

MODUL PRAKTIKUM FUNDAMENTAL OF MIDWIFERY III PB009

2020/2021



Universitas
Alma Ata

Program Studi Kebidanan
Program Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan
Universitas Alma Ata Yogyakarta

VISI

Pada tahun 2035 menjadi program studi yang mampu menghasilkan lulusan bidan profesi unggul di bidang health promotion kebidanan, mandiri, berdaya saing global berkontribusi terhadap pembangunan kesejahteraan bangsa dan peradaban dunia berlandaskan nilai-nilai ke-Islaman dan kebangsaan Indonesia.

MISI

1. Menyelenggarakan kegiatan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat (Tri Dharma Perguruan Tinggi) di bidang kebidanan, yang unggul dalam health promotion, bermutu tinggi dan berdaya saing global, berlandaskan nilai-nilai keislaman dan Kebangsaan Indonesia, serta berkontribusi terhadap pembangunan kesejahteraan bangsa dan peradaban dunia.
2. Mengimplementasikan dan menyelaraskan sistem dan atmosfer akademik yang kondusif bagi terwujudnya budaya mutu (quality culture) dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi melalui pengembangan tata kelola perguruan tinggi yang baik (Good University Governance) secara bertahap dan berkelanjutan serta berkesinambungan.

HALAMAN PENGESAHAN

Nama Matakuliah : Fundamental of Midwifery III

Kode Matakuliah : PB009/ 5 sks (3T, 2 P)

Pelaksanaan : Semester III

Dosen Pengampu :

FARIDA ARYANI, S.ST., M.Keb

INDAH WIJAYANTI, S.ST., M.Keb., Bd

WINDA ROFIYATI

ISTI CHANA ZULIYATI, S.ST., M.Keb

Yogyakarta, 12 Agustus 2020

Kaprodi Program Sarjana
Dan Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Ilmu Ilmu Kesehatan
Universitas Alma Ata Yogyakarta



Fatimatasari, M.Keb.Bd

Liaison Officer



Farida Aryani, S.ST., M.Keb

Dekan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan
Universitas Alma Ata Yogyakarta



Dr. Yhona Paratmanitya S.Gz., Dietisien., MPH

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 Fundamental of Midwifery III.

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 Modul Fundamental of Midwifery III 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, 12 Agustus 2020

Liaison Officer

Farida Aryani, S.ST., M.Keb

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	1
LEMBAR PENGESAHAN	2
KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI	4
PENDAHULUAN	5
A. DESKRIPSI MATA KULIAH	5
B. TUJUAN	5
C. SASARAN	5
D. BEBAN SKS	6
E. DOSEN INSTRUKTUR	6
F. DAFTAR ALAT	6
G. TATA TERTIB	9
H. KELOMPOK PRAKTIKUM	
I. MATERI DAN CHECKLIST	

PENDAHULUAN

Kebutuhan manusia adalah segala sesuatu yang dibutuhkan oleh manusia untuk mempertahankan keseimbangan kondisi fisiologis dan psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Materi konsep kebutuhan manusia merupakan bagian dari materi dalam mata pelajaran konsep dasar tenaga kesehatan baik perawat atau bidan. Materi tentang konsep kebutuhan manusia merupakan pengetahuan yang sangat penting. Hasil dari pengkajian akan menjadi dasar-dasar keputusan dari setiap tindakan yang akan dilakukan, diawali dengan menanyakan keluhan yang dirasakan oleh klien. Manusia sebagai makhluk holistic yang terdiri dari unsur biologis, psikologis, social, dan spiritual yang masing-masing dari unsur tersebut memiliki kebutuhannya sendiri. Maka bidan dalam menjalankan tugasnya dalam memberikan asuhan kebidanan adalah mengacu pada pemenuhan kebutuhan-kebutuhan tersebut. Atas dasar hal itu, maka menjadi sangat penting seorang bidan memahami secara lengkap dan benar tentang apa saja yang termasuk kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan dasar manusia dimulai dari pemenuhan kebutuhan oksigen, nutrisi, hygiene, kebutuhan eliminasi, sampai *basic life support*. Untuk upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia ini juga memperhatikan promosi kesehatan yang perlu dilakukan, tidak hanya tindakan kuratif dan rehabilitatif.

I. DESKRIPSI MATA AJAR

Matakuliah Fundamental of Midwifery III merupakan salah satu mata kuliah yang memberikan dasar keilmuan bagi mahasiswa kebidanan. Setelah mempelajari mata kuliah Fundamental of Midwifery III diharapkan memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk menjelaskan pencegahan infeksi, kebutuhan dasar manusia, pemberian obat dalam praktik kebidanan, dan *basic life support*.

