angkat bantal dan naikkan bagian kepala setinggi 30 ^o , letakkan handuk di bawah kepala klien)			
11.	Mulai mandi a. Letakkan handuk untuk wajah di atas dada klien, masukkan ke bawah dagu b. Buat sarung tangan dengan handuk kecil/gunakan waslap			

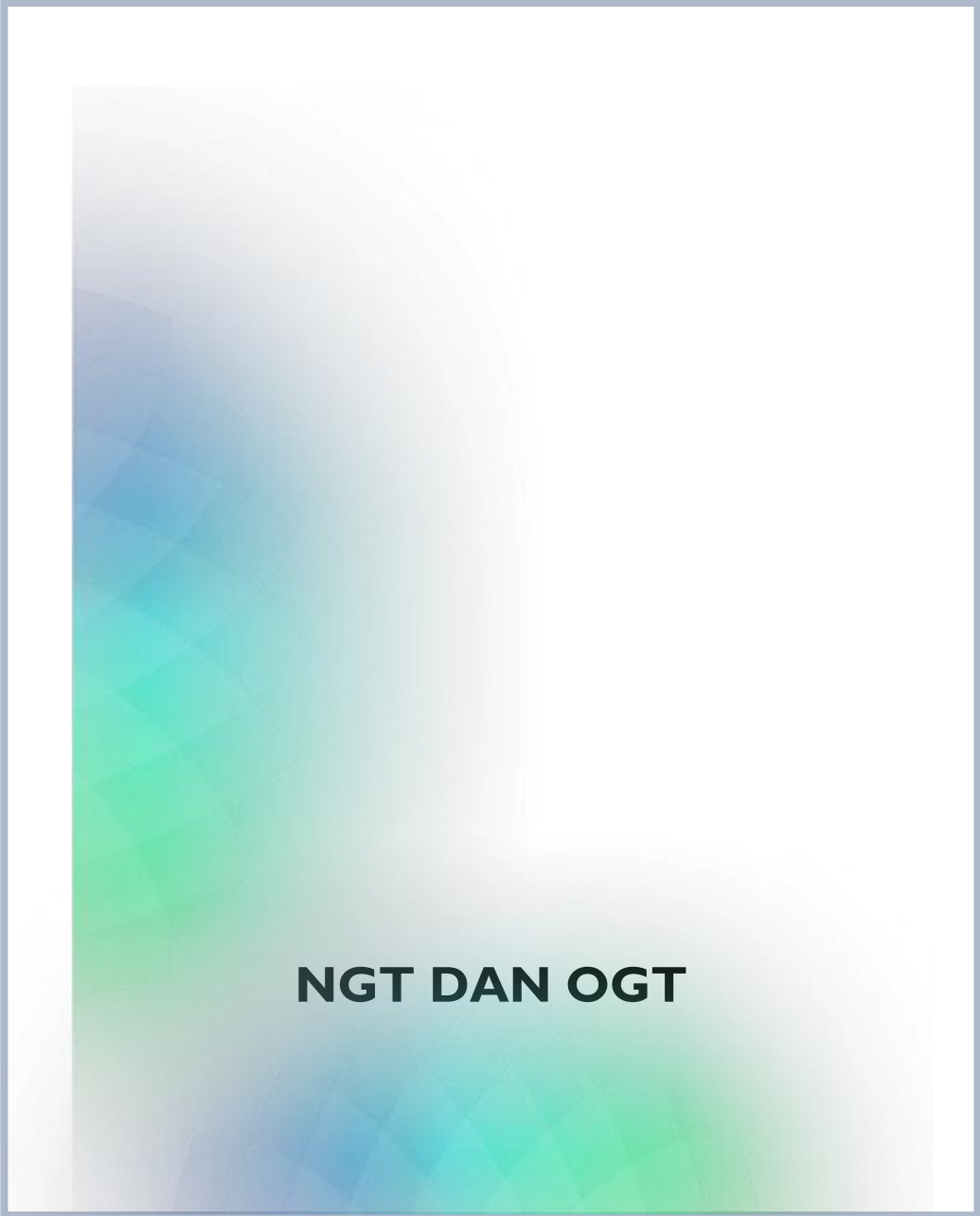
	<p>c. Bersihkan bagian mata klien tanpa menggunakan sabun, gunakan bagian yang berbeda untuk tiap-tiap mata. Usap mata dari kantung dalam ke bagian kantung luar, kemudian keringkan.</p> <p>d. Tanyakan pada klien apakah ingin menggunakan sabun pada wajah. Bersihkan dan keringkan wajah, leher, dan telinga klien.</p> <p>e. Lepaskan pakaian klien, bila ekstremitas luka mulai melepas pakaian dari bagian yang tidak luka, bila klien memakai infus, lepaskan baju dari lengan yang tidak terdapat infus terlebih dahulu, kemudian turunkan flabot, pasang kembali dan periksa kecepatan tetesan infus.</p> <p>f. Letakkan handuk mandi arah memanjang di bawah lengan klien (dahulukan lengan yang jauh), bersihkan lengan dengan sabun dan air, gunakan usapan memanjang dan tegas dari daerah distal ke proksimal, bersihkan aksila dengan baik.</p> <p>g. Bersihkan dan keringkan aksila dengan baik. Jika klien ingin menggunakan deodoran atau bedak pakaikanlah.</p> <p>h. Masukkan jari ke dalam waskom, rendam beberapa saat, bersihkan dan keringkan. Perhatikan daerah sela-sela jari.</p> <p>i. Ulangi langkah (e-g) untuk lengan lainnya.</p> <p>j. Tutupi dada klien dengan handuk dan lipat selimut mandi ke bawah umbilikus klien.</p> <p>k. Dengan satu tangan, angkat setiap satu ujung handuk dan dengan tangan bersarung washlap, bersihkan dada dengan usapan memanjang dan tegas. Beri perhatian khusus untuk membersihkan lipatan kulit di bawah payudara pada klien wanita. Pelihara agar dada klien tetap tertutup selama dibersihkan.</p> <p>l. Letakkan handuk secara memanjang di atas perut, lipat selimut ke arah pubis.</p> <p>m. Dengan satu tangan angkat handuk dan dengan tangan yang lain bersihkan perut, beri perhatian khusus untuk membersihkan umbilikus dan lipatan-lipatan pada perut.</p>			
--	---	--	--	--

	<p>Pelihara agar perut tetap tertutup selama dibersihkan. Bersihkan dan keringkan dengan baik.</p> <p>n. Buka kaki yang terjauh dengan selimut mandi ke arah tengah. Tutup perineum.</p> <p>o. Tekuk lutut klien dengan meletakkan tangan Anda di atas tungkai. Angkat tangan di atas dan pasang handuk secara memanjang di bawah tungkai.</p> <p>p. Letakkan waskom di atas handuk di tempat tidur dan amankan posisinya dekat dengan kaki yang dibersihkan.</p> <p>q. Dengan satu tangan memegang tungkai, angkat tungkai dan letakkan waskom di bawah kaki yang terangkat. Pastikan bahwa kaki pada posisi yang tetap di atas waskom. Biarkan kaki terendam sementara bidan/perawat membersihkan tungkai.</p> <p>r. Gunakan usapan memanjang dan tegas pada waktu membersihkan, dari tumit ke lutut dan dari lutut ke paha. Keringkan dengan baik.</p> <p>s. Bersihkan kaki dan pastikan untuk membersihkan sela-sela jari. Keringkan dengan baik</p> <p>t. Ulangi langkah (n-s) untuk tungkai yang lainnya.</p> <p>u. Tutup klien dengan selimut mandi dan ganti air mandi. Ingatlah untuk memasang penghalang tempat tidur bagi keamanan klien.</p> <p>v. Bantu klien untuk miring/tengkurap, untuk membersihkan punggung dan bokong, letakkan handuk sepanjang punggung dan bokong klien.</p> <p>w. Tutupi dengan menarik selimut mandi dari bahu ke paha dan lipat di bawah paha.</p> <p>x. Bersihkan dan keringkan punggung dari leher ke bokong dengan usapan memanjang dan tegas. Beri perhatian khusus pada lipatan di daerah bokong dan anus</p> <p>y. Ganti air dan waslap bila perlu.</p> <p>z. Bantu klien untuk posisi terlentang dan miring. Tutupi dada dan ekstremitas atas dengan selimut mandi. Buka daerah genitalia</p>			
--	--	--	--	--

	dan bersihkan daerah genitalia, berikan kesempatan pada klien untuk membersihkan sendiri, jika klien tidak dapat melakukan sendiri dan perlu bantuan bidan/perawat, bidan/perawat harus menggunakan sarung tangan bersih. Bersihkan dan keringkan dengan baik.			
12.	Berikan body lotion untuk melembabkan kulit jika diinginkan (berikan pilihan pada klien)			
13.	Bantu klien berpakaian			
14.	Sisir rambut klien dan potong kukunya			
15.	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan mengucapkan Hamdalah			
16.	Rapikan tempat tidur			
17.	Bersihkan dan kembalikan peralatan mandi, rapikan ruangan senyaman mungkin dan kembalikan alat-alat ke tempat semula			
TEKNIK				
18	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
19	Menjaga privasi ibu			
20	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
Jumlah				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$



KEBUTUHAN NUTRISI

Kebutuhan nutrisi bagi tubuh merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang sangat penting. Dilihat dari kegunaannya nutrisi merupakan sumber energi untuk segala kativitas dalam sistem tubuh. Sumber nutrisi dalam tubuh berasal dari dalam tubuh sendiri, seperti glikogen yang terdapat dalam otot dan hati atau protein dan lemak dalam jaringan dan sumber lain yang berasal dari luar tubuh.

Prosedur pemenuhan kebutuhan nutrisi pada pasien yang tidak mampu secara mandiri dapat dilakukan dengan cara membantu memenuhinya melalui oral (mulut), enteral (pipa lambung), atau parenteral.

PEMASANGAN NASOGASTRIC TUBE (NGT)

Pemasangan NGT

Nasogastric tube adalah selang yang dimasukkan melalui nasopharing menuju ke stomach/gaster.

Tujuan

- Mengeluarkan cairan/isi lambung (*lavage*) dan gas yang ada dalam gaster (*decompression*)
- Mencegah atau mengurangi *nausea* dan *vomiting* setelah pembedahan antar trauma
- Irigasi karena perdarahan atau keracunan dalam gaster
- Untuk medikasi dan feeding (*gavage*) secara langsung pada gastrointestinal (GI)
- Pengambilan specimen pada gaster untuk studi laboratorium ketika terjadi obstruksi pilorik atau intersinal

Indikasi

- Pasien dengan gangguan menelan yang menyebabkan intake per oral tidak adekuat
- Pasien dengan penurunan kesadaran dengan fungsi GI nya bagus
- Pasien yang mengalami perdarahan lambung

Kontraindikasi

- Trauma wajah parah/*cribriform plate* disruption karena resiko masuk ke intracranial, akan tetapi bisa dipasang orogastrik tube

- *Base of skull fracture*
- *Esophagus abnormalities*
- *Impaired airway*

PEMBERIAN NUTRISI MELALUI OGT

A. Pengertian

Pemberian Nutrisi melalui Oral Gastric Tube (OGT) adalah memberikan makanan kepada kliensesuai diet melalui selang OGT (Ambarwati, 2009).