II. CAPAIAN PEMBELAJARAN :

a. Capaian Pembelajaran Lulusan

- 1) S2 : Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral dan etika. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika.

- 2) S9: Menunjukkan sikap nertanggung jawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri
- 3) KU1: Mampu menerapkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan inovatif dalam konteks pengembangan atau implementasi ilmu pengetahuan dan teknologi yang memperhatikan dan menerapkan nilai humaniora yang sesuai dengan bidang keahliannya
- 4) KU2: Mampu menunjukkan kinerja mandiri, bermutu tinggi, dan terukur.
- 5) KU5: Mampu mengambil keputusan secara tepat dalam konteks penyelesaian masalah di bidang keahliannya, berdasarkan hasil analisis informasinya dan data
- 6) KK1: Mampu melakukan asuhan kebidanan secara holistik, komprehensif dan berkesinambungan yang di dukung kemampuan berpikir kritis, reflektif dan rasionalisasi klinis dengan pertimbangan filosofi, keragaman budaya, keyakinan, sosial ekonomi, keunikan individu, sesuai lingkup praktik kebidanan meliputi asuhan pranikah, prakonsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, bayi, anak balita, anak prasekolah, kesehatan reproduksi (remaja, perempuan, usia subur dan perimenopause), serta pelayanan KB.
- 7) KK2: Mampu mengelola pertolongan persalinan fisiologis atas tanggung jawab sendiri
- 8) KK3: Mampu melakukan deteksi dini, didukung kemampuan berfikir kritis dan rasionalisasi klinis sesuai lingkup asuhan kebidanan
- 9) KK4: Mampu melakukan konsultasi, kolaborasi dan rujuk
- 10) KK5: Mampu melakukan penanganan awal gawat darurat maternal neonatal sesuai standar mutu yang berlaku.
- 11) KK6: Mampu malakukan pelayanan kontrasepsi alamiah, sederhana, hormonal, dan jangka panjang (AKDR dan AKBK) dan konseling kotrasepsi mantap seusi dengan standar dan memperhatikan aspek budaya setempat.
- 12) KK10: Mampu melakukan manajemen kebidanan komunitas, termasuk upaya negosiasi, advokasi, dan kolaborasi inter profesional, dalam upaya meningkatkan status kesehatan ibu dan anak
- 13) P2: Menguasai konsep teoritis ilmu obstetric dan ginekologi, serta ilmu kesehatan anak secara umum;

14) P7: Menguasai konsep dasar, prinsip, teknik bantuan hidup dasar (Basic Life Support) dan pasien safety

b. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- 1) Mampu menjelaskan, berfikir kritis, mendemonstrasikan pencegahan infeksi, pasien safety dan K3 dalam aplikasinya di pelayanan kebidanan
- 2) Mampu menjelaskan, mendemonstrasikan dan berfikir kritis mengenai kebutuhan dasar manusia dalam aplikasinya pada asuhan kebidanan
- 3) Mampu menjelaskan, mendemonstrasikan dan berfikir kritis mengenai pemberian obat dalam asuhan kebidanan
- 4) Mampu mengetahui, menjelaskan, mendemonstrasikan dan berfikir kritis mengenai basic life support dalam praktik kebidanan.

III. Sasaran

Mahasiswa semester III

IV. Beban Sks

2 sks Praktikum

V. Dosen Instruktur

FARIDA ARYANI, S.ST., M.Keb
INDAH WIJAYANTI, S.ST., M.Keb., Bd
WINDA ROFIYATI
ISTI CHANA ZULIYATI, S.ST., M.Keb

VI. Daftar Alat

NO	Alat	TEMA/MATERI
1.	<ol style="list-style-type: none">1. Jeli: 1 buah2. Kateter nasal/kanul nasal: 1 buah3. Sungkup Muka Kantong Non Rebreathing (NRM): 1 buah4. Sungkup Muka Kantong Rebreathing (RM), : 1 buah5. Humidifier dan Tabung oksigen/sentral oksigen : 1 buah6. Kasa kering7. Bengkok: 1 buah	Oksigenasi