B. Tujuan Pemberian Nutrisi Melalui OGT

Tujuan dari pemberian nutrisi melalui OGT yaitu untuk memberikan makanan cair ke dalam lambung dengan menggunakan sonde lambung melalui mulut (Kusmiyati, 2007). Menurut Ambarwati (2009), tujuan dari pemberian nutrisi melalui OGT adalah untuk memperbaiki atau mempertahankan status nutrisi klien dan untuk memberikan obat

C. Indikasi

1. Pasien dengan gawat nafas atau tidak sadar
2. Pasien dengan masalah saluran pencernaan atas (stenosis esophagus, tumor mulut atau faring)
3. Pasien yang tidak mampu menelan
4. Pasien pasca operasi faring atau esophagus

3. Pasien yang tidak mampu menelan

4. Pasien pasca operasi pada faring atau esophagus

D. Prinsip

1. Makanan yang dapat diberikan adalah makanan cair, makanan yang diblender halus, dan formula khusus makanan enteral
2. Sebelum dan sesudah makan dianjurkan untuk member air matang hangat terlebih dahulu
3. Pastikan tidak ada udara yang masuk kedalam selang saat memberikan makan dan minum
4. Pastikan selang dalam keadaan tertutup selama tidak diberi makan

5. Residu lambung harus dicek sebelum memberikan makanan. Residu > 50 cc maka tunda pemberian sampai 1 jam. Jika setelah 1 jam jumlah residu tetap, kolaborasi dengan dokter untuk program selanjutnya
6. Hindari mendorong makanan untuk mencegah iritasi lambung. Kecepatan yang direkomendasikan adalah pemberian dengan ketinggian 45 cm dari abdomen
7. Perhatikan interaksi obat dengan makanan, terutama dengan susu jika ada pemberian obat per oral

E. Persiapan Alat

- Sarung tangan
- Bak instrumen
- Makanan cair yang hangat (ASI)
- S spuit 20-60 cc
- Tissue
- Gelas yang berisi air minum hangat
- Bengkok
- Plester dan Gunting plester
- Stetoskop
- Handuk atau pengalas

FORMAT KETERAMPILAN PEMASANGAN NGT

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI				
		0	1	2		
SIKAP DAN PERILAKU						
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri					
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan					
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.					
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .					
5.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)					
CONTENT/ ISI						
6.	Menyiapkan alat yang diperlukan: NGT (No 14 or 16 f atau untuk infant biasa digunakan no.8 Fr). Dewasa ukuran 18, Jelly, Klem, Pinset, Handuk, tissue, bengkok. Segelas air putih dan sedotan, Plester, Sput 20 cc atau 10 cc, Kapas alcohol, Stetoscope, Spatel lidah, Senter, Handscoon, Bak instrument steril, bengkok					
7.	Tanyakan keluhan klien dan kaji adanya alergi					
8.	Jaga privacy pasien					
9.	Membantu klien untuk memberikan posisi high fowler					
10.	Bersama dengan klien menentukan kode yang akan digunakan misalnya mengangkat telunjuk untuk mengatakan "berhenti dulu karena rasa sakit atau bersin"					
11.	Memasang handuk pada dada klien, meletakkan tissue dan bengkok pada jangkauan klien					
12.	Menuangkan jely pada kasa steril (didalam bak insstrumen steril)					
13.	Memasang sarung tangan					

14.	Berdiri sebelah kanan tempat tidur klien/ sesuai dengan alat gerak tenaga kesehatan yang lebih dominan			
15.	Menganjurkan klien untuk relaks dan bernapas normal dengan menutup sebelah hidung kemudian mengulangi dengan menutup sebelah hidung kemudian mengulangnya dengan menutup hidung yang lainnya			
16.	Mengukur panjang tube yang akan dimasukkan dengan menggunakan :			
	Metode tradisional : ukur jarak dari puncak lubang hidung ke daun Telinga bawah dan ke prosesus xifodeus disternum			
	Metode Hanson : Mula-mula tandai 50 cm pada tube kemudian lakukan pengukuran dengan metode tradisional. Tube yang akan dimasukkan pertengahan antara 50 cm dan tanda tradisional			
17.	Memberi jelly pada tube sepanjang 10-20 cm			
18.	Mengingatkan klien bahwa tube segera akan dimasukkan dengan posisi kepala ekstensi			
19.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
20.	Memasukkan tube melalui lubang hidung yang telah ditentukan			
21.	Mengingatkan menekuk kepala klien ke dada (fleksi) setelah tube melewati nasopharinx.			
22.	Menekankan perlunya bernapas dengan mulut dan menelan selama prosedur berlangsung			
23.	Menganjurkan klien untuk menelan dengan memberikan air minum (dengan sedotan) jika perlu; mendorong tube sampai sepanjang yang diinginkan dengan memutarinya pelan-pelan bersamaan pada saat klien menelan. Tidak memaksakan tube masuk bila ada hambatan klien tercekik atau sianosis; menghentikan mendorong tube dan segera menarik tube mengecek posisi tube menggunakan spatel lidah dan senter			
24.	Mengecek letak tube:			

	A. memasang spuit pada ujung NGT, memasang stethoscope pada perut bagian kiri atas (daerah gaster), kemudian masukkan 10-20 cc udara bersamaan dengan auskultasi abdomen			
	B. Aspirasi pelan-pelan untuk mendapatkan isi lambung, Bila tube tidak dilambung, masukkan lagi 2,5-5 cm tubenya			
24	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan membaca Hamdalah			
25	Merapikan alat			
26	Melepas sarung tangan			
27	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
28	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
29	Menjaga privasi ibu			
30	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
JUMLAH				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 10$$

FORMAT KETERAMPILAN PEMASANGAN OGT

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
1.	Menyiapkan alat di samping tempat tidur pasien - Sarung tangan - Bak instrumen - Makanan cair yang hangat (ASI) - S spuit 20-60 cc - Tissue - Gelas yang berisi air minum hangat - Bengkok - Plester dan Gunting plester - Stetoskop - Handuk atau pengalas			
2.	Mencuci tangan			
3.	Atur posisi pasien/bayi.			
4.	Pasang handuk pada dada bayi.			
5.	Dekatkan bengkok dengan bayi			
6.	Pasang stetoscope			
7.	Gunakan sarung tangan			

8.	Ukur kedalaman feeding tube (mulai dari hidung ke telinga lalu ditarik ke prosesus xipodeus) beri tanda kedalaman			
9.	Masukkan selang sesuai dengan panjang selang yang sudah diukur			
10.	Memeriksa letak selang dengan cara memasang spuit pada ujung selang dan memasang stetoscope pada diafragma kemudian suntikan kira-kira 1-2 cc udara bersama dengan auskultasi abdomen			
11.	Kemudian aspirasi pelan-pelan untuk mengeluarkan isi cairan lambung			
	Setelah terpasang, evaluasi pasien			
24	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan membaca Hamdalah			
25	Merapikan alat			
26	Melepas sarung tangan dan mencuci tangan			
27	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
28	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
29	Menjaga privasi ibu			
30	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
JUMLAH				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)}$$

FORMAT PEMBERIAN NUTRISI MELALUI OGT

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
1.	Menyiapkan alat di samping tempat tidur pasien - Sarung tangan - Bak instrumen - Makanan cair yang hangat (ASI) - S spuit 20-60 cc - Tissue - Gelas yang berisi air minum hangat - Bengkok - Plester dan Gunting plester - Stetoskop - Handuk atau pengalas			
2.	Mengkaji adanya alergi makanan, bising usus, masalah-masalah yang berkaitan dengan pemberian makanan melalui OGT (muntah, diare, konstipasi, distensi abdomen)			
3.	Menyiapkan makanan dan obat jika ada yang akan diberikan sesuai dengan terapi medik			

4.	Membantu klien dalam mengatur posisi kepala bayi dalam posisi semi fowler atau ekstensi			
5.	Mengecek penempatan / kepatenan OGT			
6.	Menggunakan sarung tangan			
7.	Membuka spuit yang telah terpasang, ketika akan membuka spuit pada pangkal selang OGT klem terlebih dahulu dengan cara menekuk pangkal selang, kemudian lepaskan spuit dari pangkal selang OGT dan lepaskan klem			
8.	Melakukan aspirasi dengan menggunakan spuit yang telah terpasang untuk memastikankadar residu lambung			
9.	Selanjutnya ambil air minum hangat terlebih dahulu yang sudah tersedia dalam gelas dengan menggunakan spuit dan masukan ujung spuit pada ujung pangkal selang OGTtinggikan 45 cm dari atas abdomen klien hingga air minum masuk			
10.	Kemudian ambil makanan cair yang telah disediakan dalam gelas dengan menggunakanspuit, lap ujung spuit dengan menggunakan tissue dan masukkan ujung spuit padapangkal selang OGT, tinggikan 45 cm dari atas abdomen klien hingga makanan masuk			
11.	beri air minum hangat kembali			
	Sendawakan bayi agar tidak terjadi gumoh			
	Posisikan kembali klien ke dalam posisi semula			
12.	Mengevaluasi dan mencatat hasil tindakan			
24	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan membaca Hamdalah			
25	Merapikan alat			
26	Melepas sarung tangan dan mencuci tangan			
27	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
28	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
29	Menjaga privasi ibu			
30	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			

JUMLAH			
---------------	--	--	--

PEMBERIAN NUTRISI PER NGT

Pemberian Nutrisi per NGT

Adalah : tindakan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien melalui selang nasogastrik

Tujuan

- Memberikan dukungan nutrisi dengan menggunakan selang yang ada di saluran gastrointestinal

Indikasi

- Pasien dengan gangguan menelan yang menyebabkan intake per oral tidak adekuat
- Pasien dengan penurunan kesadaran dengan fungsi GI nya bagus
- Pasien malnutrisi
- Pasien dengan ventilasi mekanik

Procedure

Persiapan :

Pengkajian

Pengkajian harus berfokus pada

- Status nutrisi: turgor kulit, haluaran urine, berat badan, asupan kalori
- Pola eliminasi : diare, konstipasi, tanggal terakhir defekasi
- Respon terhadap dukungan nutrisi sebelumnya
- Apabila klien menggunakan trakeostomi, periksa inflasi cuff trakeostomi. Jika cuff kempes, kembungkan dan pertahankan selama 30 menit setelah pemberian makanan untuk mencegah aspirasi

CHECKLIST PEMBERIAN NUTRISI PER NGT

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Menyiapkan alat yang diperlukan:Suplemen nutrisi yang diprogramkan, Sduit 20cc, Gelas atau cangkir, Air putih, Sarung tangan bersih, Bengkok			
7.	Pastikan penempatan selang: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gunakan sarung tangan ▪ Aspirasi dan periksa isi lambung (atau selang pemberian makan yang lama jika dipasang ulang) atau isi sduit dengan 15-20 ml udara dan dorong udara sambil mendengarkan suara gemuruh dengan stetoskop diatas area epigastrik 			
8.	Sebelum pemberian makan : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Periksa adanya residu: dengan perlahan aspirasi isi lambung dan perhatikan jumlah residu. Jika residu lebih banyak daripada jumlah yang sebelumnya dimasukkan, masukkan kembali volume yang diaspirasi, hentikan pemberian makan dan beri tahu dokter. Jika ada residu kurang dari yang dimasukkan sebelumnya, masukkan nutrisi sesuai dengan 			

	<p>sisanya, misalnya programnya 100 cc, residu 20 maka masukkan nutrisi 80 cc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pantau bising usus pada semua kuadran abdomen 			
9.	Bantu klien ke posisi dengan kepala tempat tidur 30-45 derajat dan pertahankan selama pemberian makanan			
10.	Sambungkan spuit ke selang NGT dan aspirasi isinya sedikit untuk mengisi selang dan rendahkan spuit			
11.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
12.	<p>Masukkan makanan atau medikasi, dan berdoa:</p> <p>النَّارِ عَذَابَ وَقِنَا رَزَقَتْنَا فِيمَا لَنَا بِأَرْكَ الْاَلْهَمَّ</p> <p>“Segala puji bagi Allah yang telah menjadikan air ini (minuman) segar dan menggiatkan dengan rahmat-Nya dan tidak menjadikan air ini (minuman) asin lagi pahit karena dosa-dosa kami”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pegang spuit 15 cm diatas tempat insersi selang ▪ Isi spuit dengan makanan dan biarkan mengalir dengan perlahan ke dalam selang NGT sampai habis dan bilas dengan air 10 cc. jangan biarkan spuit kosong sampai pemberian makanan dan bilasan selesai 			
13.	Klem selang nasogastrik dan tempatkan klien pada posisi semi-Fowler			
14.	<p>Membaca Hamdalah setelah melakukan tindakan dan membaca doa:</p> <p>المُسْلِمِينَ مِنْ وَجَعَلْنَا وَسَقَاتْنَا اطْعَمَنَا الَّذِي لِلهِ الْحَمْدُ</p> <p>“Segala puji bagi Allah yang telah memberi makan kami dan minuman kami, serta menjadikan kami sebagai orang-orang islam”</p>			
15.	Merapikan alat			
16.	Melepas sarung tangan			
17.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu’alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
18	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
19	Menjaga privasi ibu			

20	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
----	---	--	--	--

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$



Terapi Oksigen

KEBUTUHAN OKSIGENASI

Oksigen memegang peranan penting dalam semua proses tubuh secara fungsional. Tidak adanya oksigen akan menyebabkan tubuh, secara fungsional, mengalami kemunduran atau bahkan dapat menimbulkan kematian. Kebutuhan oksigen merupakan kebutuhan yang paling utama dan sangat vital bagi tubuh.

DESKRIPSI

1. Pengertian

- Terapi oksigen merupakan salah satu terapi pernapasan dalam mempertahankan oksigenasi

2. Tujuan

- Mengatasi keadaan hipoksemia
- Menurunkan kerja pernapasan
- Menurunkan beban kerja otot jantung (miokard)

3. Indikasi

Kerusakan O₂ jaringan yang diikuti gangguan metabolisme dan sebagai bentuk hipoksemia, secara umum pada:

- Penurunan kadar oksigen (PaO₂)
- Peningkatan kerja pernapasan yang ditandai dengan peningkatan laju nafas, nafas dalam, dan penggunaan otot-otot tambahan
- Peningkatan kerja otot jantung (miokard)

4. Indikasi Klinis

- Henti jantung paru
- Gagal nafas
- Gagal jantung atau AMI
- Syok
- Meningkatnya kebutuhan O₂ pada luka bakar, infeksi berat, multiple trauma
- Keracunan CO
- Post operasi

5. Metode dan Peralatan minimal yang harus diperhatikan pada terapi oksigen

- Mengatur % fraksi O₂ (%FIO₂)
- Mencegah akumulasi kelebihan CO₂

- Resistensi minimal untuk pernapasan
- Efisiensi dan ekonomis dalam penggunaan O₂
- PaO₂ < 60 mmHg PaCO₂ > 60 mmHg

6. Metode Pemberian Oksigen

No.	Metode Pemberian	FiO ₂	Keuntungan	Kerugian
Sistem Aliran Rendah				
1.	Kateter dan kanul Nasal	1-6 liter/menit: 24-44%	<ul style="list-style-type: none"> • Aman dan sederhana • Mudah ditoleransi pasien • Efektif untuk konsentrasi rendah • Tidak mengganggu makan dan bicara pasien • Murah, disposibel 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak dapat digunakan jika terjadi obstruksi nasal • Menyebabkan membran mukosa kering • Iritasi kulit dan hidung • Nyeri sinus dan epistaksis • Distensi lambung
2.	Sungkup muka sederhana	5-8 liter/menit: 40-60%	<ul style="list-style-type: none"> • Memberi konsentrasi oksigen lebih tinggi dibandingkan kateter/kanul nasal • Tidak menyebabkan membran mukosa kering 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirasi bila muntah • Penumpukan CO₂ pada aliran O₂ rendah • Empisema subkutan ke dalam jaringan mata pada aliran O₂ tinggi dan nekrose apabila sungkup muka dipasang terlalu ketat • Mengganggu makan dan bicara pasien
3.	Sungkup muka "Rebreathing" dengan kantong /Rebreathing Mask (RM): Udara inspirasi sebagian bercampur dengan udara ekspirasi 1/3	8-12 liter/menit: 60-80%	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan FiO₂ yang diberikan • Humidifikasi O₂ yang relatif lebih mudah • Tidak menyebabkan membrane mukosa kering 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirasi bila muntah • Empisema subkutan ke dalam jaringan mata pada aliran O₂ tinggi dan nekrose apabila sungkup muka dipasang terlalu ketat • Mengganggu makan dan bicara pasien

	bagian volume ekshalasi masuk kantong, 2/3 bagian volume ekshalasi melewati lubang-lubang di samping masker			
4.	Sungkup muka "Non Rebreathing" dengan kantong O2/Non Rebreathing Mask (NRM): terdapat kleb di samping untuk mencegah masuknya udara ruangan dan kleb di kantong reservoir untuk mencegah udara masuk ke kantong selama ekshalasi. Udara inspirasi tidak bercampur dengan udara ekspirasi, udara luar tidak mempengaruhi	8-12 liter/menit: 90%	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan FiO2 yang diberikan • Humidifikasi O2 yang relatif lebih mudah • Tidak menyebabkan membran mukosa kering 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirasi bila muntah • Empisema subkutan ke dalam jaringan mata pada aliran O2 tinggi dan nekrose apabila sungkup muka dipasang terlalu ketat • Mengganggu makan dan bicara pasien
Sistem Aliran Tinggi				
1.	Sungkup Muka Venturi (Venturi Mask)	4-14 lt/menit: 30-55%	<ul style="list-style-type: none"> • Dipakai pada pasien dengan tipe ventilasi tidak teratur 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirasi bila muntah • Nekrose bila pemasangan sungkup terlalu ketat

			<ul style="list-style-type: none"> • Tidak menyebabkan membran mukosa kering 	
2.	Sungkup Muka Aerosol (Ambu Bag)	Lebih dari 10 lt/menit: 100%	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan konsentrasi oksigen tinggi 100% tanpa intubasi • Tidak menyebabkan membran mukosa kering 	<ul style="list-style-type: none"> • Penumpukan air pada aspirasi bila muntah serta nekrose karena pemasangan sungkup yang terlalu ketat
3.	Oxyhood/Headbox (plastik bening yang ditutupkan mulai dari leher sampai kepala)	10-15 lt/menit: 100%	<ul style="list-style-type: none"> • Cocok untuk bayi, kepala dapat bergerak bebas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gas O₂ yang dingin membuat stressor pada pasien, sehingga diperlukan penghangatan dan humidifikasi

7. Terapi Oksigen pada Pasien Hipoksia

Penilaian PaO₂ pasien dengan udara bebas

- Ringan: PaO₂ antara 70-80mmHg

Terapi oksigen yang diberikan: nasal kanul/kateter mulai 2-3 liter/menit

Masker 6 liter/menit

- Sedang: PaO₂ antara 50-70mmHg

Masker 8-12 liter/menit atau venturi mask 50-60%

- Gagal nafas: PaO₂ 50mmHg

Intubasi dan ventilasi mekanik (penggunaan ventilator)

8. Pemantauan Terapi Oksigen

- Warna kulit: merah, pucat, pink
- Keadaan klinis: sesak nafas, penggunaan otot tambahan pernapasan
- Hasil laboratorium Analisa Gas Darah (AGD)
- Saturasi oksigen
- *Pulse oxymeter*

- Penilaian sistem kardiovaskular: kesadaran, laju jantung, nadi perifer, dan tekanan darah

9. Komplikasi

- Iritasi pada hidung dan telinga, membran mukosa kering
- Depresi pernapasan: gangguan ventilasi kronis (peningkatan CO₂) dan hipoksemia
- Displasia bronkopulmonal: pada pemberian oksigen konsentrasi tinggi
- Retrolental fibroplasia, terutama pada bayi prematur
- Penurunan *mucoiliary clearance*
- Kerusakan kapiler endoteal
- Edema intersisial
- Kerusakan *pneumocytes*
- Fibrosis intersisial

FORMAT KETRAMPILAN TERAPI OKSIGEN

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Mengecek data pasien			
7.	Menyiapkan alat yang diperlukan: Jeli, Kateter nasal/kanul nasal, Sungkup Muka Kantong Non Rebreathing (NRM), Sungkup Muka Kantong Rebreathing (RM), Humidifier, Tabung oksigen/sentral oksigen			
8.	Kateter/Kanul Nasal			
	▪ Isi glas humidifier dengan <i>water irrigation</i> setinggi batas yang tertera			
	▪ Menghubungkan flow meter dengan tabung oksigen/sentral oksigen			
	▪ Cek fungsi flow meter dan humidifier dengan memutar pengatur konsentrasi O2 dan amati ada tidaknya gelembung udara dalam glas <i>flow meter</i>			
	▪ Menghubungkan kateter/kanul nasal dengan flow meter			
	▪ Alirkan oksigen ke: - Kateter nasal dengan aliran antara 1-6 liter - Kanul nasal dengan aliran antara 1-6 liter			
	▪ Cek aliran keteter/kanul nasal dengan menggunakan punggung tangan untuk mengetahui ada tidaknya aliran oksigen			
	▪ Olesi ujung kateter nasal/kanul nasal dengan jeli sebelum di pakai			
	▪ Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			