2.	<p>A. Pemasangan NGT :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NGT (No 14 or 16 atau untuk infant biasadigunakan no.8, Dewasa ukuran 18); 1 buah 2. Jelly: 1 buah 3. Klem: 1 buah 4. Pinset: 1 buah 5. Handuk : 1buah 6. Tissue: 1 wadah 7. Bengkok: 1buah 8. Segelas air putih dan sedotan 9. Plester: 1 buah 10. Sduit 20 cc atau 10 cc: 1 buah 11. Kapas alcohol 12. Stetoscope: 1 buah 13. Spatel lidah:1buah 14. Senter: 1buah 15. Handscoon 16. Bak instrument steril: 1 buah 17. Bengkok: 1 buah <p>B. Pemberian nutrisi per NGT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suplemen nutrisi yang diprogramkan 2. Sduit 20cc: 1 buah 3. Gelas atau cangkir : 1buah 4. Air putih 5. Sarung tangan bersih: 1 buah 6. Bengkok: 1 buah 	Pemberian nutrisi
3.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perlak: 1buah 2. Kapas DTT: 1 buah 3. Com air DTT: 1 buah 4. Bengkok : 1 buah 5. Handscoon : 1box 6. Bak instrument: 1 buah 	Personal hygiens
4.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pispot : 1 buah 2. Alas : 1 buah 3. Botol berisi air cebok : 1 buah 4. Tissue : 1 box 5. Selimut : 1 buah 6. Bengkok : 1 buah 7. Hanscun: 1 box 	Membantu BAK, BAB
5.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kom dan kapas : 2 buah 2. Alkohol : 1 botol 3. Botol spesimen yang telah disterilkan : 2 buah 4. Bengkok : 2 buah 5. Hanscoen bersih : 1 boks 6. Tornikuet : 2 buah 7. Sduit 0.5 cc : 5 buah 	Pengambilan sampel darah

	8. Sduit 3 cc : 5 buah 9. Vacicopen : 1 buah 10. Lanset: 1 buah 11. Obat antikoagulan : 1 botol 12. Bak instrumen kecil : 2 buah 13. Phantom lengan : 2 buah 14. Alas : 2 buah 15. Kom klorin: 1 buah	
6.	<p>Pemasangan Infus:</p> 1. standar infus : 1 buah 2. Sarung tangan bersih: 1buah 3. Sduit : 1 buah 4. Bengkok: 1 buah 5. Pengalas: 1buah 6. Kapas Alkohol 7. Plester: 1buah 8. Gunting : 1buah 9. Cairan infus (RL, Dextrose, NaCl): 1buah 10. Kasa steril: 1buah 11. Tourniket/ manset: 1buah 12. Infus set: 1 buah 13. Albusat berbagai ukuran 14. Kom: 1 buah 15. Bak instrument: 1buah	Pemasangan infus dan tranfusi darah
	<p>Tranfusi darah:</p> 1. standar infus : 1 buah 2. Sarung tangan bersih: 1buah 3. transfusi set : 1 buah 4. NaCl 0,9%: 1 buah 5. Darah sesuai dengan kebutuhan pasien 6. Jarum infus/abocath atau sejenisnya sesuai dengan ukuran. 7. Pengalas : 1buah 8. Tourniquet : 1 buah 9. Kapas alkohol 10. Plester: 1 buah 11. Gunting: 1 buah 12. Kasa steril : 1buah 13. Betadine : 1buah	
7.	1. Sduit 1 cc : 5 buah 2. sduit 3 cc : 5 buah 3. sduit tuberkulin : 5 buah 4. sduit insulin : 5 buah 5. kapas alkohol : secukupnya	Injeksi

	<ul style="list-style-type: none"> 6. kom : 2 buah 7. bengkok : 2 buah 8. sarung tangan bersih : 1 boks 9. baki obat : 2 buah 10. needle berbagai ukuran : 5 buah 11. sample obat cyanocobalamin/depo neo (IM) : 1 ampul 12. obat cefotaxime (SC) : 1 ampul 13. insulin : 1 ampul 14. safety boks : 1 buah 15. larutan clorin : 500 cc 16. phantom bokong : 1 buah 17. phantom lengan : 1 buah 	
18.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Bak instrument : 2 buah 2. Handscoen : 1 boks 3. Pinset anatomis : 2 buah 4. Pinset sirurgis : 2 buah 5. Gunting plester : 2 buah 6. Kassa steril : secukupnya 7. Kapas tupers : secukupnya 8. Kom betadin : 2 buah 9. Kom untuk kapas tupers dan kassa deppers : 2 buah 10. Kom Na Cl : 2 buah 11. Bengkok : 2 buah 12. Selimut : 1 buah 13. Perlak pengalas : 1 buah 14. Cairan NaCl : 500 cc 15. Salep gentamicin/kemycetin : 2 buah 16. Plester : 2 buah 17. Sofratul : 2 buah/klp 18. Larutan klorin 0,5% : 500 cc 19. Waskom : 2 buah 20. Tempat sampah : 2 buah 	Perawatan luka
19.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Phantom RJP dewasa: 1 buah 2. Baskom klorin : 2 buah 3. Bengkok : 2buah 4. Bak intrument : 1 buah 5. Ambu bag+ sungkup dewasa: 1 buah 6. Handscoen : 1boks 7. Tissue : 1 box 8. Mayo/Gudel warna hijau 80 mm: 4 buah 9. Mayo/Gudel warna kuning 90 mm: 4 buah 	Resusitasi dewasa
20.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Phantom bayi: 1 buah 2. Oksigen : 1 buah 3. Lampu sorot : 1buah 4. Baskom klorin : 2 buah 5. Handuk : 2 buah 	Resusitasi bayi