▪	Pasang kateter/kanul nasal pada pasien			
▪	Tanyakan pada pasien apakah oksigen telah mengalir sesuai yang diinginkan			
▪	Rapikan peralatan kembali			
▪	Cuci tangan			
9.	Sungkup Muka Kantong Non Rebreathing (NRM)			
▪	Isi glas humidifier dengan <i>water irrigation</i> setinggi batas yang tertera			
▪	Menghubungkan flow meter dengan tabung oksigen/sentral oksigen			
▪	Cek fungsi flow meter dan humidifier dengan memutar pengatur konsentrasi O2 dan amati ada tidaknya gelembung udara dalam glas flow meter			
▪	Menghubungkan NRM dengan flow meter			
▪	Alirkan oksigen ke: NRM dengan aliran 8-12 liter/menit			
▪	Cek aliran NRM dengan menggunakan punggung tangan untuk mengetahui ada tidaknya aliran oksigen			
▪	Pasang NRM pada pasien			
▪	Tanyakan pada pasien apakah oksigen telah mengalir sesuai yang diinginkan			
▪	Rapikan peralatan kembali			
▪	Cuci tangan			
10.	Sungkup Muka Partial Rebreathing (RM)			
▪	Isi glas humidifier dengan <i>water irrigation</i> setinggi batas yang tertera			
▪	Menghubungkan flow meter dengan tabung oksigen/sentral oksigen			
▪	Cek fungsi flow meter dan humidifier dengan memutar pengatur konsentrasi O2 dan amati ada tidaknya gelembung udara dalam glas flow meter			
▪	Menghubungkan RM dengan flow meter			
▪	Alirkan oksigen ke: RM dengan aliran 8-12 liter/menit			
▪	Cek aliran RM dengan menggunakan punggung tangan untuk mengetahui ada tidaknya aliran oksigen			
▪	Pasang RM pada pasien			
▪	Tanyakan pada pasien apakah oksigen telah mengalir sesuai yang diinginkan			
▪	Rapikan peralatan kembali			
▪	Cuci tangan			

11.	Head Box			
	▪ Isi glas humidifier dengan <i>water irrigation</i> setinggi batas yang tertera			
	▪ Menghubungkan <i>flow meter</i> dengan tabung oksigen/sentral oksigen			
	▪ Cek fungsi <i>flow meter</i> dan humidifier dengan memutar pengatur konsentrasi O2 dan amati ada tidaknya gelembung udara dalam glas flow meter			
	▪ Menghubungkan <i>Headbox</i> dengan flow meter			
	▪ Alirkan oksigen ke: Headbox dengan aliran 10-15 liter/menit			
	▪ Pasang <i>headbox</i> pada pasien			
	▪ Beri penutup pada kepala pasien			
12	Mengakhiri tindakan dengan membaca Hamdalah			
13	Rapikan peralatan kembali			
14	Menjelaskan bahwa tindakan telah selesai dilakukan			
15	Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan terapi oksigen			
16	Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik/berpamitan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
17	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
18	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
TOTAL				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$



Pemasangan Infus

KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT

TERAPI INTRAVENA

Adalah : memasukkan alat infus ke dalam vena untuk memberikan jalan masuk bagi pengobatan secara parenteral.

Indikasi

- Penggantian cairan
- Pemberian darah/produk darah
- Pemberian obat-obatan intravena

Pemilihan Vena

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pemilihan intravena, antara lain :

- Riwayat kesehatan klien
- Usia, kondisi umum, dan tingkatan/ kemampuan klien dalam beraktivitas
- Kondisi vena
- Jenis cairan yang akan diberikan
- Rencana lamanya pemberian terapi intravena
- Kemampuan perawat dalam melakukan vena pungsi

Prinsip Pemilihan Vena

- Vena pada bagian distal terlebih dahulu
- Vena pada tangan non-dominan
- Vena besar, lupus, dan teraba

Vena yang Harus Dihindari

- Vena pada jari, karena mudah terjadi komplikasi (flebitis, infiltrasi) dan dekat dengan persyarafan
- Vena yang terletak di bawah vena yang terjadi flebitis dan infiltrasi
- Vena yang mengalami trombosis
- Area kulit yang mengalami inflamasi, lebam, dan terluka

- Lengan dimana dilakukan mastektomi radikal, edema, infeksi, arteriovenous shunt, fistula.

Komplikasi

- **Flebitis** (peradangan pembuluh vena), tanda-tanda: hangat, merah, bengkak di daerah luka tusukan.

Penyebab: kurangnya aliran darah di sekitar kanula, gesekan dari kanula di dalam vena, clotting pada ujung kanula.

Intervensi: ganti kanula, gunakan kompres hangat, gunakan krem heparin, kolaborasi pemberian analgesik anti inflamasi.

- **Hematoma**

Tanda-tanda: tenderness, memar.

Penyebab: vena tterembus, jarum tidak pada tempatnya dan darah mengalir.

Intervensi: kanul dipindahkan, gunakan tekanan dan kompres, cek kembali tempat keluar darah.

- **Infiltrat**

Merupakan kebocoran cairan infus ke jaringan sekitar.

Tanda-tanda: kepuatan, bengkak, dingin, nyeri dan terhentinya tetesan infus.

Intervensi: kaji tingkat keparahan, lepas infus, tinggikan ekstremitas yang terpasang infus.

Pemilihan Kanul

Pemilihan kanula, tergantung pada vena yang digunakan. Kanula sebaiknya berukuran $\frac{3}{4}$ - $\frac{11}{4}$ inchi. Pemilihan kateter juga harus mempertimbangkan kondisi pasien dan jenis cairan yang akan diberikan. Di bawah ini adalah ukuran kateter serta penggunaanya:

24-22 : untuk anak-anak dan lansia

24-20 : untuk klien penyakit dalam dan post operasi

18 : untuk pasien operasi dan diberikan transfusi darah

16 : untuk pasien yang trauma dan memerlukan rehidrasi yang cepat.

Cara Penghitungan Tetesan

$$\text{Volume} \times \text{drip faktor} = \text{tetesan/menit}$$

Waktu (dalam menit)

Keterangan:

Drip factor : 10 tetes/menit, 15 tetes/menit, 20 tetes/menit

Makrodrip : 60 tetes/menit

Contoh soal:

If the requirement are 1000 ml in 8 hours (480 minutes) and drip factor is 20 drops/ml, the drops per minute should be:

$$\frac{1000 \text{ ml} \times 20 \text{ drops/ml}}{480 \text{ min}} = 41 \text{ drops/min}$$

480 min

Figure 40-6 A nonvented intravenous container. Note the air vent on administration tubing.

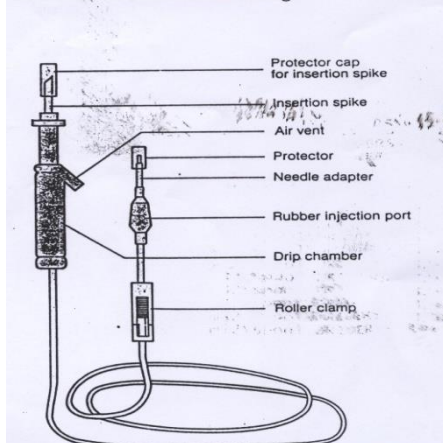


Figure 40-7 Schematic of a standard vented administration set.



Figure 40-12 An intravenous infusion pump.

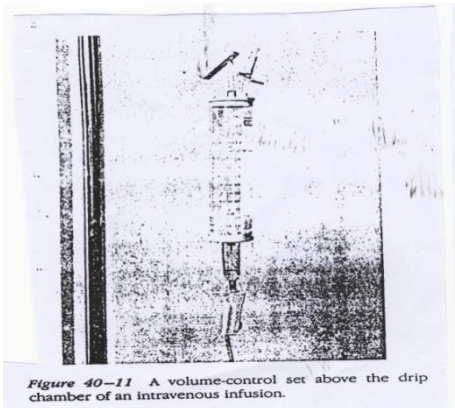


Figure 40-11 A volume-control set above the drip chamber of an intravenous infusion.

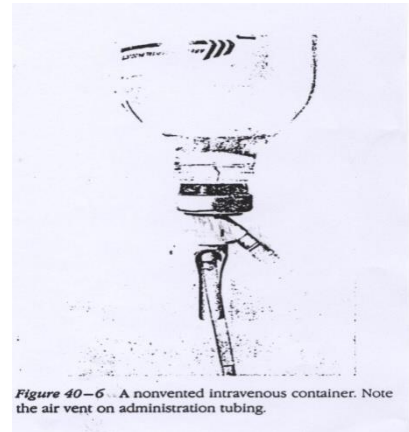


Figure 40-6 A nonvented intravenous container. Note the air vent on administration tubing.

TRANFUSI DARAH

1. Pengertian

Transfusi darah adalah proses menyalurkan darah atau produk berbasis darah dari satu orang ke sistem peredaran orang lainnya . Transfusi darah adalah suatu pemberian darah lengkap atau komponen darah seperti plasma, sel darah merah, atau trombosit melalui jalur IV. Menurut Peraturan Pemerintah No.18, definisi transfusi darah adalah tindakan medis memberikan darah kepada seorang penderita yang darahnya telah tersedia dalam botol kantong plastik.

2. Tujuan

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

Transfusi darah sudah menjadi bagian yang penting dalam pelayanan kesehatan. Salah satu kebutuhan yang diperlukan yaitu saat terdapat pasien yang dalam keadaan emergency. Transfusi darah sering dilakukang baik dalam bidang pembedahan maupun non pembedahan. Dalam bidang pembedahan transfusi bisa dilakukan pada setiap prabedah. Sedangkan pada kasus non bedah, bias dilakukan setiap saat tergantung indikasi. Bila

transfusi darah diterapkan secara benar, transfusi dapat menyelamatkan jiwa pasien dan bisa meningkatkan derajat kesehatan pasien tersebut .

Pasien dengan hematokrit normal secara umum ditransfusikan hanya jika terjadi kehilangan volume darah lebih dari 10-20% sesuai dengan kondisi medis pasien dan prosedur bedah. Jumlah kehilangan darah yang diperlukan agar hematokrit turun hingga 30% dapat dihitung sebagai berikut:

- a. Estimasi volume darah
- b. Estimasi volume sel darah merah (RBCV) pada hematokrit preoperatif (RBCV preop)
- c. Estimasi RBCV pada hematokrit 30% (RBCV 30%), dengan asumsi volume darah normal dipertahankan
- d. Hitung RBCV yang hilang bila hematokrit 30%, $RBCV \text{ lost} = RBCV \text{ preop} - RBCV \text{ 30\%}$.
Kehilangan darah yang diperbolehkan = $RBCV \text{ lost} \times 3$.

3. Persiapan Alat

1. Transfusi set.
2. Cairan NaCl.
3. Persediaan darah yang sesuai dengan golongan darah klien, sesuai dengan kebutuhan.
4. Sarung tangan bersih

FORMAT KETRAMPILAN PEMASANGAN INFUS

No	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I.	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
II.	CONTENT/ ISI			
6.	Cek catatan pasien dan program terapi cairan			
7.	Siapkan alat-alat yang diperlukan : Sarung tangan bersih, Sput, Bengkok, Pengalas, Kapas Alkohol, Plester dan Gunting, Plester yang diberi tanggal, Cairan infus, Kasa steril 2 X 2 cm, Tourniket/ manset, Infus set, Albusat berbagai ukuran, kom, bak instrument			
8.	Menanyakan keluhan utama klien			
9.	Jaga privasi klien			
10.	Letakkan pasien pada posisi fowler atau supine jika tidak memungkinkan			
11.	Bebaskan lengan pasien dari lengan baju atau kemeja			
12.	Letakkan manset/ taurniquet 5 – 15 cm diatas tempat penusukan			
13.	Letakkan alas plastik dibawah lengan klien			
14.	Hubungkan cairan infus dengan infus set dan gantungkan			
15.	Periksa label pasien sesuai dengan instruksi cairan yang akan diberikan			
16.	Alirkan cairan infus melalui selang infus sehingga tidak ada udara di dalamnya			

17.	Kencangkan klem sampai infus tidak menetes dan pertahankan kesterilan sampai pemasangan pada tangan disiapkan			
18.	Kencangkan tourniquet/ manset (tekanan dibawah tekanan sistolik)			
19.	Anjurkan pasien untuk mengepal dan membukanya beberapa kali, palpasi dan pastikan tekanan yang akan ditusuk			
20.	Gunakan sarung tangan			
21.	Ucapkan Basmalah sebelum memulai tindakan			
22.	Bersihkan kulit dengan cermat menggunakan kapas alkohol, lalu diulangi dengan kapas betadin. Arah melingkar dari dalam ke luar lokasi tusukan			
23.	Gunakan ibu jari untuk menekan jaringan dan pena 5 cm diatas atau dibawah tusukan			
24.	Pegang jari atau abucat pada posisi 30 derajat pada vena yang akan ditusuk, setelah pasti masuk lalu tusuk perlahan dengan pasti			
25.	Rendahkan posisi jarum sejajar pada kulit dan tarik jarum sedikit lalu teruskan plastik iv catheter ke dalam vena			
26.	Tekan dengan jari ujung plastik iv catheter			
27.	Tarik jarum infus keluar			
28.	Sambungkan plastik iv catheter dengan ujung selang infus			
29.	Lepaskan manset			
30.	Buka selang infus sampai cairan mengalir lancar			
31.	Oleskan dengan salep betadin diatas penusukan, kemudian ditutup dengan kapas steril			
32.	Fiksasi posisi plastik iv catheter dengan plaster			
33.	Atur tetesan infus sesuai ketentuan, pasang plaster yang sudah diberi tanggal			
34.	Mengucapkan Hamdalah setelah melakukan tindakan			
35.	Rapikan alat			
36.	Lepaskan sarung tangan			
37.	Mengakhiri pertemuan dengan baik dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
	TEKNIK			
38	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			

39	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$

FORMAT KETERAMPILAN TRANFUSI DARAH

No	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I.	SIKAP DAN PERILAKU			
38.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
39.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
40.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
41.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
42.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
II.	CONTENT/ ISI			
43.	Persiapan Alat: 1.Transfusi set. 2.Cairan NaCl. 3.Persediaan darah yang sesuai dengan golongan darah klien, sesuai dengan kebutuhan. 4.Sarung tangan bersih			
44.	Dekatkan alat dengan pasien dan petugas kesehatan			
45.	Cuci Tangan			
46.	Gunakan Sarung tangan bersih			
47.	Membaca Basmallah			
48.	Buat jalur intravena, gunakan selang infus yang memiliki filter dengan tipe-Y			
49.	Berikan cairan NaCl terlebih dahulu, kemudian disusul darahnya			
50.	Atur tetesan darah per menit sesuai dengan program			
51.	Mengucapkan Hamdalah setelah melakukan tindakan			
52.	Rapikan alat			

53.	Lepaskan sarung tangan			
54.	Mengakhiri pertemuan dengan baik dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
	TEKNIK			
38	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
39	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 100\%$$



Pemeriksaan Fisik

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu sistem atau suatu organ bagian tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), dan mendengarkan.

Pengkajian Fisik sistem "*head to toe*" meliputi :

- A. Sistem Syaraf Pusat
- B. Sistem Jantung dan pembuluh darah
- C. Sistem Pernafasan
- D. Sistem Pencernaan
- E. Sistem Perkemihan
- F. Sistem Integumen
- G. Sistem Muskuloskeletal
- H. Sistem Physikososial

Ada 2 metode pendekatan dalam pemeriksaan fisik yaitu pendekatan *sistem tubuh* dan pendekatan *head to toe* (ujung kepala – ke kaki). Sangat direkomendasikan kita mengkombinasikan kedua pendekatan tersebut Sangat baik jika kita sebagai perawat/bidan memulai pemeriksaan fisik dari kepala dan leher, kemudian ke dada, dan abdomen, daerah pelvis, *genital area*, dan terakhir di ekstremitas (tangan dan kaki). Dalam hal ini dapat saja beberapa sistem tubuh dapat dievaluasi sekaligus, sehingga pendokumentasiannya dapat dilakukan melalui pendekatan sistem tubuh.

Tehnik yang dilakukan dalam pemeriksaan fisik adalah meliputi *inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi*. Umumnya semua berurutan, kecuali pengakajian fisik di abdomen yang auskultasi dilakukan setelah inspeksi. Inspeksi dilakukan melalui pengamatan langsung, termasuk dengan pendengaran dan penciuman, sedangkan palpasi dengan menggunakan tangan kita untuk merasakan tekstur kulit, meraba adanya massa di bawah kulit, suhu tubuh dan vibrasi/getaran juga dapat dipalpasi. Berbeda dengan perkusi yang digunakan untuk mendengar suara yang dipantulkan jaringan tubuh di bawah kulit atau struktur organ. Suara yang dihasilkan dari ketukan tangan kita dapat dinilai dari timpani atau resonan dan *dull* atau *flat*, sedangkan auskultasi dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan suara organ tubuh, dan penting untuk mengkaji sistem pernapasan, jantung dan sistem pencernaan.

Kriteria pemeriksaan fisik yang penting adalah meliputi :

A. Tanda-tanda vital / *vital sign* (suhu, nadi, pernapasan dan tekanan darah)

A. Observasi keadaan umum pasien dan perilakunya

B. Kaji adanya perubahan penglihatan dan pendengaran

C. Pengakajian *head to toe* seluruh sistem tubuh dengan memaksimalkan tehnik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi

Berikut ini merupakan detail pemeriksaan fisik, yang meliputi *head to toe* dan pendekatan sistem tubuh adalah :

Sistem syaraf pusat

a. Kaji LOC (*level of consciousness*) atau tingkat kesadaran : dengan melakukan pertanyaan tentang kesadaran pasien terhadap waktu, tempat dan orang

b. Kaji status mental

c. Kaji tingkat kenyamanan, adanya nyeri dan termasuk lokasi, durasi, tipe dan pengobatannya.

d. Kaji fungsi sensoris dan tentukan apakah normal atau mengalami gangguan. Kaji adanya hilang rasa, rasa terbakar/panas dan baal.

e. Kaji fungsi motorik seperti : genggam tangan, kekuatan otot, pergerakan dan postur

f. Kaji adanya kejang atau tremor

- g. Kaji catatan penggunaan obat dan diagnostik tes yang mempengaruhi SSP

Sistem Kardiovaskular

- a. Kaji nadi : frekuensi, irama, kualitas (keras dan lemah) serta tanda penurunan kekuatan/pulse deficit
- b. Periksa tekanan darah : kesamaan antara tangan kanan dan kiri atau postural hipotensi
- c. Inspeksi vena jugular seperti distensi, dengan membuat posisi *semi fowlers*
- d. Cek suhu tubuh dengan metode yang tepat, atau palpasi kulit.
- e. Palpasi dada untuk menentukan lokasi titik maksimal denyut jantung
- f. Auskultasi bunyi jantung S1- S2 di titik tersebut, adanya bunyi jantung tambahan, murmur dan bising.
- g. Inspeksi membran mukosa dan warna kulit, lihat tanda sianosis (pucat) atau kemerahan
- h. Palpasi adanya edema di ekstremitas dan wajah
- i. Periksa adanya jari-jari tabuh dan pemeriksaan pengisian kapiler di kuku
- j. Kaji adanya tanda-tanda perdarahan (epistaksis, perdarahan saluran cerna, flebitis, kemerahan di mata atau kulit.
- k. Kaji obat-obatan yang mempengaruhi sistem kardiovaskular dan test diagnostik.

Sistem Respirasi (Pernapasan)

- a. Kaji keadaan umum dan pemenuhan kebutuhan respirasi
- b. Kaji respiratory rate, irama dan kualitasnya
- c. Inspeksi fungsi otot bantu napas, ukuran rongga dada, termasuk diameter anterior dan posterior thorax, dan adanya gangguan spinal
- d. Palpasi posisi trakea dan adanya subkutan emphysema
- e. Auskultasi seluruh area paru dan kaji suara paru normal (vesikular, bronkovesikular, atau bronkial) dan kaji juga adanya bunyi paru patologis (wheezing, crackles atau ronchi)
- f. Kaji adanya keluhan batuk, durasi, frekuensi dan adanya sputum/dahak, cek warna, konsistensi dan jumlahnya dan apakah disertai darah
- g. Kaji adanya keluhan SOB (*shortness of breath*)/sesak napas, dyspnea dan orthopnea
- h. Inspeksi membran mukosa dan warna kulit
- i. Tentukan posisi yang tepat dan nyaman untuk meningkatkan fungsi pernapasan pasien
- j. Kaji apakah klien memiliki riwayat merokok (jumlah per hari) dan berapa lama telah merokok
- k. Kaji catatan obat terkait dengan sistem pernapasan dan test diagnostik

Sistem Pencernaan

- a. Inspeksi keadaan umum abdomen : ukuran, kontur, warna kulit dan pola pembuluh vena (venous pattern)
- b. Auskultasi abdomen untuk mendengarkan bising usus
- c. Palpasi abdomen untuk menentukan : lemah, keras atau distensi, adanya nyeri tekan, adanya massa atau asites
- d. Kaji adanya nausea dan vomitus
- e. Kaji tipe diet, jumlah, pembatasan diet dan toleransi terhadap diet
- f. Kaji adanya perubahan selera makan, dan kemampuan klien untuk menelan
- g. Kaji adanya perubahan berat badan
- h. Kaji pola eliminasi : BAB dan adanya flatus
- i. Inspeksi adanya ileostomy atau kolostomi, yang nantinya dikaitkan dengan fungsi (permanen atau temporal), kondisi stoma dan kulit disekitarnya, dan kesediaan alat
- j. Kaji kembali obat dan pengkajian diagnostik yang pasien miliki terkait sistem GI

Sistem Perkemihan

- a. Kaji kebiasaan pola BAK, output/jumlah urine 24 jam, warna, kekeruhan dan ada/tidaknya sedimen
- b. Kaji keluhan gangguan frekuensi BAK, adanya dysuria dan hematuria, serta riwayat infeksi saluran kemih
- c. Palpasi adanya distensi bladder (kandung kemih)
- d. Inspeksi penggunaan condom catheter, folleys catheter, silikon kateter atau urostomy atau supra pubik kateter
- e. Kaji kembali riwayat pengobatan dan pengkajian diagnostik yang terkait dengan sistem perkemihan

Sistem Integumen

- a. Kaji integritas kulit dan membrane mukosa, turgor, dan keadaan umum kulit (jaundice, kering)
- b. Kaji warna kulit, pruritus, kering, odor
- c. Kaji adanya luka, bekas operasi/skar, drain, dekubitus, dsb
- d. Kaji resiko terjadinya luka tekan dan ulkus
- e. Palpasi adanya nyeri, edema, dan penurunan suhu
- f. Kaji riwayat pengobatan dan test diagnostik terkait sistem integument

Sistem muskuloskeletal

- a. Kaji adanya nyeri otot, kram atau spasme
- b. Kaji adanya kekakuan sendi dan nyeri sendi
- c. Kaji pergerakan ekstremitas tangan dan kaki, ROM (*range of motion*), kekuatan otot
- d. Kaji kemampuan pasien duduk, berjalan, berdiri, cek postur tubuh
- e. Kaji adanya tanda-tanda fraktur atau dislokasi
- f. Kaji ulang pengobatan dan test diagnostik yang terkait sistem musculoskeletal

Sistem Psikososial

- a. Kaji perasaan pasien tentang kondisinya dan penyakitnya
- b. Kaji tingkat kecemasan, mood klien dan tanda depresi
- c. Kaji pemenuhan support sistem
- d. Kaji pola dan gaya hidup klien yang mempengaruhi status kesehatan
- e. Kaji riwayat penyalahgunaan obat, narkoba, alkohol, seksual abuse, emosional dan koping mekanisme
- f. Kaji kebutuhan pembelajaran dan penyuluhan kesehatan

FORMAT KETERAMPILAN PEMERIKSAAN FISIK

No.	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
I.	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan handuk bersih dan air mengalir dan mengeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
II.	CONTENT/ ISI			
6.	Siapkan alat-alat : <ul style="list-style-type: none"> • Senter pena • Otoskop/spekulum nasal • Tong spatel • Kaca gigi • Corong telinga • Stetoskop • Palu reflek • Thermometer • Tensimeter • Jam • Timbangan BB • Metline/ pengukur tinggi badan • Bak berisi larutan clorin 0,5% • Bengkok • Bak instrument • Korentang 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Kapas DTT • Kassa • Sarungtangan • Alat tulis 			
7.	Menyiapkan ruangan: pencahayaan cukup terang, ventilasi cukup, ruangan tenang, privasi terjaga			
8.	Cek catatan pasien terutama indikasi dan kontraindikasi dilakukan pengaturan posisi			
9.	Memakai APD			
10.	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
11.	Mengatur pasien nyaman mungkin			
12.	Mengucapkan Basmalah sebelum memulai tindakan			
13.	Melakukan penilaian secara sistematis keadaan umum pasien, dengan inspeksi terhadap : keadaan umum, kesadaran, status nutrisi, warna kulit, tekstur kulit dan pigmentasi			
14.	Melakukan pemeriksaan pada kepala (inspeksi: bentuk kepala, kebersihan rambut, wajah pucat atau tidak, oedem; palpasi)			
15.	Melakukan pemeriksaan pada mata (inspeksi : bola mata, sclera dan konjungtiva)			
16.	Melakukan pemeriksaan pada hidung (inspeksi : kebersihan hidung , polip, bentuk septum)			
17.	Melakukan pemeriksaan pada mulut dan kerongkongan (inspeksi : labio schisis, palatoschisis, kebersihan mulut, gigi, tonsil/ovula)			
18.	Melakukan pemeriksaan pada telinga (inspeksi : bentuk, kebersihan)			
19.	Melakukan pemeriksaan pada leher (palpasi : kelenjar tiroid, vena jugularis, dan kelenjar limfe)			
20.	Melakukan pemeriksaan pada dada (inspeksi : bentuk; palpasi)			
21.	Melakukan pemeriksaan pada paru-paru (inspeksi: pola nafas; auskultasi dinding paru, suara)			
22.	Melakukan pemeriksaan pada ketiak (palpasi: massa)			

23.	Melakukan pemeriksaan pada abdomen (inspeksi: bentuk, bekas luka operasi; palpasi: nyeri abdomen, massa; auskultasi dengan menggunakan stetoskop)			
24.	Melakukan pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah (inspeksi: warna kuku, kebersihan; perkusi: reflex patella pada ekstremitas bawah)			
25.	Melakukan pemeriksaan punggung dengan inspeksi, perkusi			
26.	Membuka pakaian bagian bawah pasien (celana dalam)			
27.	Melakukan pemeriksaan genetalia (inspeksi) dan kelenjar limfe inguinal			
28.	Melakukan vulva hygiene			
29.	Melakukan pemeriksaan anus (hemorrhoid)			
30.	Mengucapkan Hamdalah dan memebritahu bahwa tindakan telah selesai			
31.	Merapikan klien			
32.	Menginformasikan hasil pemeriksaan dan memberikan umpan balik			
33.	Mengakhiri pertemuan dengan baik dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
III.	TINDAKAN			
34.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
35.	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
36.	Menjaga privasi			
	TOTAL NILAI			

**PEMERIKSAAN ELEKTROKARDIOGRAFI
(EKG)**

PEMERIKSAAN ELEKTROKARDIOGRAFI (EKG)

A. Pengertian

Elektrikardiogram adalah grafik yang merekam perubahan potensial listrik jantung yang dihubungkan oleh waktu. Kegiatan listrik jantung dalam tubuh dapat dicatat dan direkam melalui elektroda-elektroda yang dipasang pada permukaan tubuh (Sundana, 2008).

B. Tujuan:

1. Mengetahui kelainan-kelainan irama jantung
2. Mengetahui daerah iskemi atau infark pada otot jantung
3. Mengetahui adanya pengaruh atau efek obat jantung
4. Mengetahui adanya gangguan keseimbangan elektrolit khususnya kalium

C. Sandapan EKG (ECG Leads)

Untuk memperoleh rekaman EKG, dipasang elektroda-elektroda di kulit pada tempat-tempat tertentu. Penempatan elektroda yang salah akan menghasilkan pencatatan yang berbeda.

Terdapat 2 jenis sandapan (lead) pada EKG

1. Sandapan Bipolar

Merekam perbedaan potensial dari dua elektroda, sandapan ini ditandai dengan angka romawi (I, II, III)

Sandapan I merekam beda potensial antara lengan kanan (RA) dengan lengan kiri (LA) dimana lengan kanan bermuatan (-) dan lengan kiri bermuatan (+).

Sandapan II merekam beda potensial antara lengan kanan (RA) dengan kaki kiri (LF) dimana lengan kanan bermuatan (-) dan kaki kiri bermuatan (+).

Sandapan III merekam beda potensial antara lengan kiri (LA) dengan kaki kiri (LF) dimana lengan kiri bermuatan (-) dan kaki kiri bermuatan (+).

2. Sandapan Unipolar

Sandapan unipolar terbagi menjadi 2, yaitu sandapan unipolar ekstremitas dan sandapan unipolar precordial

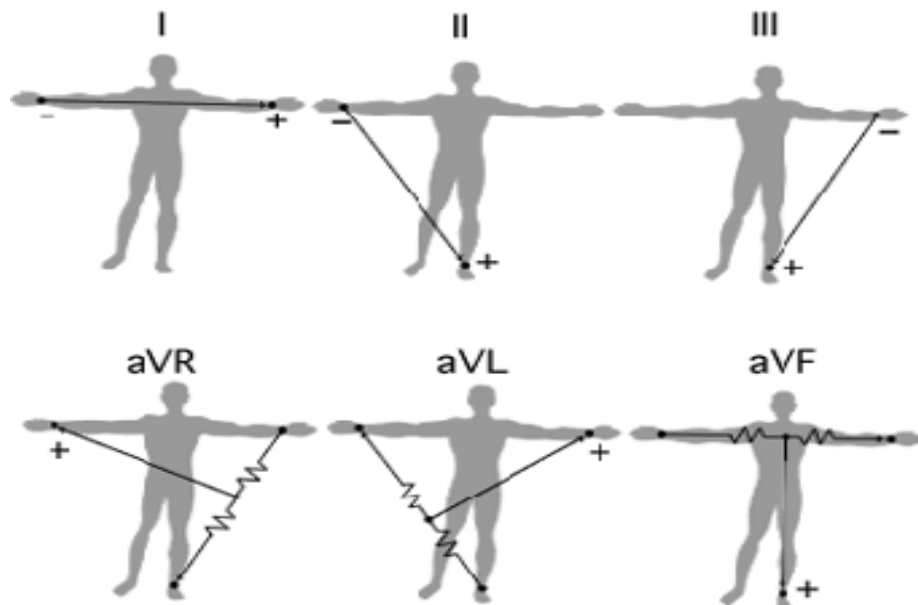
a. Sandapan Unipolar Ekstremitas

Merekam besar potensial listrik pada satu ekstremitas, elektroda eksplorasi diletakkan pada ekstremitas. Gabungan elektroda-elektroda pada ekstremitas yang lain membentuk elektroda indeferen. Sandapan ini ditulis aVR, aVL, dan aVF

Sandapan aVR merekam potensial listrik pada lengan kanan (RA) dimana lengan kanan bermuatan (+), lengan kiri dan kaki kiri membentuk elektroda indeferen.

Sandapan aVL merekam potensial listrik pada lengan kiri (LA) dimana lengan kiri bermuatan (+), lengan kanan dan kaki kiri membentuk elektroda indeferen.

Sandapan aVF merekam potensial listrik pada kaki kiri (LF) dimana kaki kiri bermuatan (+), lengan kanan dan kiri membentuk elektroda indeferen.



b. Sandapan Unipolar Precordial

Merekam besar potensial listrik jantung dengan bantuan elektroda eksplorasi yang ditempatkan di dinding dada, elektroda indeferen diperoleh dengan menggabungkan ketiga elektroda ekstremitas, sandapan ini ditulis V1 sampai V6

Sandapan V1 : intercosta IV garis sternal kanan

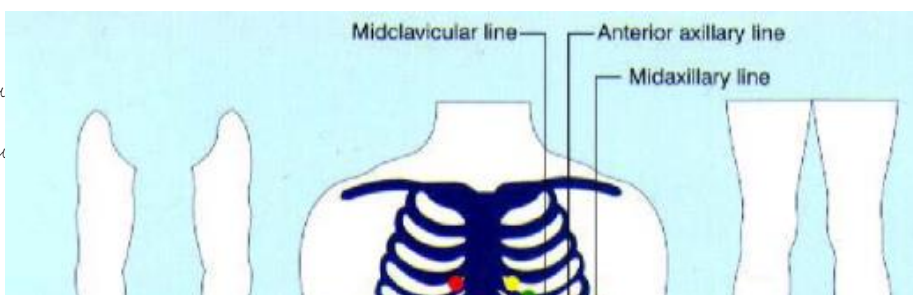
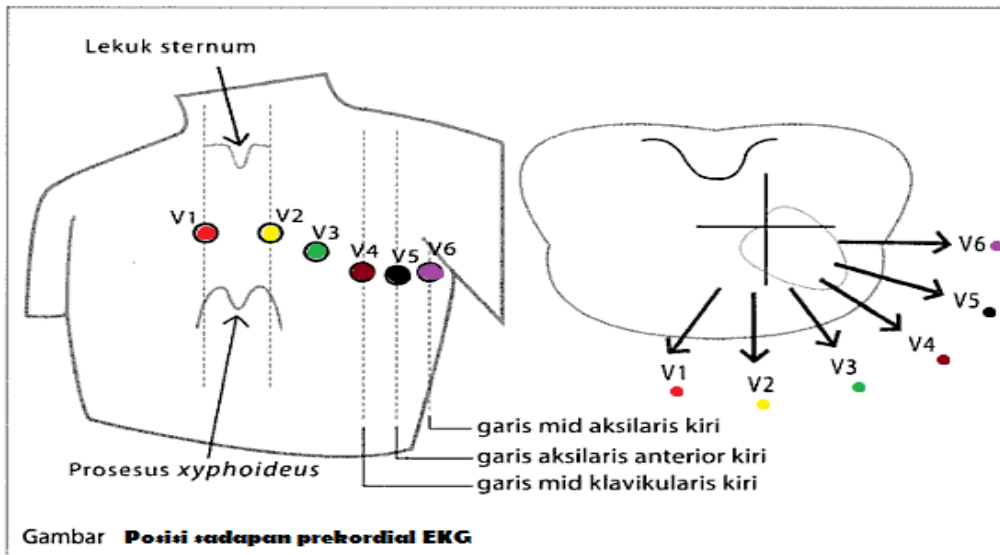
Sandapan V2 : intercosta IV garis sterna kiri

Sandapan V3 : antara V2 dan V4

Sandapan V4 : intercosta V garis midclavícula kiri

Sandapan V5 : sejajar V4 pada garis aksilaris anterior kiri

Sandapan V6 : sejajar V4 pada garis mid aksilaris kiri

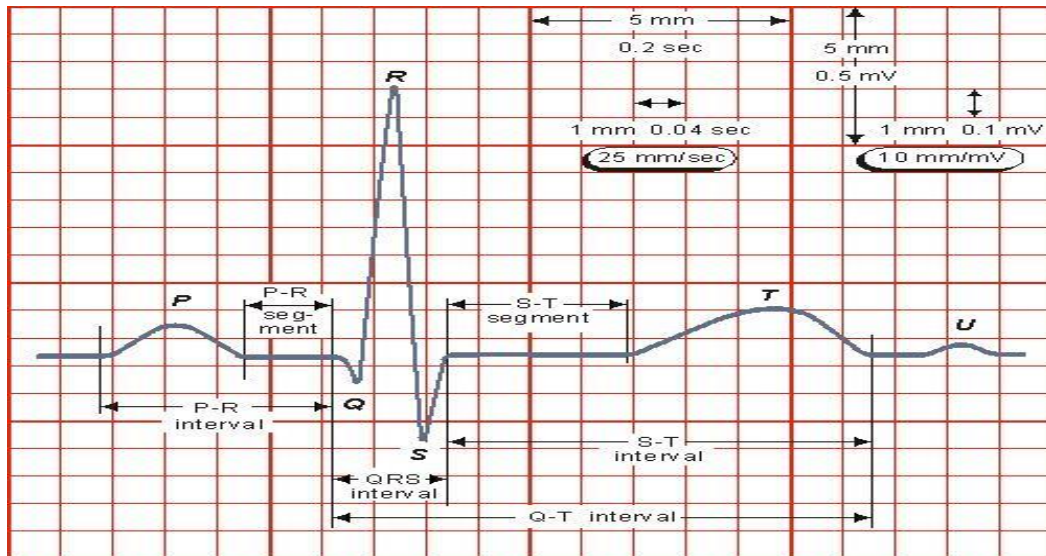


D. Irama Normal Pada EKG

Rekaman EKG biasanya dibuat pada kertas yang berjalan dengan kecepatan standard 25mm/detik dan defleksi 10mm sesuai dengan potensial 1mV

Gambaran EKG normal menunjukkan bentuk dasar sebagai berikut :

1. Gelombang P : Gelombang ini pada umumnya berukuran kecil dan merupakan hasil depolarisasi atrium kanan dan kiri.
2. Segmen PR : Segmen ini merupakan garis iso-elektrik yang menghubungkan antara gelombang P dengan Kompleks QRS.
3. Kompleks QRS : Kompleks QRS merupakan suatu kelompok gelombang yang merupakan hasil depolarisasi ventrikel kanan dan kiri. Kompleks QRS pada umumnya terdiri dari gelombang Q yang merupakan gelombang defleksi negatif.



Yang harus diperhatikan dalam melaksanakan perekaman EKG antara lain :

1. EKG sebaiknya direkam pada pasien yang berbaring di tempat tidur yang nyaman atau pada meja yang cukup lebar untuk menyokong seluruh tubuh. Pasien harus istirahat total untuk memastikan memperoleh gambar yang memuaskan. Hal ini paling baik dengan menjelaskan tindakan terlebih dahulu kepada pasien yang takut untuk menghilangkan ansietas. Gerakan atau kedutan otot oleh pasien dapat merubah rekaman.
2. Kontak yang baik harus terjadi antara kulit dan elektroda. Kontak yang jelek dapat mengakibatkan rekaman suboptimal.
3. Alat elektrokardiografi harus distandarisasi dengan cermat sehingga 1 milivolt (mV) akan menimbulkan defleksi 1 cm. Standarisasi yang salah akan menimbulkan kompleks voltase yang tidak akurat, yang dapat menimbulkan kesalahan penilaian.
4. Pasien dan alat harus di arde dengan baik untuk menghindari gangguan arus bolak-balik.
5. Setiap peralatan elektronik yang kontak dengan pasien, misalnya pompa infus intravena yang diatur secara elektrik dapat menimbulkan artefak pada EKG.

PEMERIKSAAN EKG

NO.	ASPEK YANG DINILAI
A.	Sikap dan Perilaku
	1. Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri
	2. Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.
	3. Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .
	3. Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none"> - Mesin EKG. - Elektroda EKG. - Jelly. - Kapas alkohol pada tempatnya. - Tissue. - Washlap basah. - Alat cukur (kalau perlu). - Kertas dokumentasi EKG, lem, dan gunting.
	4. Mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan tindakan
B.	Content/ Isi
	5. Menjelaskan kepada klien tentang tujuan tindakan pemeriksaan EKG.
	6. Melepaskan alat logam yang digunakan klien, termasuk gigi palsu.
	7. Menganjurkan klien untuk berbaring dengan tenang dan tidak bergerak selama prosedur.
	8. Menjelaskan kepada klien untuk tidak memegang pagar tempat tidur.
C.	Tahap Kerja
	9. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya
	10. Menanyakan keluhan utama klien
	11. Jaga privasi klien
	12. menggunakan sarung tangan
	13. Memulai tindakan dengan cara yang baik
	14. Membuka baju klien bagian atas
	15. Membersihkan area ekstremitas dan dada yang akan dipasang elektroda dengan menggunakan kapas alkohol. Bila terdapat rambut yang cukup tebal cukur bila perlu
	16. Memberikan jelly pada area pemasangan dan pada elektroda.
	17. Pasang kabel dan elektroda (hindari memasang elektroda pada massa otot yang terlalu tebal atau pada struktur tulang) : <ul style="list-style-type: none"> a. Kabel Merah (R) : pada lengan kanan. b. Kabel Kuning (L) : pada lengan kiri. c. Kabel Hijau (F) : pada kaki kiri. d. Kabel Hitam (N) : pada kaki kanan. e. V1 : pada interkostal ke- 4 kanan.

	<p>f. V2 : pada interkostal ke- 4 kiri.</p> <p>g. V3 : pada interkostal ke 4 – 5 antara V2 dan V4.</p> <p>h. V4 : pada interkostal ke-5 linea midclavicularis kiri.</p> <p>i. V5 : horizontal terhadap V4, di linea aksilaris anterior.</p> <p>j. V6 : horizontal terhadap V5, pada línea midaksilaris</p>
	18. Menghubungkan kabel listrik mesin EKG ke sumber listrik.
	19. Menyalakan <i>power On</i> mesin EKG.
	20. Mengatur kecepatan gelombang pada 25 mV.
	21. Mengatur ketinggian rekaman pada skala 1.
	22. Melakukan rekaman <i>12 lead</i> .
	23. Setelah selesai, mematikan power mesin EKG dan lepaskan kabel/elektroda dari tubuh klien, kemudian bersihkan sisa jelly yang menempel dengan tissue.
	24. Merapikan klien dan lingkungannya
	25. Merapikan kembali alat-alat dan membuang sampah
	26. Melepas sarung tangan
	27. Mencuci tangan
D.	Tahap Terminasi
	<p>28. Evaluasi kegiatan</p> <p>29. Beri reinforcement positif</p> <p>30. Kontrak pertemuan selanjutnya</p> <p>31. Membaca Hamdallah selesai melakukan tindakan</p> <p>32. Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb</p> <p>33. Cuci tangan</p>
E.	Dokumentasi
	34. Dokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan beserta respon klien

PERAWATAN JENAZAH

1. Pengertian Jenazah

Kata jenazah bila ditinjau dari segi bahasa berasal dari bahasa arab dan menjadi turunan dari isim mashdar yang diambil dari fi'il madhi *janaza-yajnizu-janazatan wa jinazatan*. Bila huruf *jim* dibaca fathah (*janazatan*), kata ini berarti orang yang telah meninggal dunia. Namun bila huruf *jimnya* dibaca kasrah, maka kata ini berarti orang yang mengantuk.

Lebih jauh, jenazah menurut Ibnu Mas'ud dan Zainal Abidin S., mengartikan jenazah sebagai orang yang telah meninggal yang diletakkan dalam usungan dan hendak dibawa ke kubur untuk dimakamkan.

2. Hal-hal yang harus dilakukan sesudah meninggal

Apabila seseorang meninggal, maka ada beberapa hal yang harus dilakukan yaitu :

- a. Dipejamkan matanya, mendo'akan dan meminta ampunan atas dosanya.
- b. Dilemaskan tangannya untuk disedekapkan di dada dan kakinya diluruskan.
- c. Mengatupkan rahangnya atau mengikatnya dari puncak kepala sampai ke dagu supaya mulutnya tidak menganga/terbuka.
- d. Jika memungkinkan jenazah diletakkan membujur ke arah utara dan badannya diselubungi dengan kain.
- e. Menyebarkan berita kematiannya kepada kerabat-kerabatnya dan handai tauladannya.

Menurut syaria'at Islam, kifayah dalam menyelenggarakan jenazah ada empat macam, yaitu :

- a. Memandikan jenazah
- b. Mengkafani jenazah
- c. Mensholatkan jenazah
- d. Menguburkan jenazah

3. Tata Cara Memandikan Jenazah

Setiap orang muslim yang meninggal dunia harus dimandikan, dikafani dan disholati terlebih dahulu sebelum dikuburkan terkecuali bagi orang-orang yang mati syahid. Hukum memandikan jenazah orang muslim menurut jumhur ulama adalah fardhu kifayah. Artinya, kewajiban ini dibebankan kepada seluruh mukallaf ditempat

itu, tetapi jika telah dilakukan oleh sebagian orang maka gugurlah kewajiban seluruh mukallaf.

4. **Syarat** bagi orang yang memandikan jenazah:

- a. Muslim, berakal, dan baligh
- b. Berniat memandikan jenazah
- c. Jujur dan sholeh
- d. Terpercaya, amanah, mengetahui hukum memandikan mayat dan memandikan sebagaimana yang diajarkan sunnah serta mampu menutup aib si mayat.

5. Mayat yang wajib dimandikan:

- a. Mayat seorang muslim bukan kafir
- b. Bukan bayi yang keguguran dan jika lahir dalam keadaan sudah meninggal tidak dimandikan
- c. Ada sebagian tubuh mayat yang dapat dimandikan
- d. Bukan mayat yang mati syahid (mati dalam peperangan untuk membela agama Allah).

6. **Hal-hal yang harus dipersiapkan sebelum memandikan jenazah**

Siapkan terlebih dahulu segala sesuatu yang dibutuhkan untuk keperluan mandinya, seperti:

- a. tempat memandikan pada ruangan tertutup.
- b. ember, gayung, dan air.
- c. kapas.
- d. kapur barus.
- e. daun bidara/ sidr.
- f. kaos tangan dan sarung tangan kain sesuai dengan jumlah petugas yang memandikan.
- g. Kain penutup mayat 5-6.
- h. Handuk.
- i. Sabun (lebih baik cair), shampoo, cotton buds.
- j. Minyak wangi.
- k. Tempat sampah untuk membuang kotoran

1. Kafan yang menyesuaikan keadaan dan jenis kelamin jenazah.

Sebelum memandikan jenazah ada baiknya kita memenuhi aturan sebelum memandikan jenazah yaitu:

- a. Mengikat kepala mayit.
- b. Meletakkan kedua tangan di atas perut (seperti orang yang melakukan shalat).
- c. Mengikat dan menyatukan persendian lutut.
- d. Menyatukan kedua ibu jari kaki.
- e. Menghadapkan mayit ke arah kiblat.

Orang Yang Utama Memandikan Jenazah

a. Untuk mayat laki-laki

Orang yang utama memandikan dan mengkafani mayat laki-laki adalah orang yang diwasiatkannya, kemudian bapak, kakek, keluarga terdekat, muhrimnya dan istrinya.

b. Untuk mayat perempuan

Orang yang utama memandikan mayat perempuan adalah ibunya, neneknya, keluarga terdekat dari pihak wanita serta suaminya.

c. Untuk mayat anak laki-laki dan anak perempuan

Untuk mayat laki-laki boleh perempuan yang memandikannya dan sebaliknya untuk anak perempuan boleh laki-laki yang memandikannya.

- d. Jika seorang perempuan yang meninggal sedangkan yang masih hidup semuanya hanya laki-laki dan tidak mempunyai suami, atau sebaliknya seorang laki-laki meninggal sementara yang masih hidup hanya perempuan saja dan tidak mempunyai istri, maka mayat tersebut tidak dimandikan tetapi cukup ditayamumkan oleh salah seorang dari mereka dengan memakai lapis tangan.

7. Tata Cara Mengkafani Jenazah

Mengkafani jenazah adalah menutupi atau membungkus jenazah dengan sesuatu yang dapat menutupi tubuhnya walau hanya sehelai kain. Hukum mengkafani jenazah muslim dan bukan mati syahid adalah fardhu kifayah.

a. Untuk Mayat Laki-laki

- 1) Bentangkan kain kafan sehelai demi sehelai, yang paling bawah lebih lebar dan luas serta setiap lapisan diberi kapur barus.

- 2) Angkatlah jenazah dalam keadaan tertutup dengan kain dan letakkan diatas kain kafan memanjang lalu ditaburi wangi-wangian.
- 3) Tutuplah lubang-lubang (hidung, telinga, mulut, kubul dan dubur) yang mungkin masih mengeluarkan kotoran dengan kapas.
- 4) Selimutkanlah kain kafan sebelah kanan yang paling atas, kemudian ujung lembar sebelah kiri. Selanjutnya lakukan seperti ini selebar demi selebar dengan cara yang lembut.
- 5) Ikatlah dengan tali yang sudah disiapkan sebelumnya dibawah kain kafan tiga atau lima ikatan.
- 6) Jika kain kafan tidak cukup untuk menutupi seluruh badan mayat maka tutuplah sebagian kepalanya dan bagian kakinya yang terbuka boleh ditutup dengan kayu, rumput atau kertas. Jika seandainya tidak ada kain kafan kecuali sekedar menutup auratnya saja. Maka tutuplah dengan apa saja yang ada.

b. Untuk Mayat Perempuan

Kain kafan untuk mayat perempuan terdiri dari 5 lembar kain putih, yang terdiri dari:

- 1) Lembar pertama berfungsi menutupi seluruh badan
 - 2) Lembar kedua berfungsi sebagai kerudung kepala
 - 3) Lembar ketiga berfungsi sebagai baju kurung
 - 4) Lembar keempat berfungsi untuk menutup pinggang hingga kaki
 - 5) Lembar kelima berfungsi untuk menutup pinggul dan paha
- i. Adapun tata cara mengkafani mayat perempuan yaitu:
- 6) Susunlah kain kafan yang sudah dipotong-potong untuk masing-masing bagian dengan tertib. Kemudian, angkatlah jenazah dalam keadaan tertutup dengan kain dan letakkan diatas kain kafan sejajar, serta taburi dengan wangi-wangian atau kapur barus.
 - 7) Tutuplah lubang-lubang yang mungkin masih mengeluarkan kotoran dengan kapas
 - 8) Tutupkan kain pembungkus pada kedua pahanya
 - 9) Pakaikan sarung
 - 10) Pakaikan baju kurung
 - 11) Dandani rambutnya dengan tiga dandan, lalu julurkan kebelakang
 - 12) Pakaikan kerudung

13) Membungkus dengan lembar kain terakhir dengan cara menemukan kedua ujung kain kiri dan kanan lalu digulungkan kedalam

14) Ikat dengan tali pengikat yang telah disiapkan

8. Tata Cara Mensholatkan Jenazah

Ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melaksanakan sholat jenazah, yaitu :

- a. Jenazah diletakkan di arah kiblat (didepan imam apabila berjama'ah atau didepan orang yang mensholatkannya apabila sendiri). Posisi jenazah, kepalanya sebelah kanan dan kaki sebelah kiri imam.
- b. Pada jenazah laki-laki imamnya berdiri sejajar dengan dada jenazah, sedangkan apabila jenazahnya perempuan, maka imam berdiri sejajar dengan pinggang jenazah
- c. Setelah jama'ah salat jenazah siap untuk melaksanakan salat jenazah tersebut, kemudian berniatlah didalam hati untuk melaksanakan salat jenazah.

Orang yang paling utama untuk melaksanakan sholat jenazah yaitu :

- a. Orang diwasiatkan si mayat dengan syarat tidak fasik atau tidak ahli bid'ah
- b. Ulama atau pemimpin terkemuka ditempat itu
- c. Orang tua si mayat dan seterusnya ke atas
- d. Anak-anak si mayat dan seterusnya ke bawah
- e. Keluarga terdekat
- f. Kaum muslimin seluruhnya

9. Tata Cara Melakukan Sholat Jenazah adalah sebagai berikut :

- a. Niat sholat jenazah
- b. Takbir 4 kali
 - Takbir pertama membaca Al-Fatihah
 - Takbir kedua membaca membaca shalawat
 - Takbir ketiga membaca doa untuk si mayat
 - Takbir keempat diam sejenak dan membaca doa

10. Tata Cara Menguburkan Jenazah

- a. Jenazah siap untuk dikubur. Allahul musta'an.
- b. Jenazah diangkat diatas tangan untuk diletakkan didalam kubur

- c. Disunnahkan memasukkan jenazah ke liang lahat dari arah kaki kuburan lalu diturunkan kedalam liang kubur secara perlahan. Jika tidak memungkinkan, boleh menurunkannya dari arah kiblat.
- d. Pertugas yang memasukkan jenazah ke lubang kubur hendaklah mengucapkan.” BISMILLAHIWA’ALAMILLATI RASULILLAHI” ketika menurunkan jenazah ke lubang kubur
- e. Tidak perlu meletakkan bantalan dari tanah ataupun batu dibawah kepalanya, sebab tidak ada dalil shahih yang menyebutkannya.
- f. Setelah jenazah diletakkan didalam rongga liang lahad dan tali-taliselain kepala dan kaki dilepas, maka rongga liang lahat tersebut ditutup dengan batu bata atau papan kayu
- g. Lalu sela-sela batu bata itu ditutup dengan tanah liat agar menghalangi sesuatu yang masuk sekaligus untuk menguatkannya
- h. Disunnahkan bagi para pengiring untuk menabur tiga genggaman tanah ke dalam liang kubur setelah jenazah diletakkan didalamnya.
- i. Hendaklah meninggikan makam kira-kira sejengkal sebagai tanda agar tidak dilanggar kehormantannya.