6. Bengkok : 2buah 7. Tempat linen kotor : 1 buah 8. Selimut : 1 buah 9. Kain bedong : 2 buah 10. Bak instrument : 1 buah 11. Alas perlak : 1 buah 12. Korentang : 1 buah 13. Penghisap lendir : 2buah 14. Ambu bag : 1 buah 15. Baju dan topi bayi : 2 stell 16. Kapas : secukupnya 17. Kassa : secukupnya 18. Handscoen : 1boks 19. Sabun cuci tangan : 1 botol 20. Tempat sampah : 1buah	
---	--

VII. Tata Tertib

1. Tata Tertib Praktikum

- 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.

2. 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.

VIII. Kelompok Praktikum

NO	NIM	NAMA	KEL
1	190700002	ANGGI WIDIYANTI	A
2	190700003	APRIANTI	
3	190700004	ASUSAN	
4	190700005	AYU PRAMESTYA AMELIA	
5	190700006	CHRISTIANI GEARALDIN	
6	190700007	DEWI PUSVITA SARLI HANAFI	
7	190700008	DWI HASANAH ISNAINI	
8	190700009	ELSA FITRI BUABES	

9	190700010	ERVITA NUR FITRIA TUHAREA
10	190700011	FARIDATUL LAILA
11	190700012	FATIKHA KHOIRUN NISA
12	190700013	HANAVI NOOR ALIFAH
13	190700014	INDRIANA SUSANTI
14	190700015	ISNAINI LATIFAH AL-FAHRIAH
15	190700016	LULU AGUSTIA
16	190700017	MIRNA RAHAYU
17	190700018	NGIDOTI MUSONAH
18	190700019	NIRMALA SARI RUHBAN
19	190700020	NISRINA AFIFATURROHMAH
20	190700021	NUR ANISA
21	190700022	NUR FITRIANI
22	190700024	NURUL ILMI DAENG BARANG
23	190700026	PUTRI NUR HASANAH
24	190700027	RAFIKA VARA ALVIANA
25	190700028	RIZKA UTAMI
26	190700029	RUSLIANA KAPOTA
27	190700030	SITI MAWARDANI
28	190700031	SITI NUR AISAH
29	190700032	SITI NURUL KOMALASARI
30	190700033	UMMI SA'DIYAH
31	190700034	VERA THASYA ASHARI
32	190700035	WINDI ASTIANI

B

C

D

IX. Materi Praktikum

1. Oksigenasi
2. Pemberian Nutrisi
3. Personal Hygiens
4. Membantu BAK, BAB
5. Pengambilan sampel darah
6. Pemasangan infus dan transfuse
7. Injeksi
8. Perawatan luka
9. Resusitasi dewasa
10. Resusitasi bayi
11. Kebutuhan cairan elektrolit pada kasus kebidanan

MATERI 1

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 (%HO₂)
- 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	8-12 liter/menit: 60-80%	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan FiO₂ yang diberikan • Humidifikasi O₂ yang 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirasi bila muntah • Empisema subkutan ke dalam jaringan mata pada

	<p>/Rebreathing Mask (RM): Udara inspirasi sebagian bercampur dengan udara ekspirasi 1/3 bagian volume ekshalasi masuk kantong, 2/3 bagian volume ekshalasi melewati lubang-lubang di samping masker</p>		<p>relatif lebih mudah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak menyebabkan membrane mukosa kering 	<p>aliran O2 tinggi dan nekrose apabila sungkup muka dipasang terlalu ketat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengganggu makan dan bicara pasien
4.	<p>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</p>	<p>8-12 liter/menit: 90%</p>	<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

	tidak mempengaruhi			
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 Tidak menyebabkan membran mukosa kering 	<ul style="list-style-type: none"> Aspirasi bila muntah Nekrose bila pemasangan sungkup terlalu ketat
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 bronkopulmunal: pada pemberian oksigen konsentrasi tinggi
- Retrolental fibroplasia, terutama pada bayi prematur
- Penurunan *mucociliary 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			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isi glas humidifier dengan <i>water irrigation</i> setinggi batas yang tertera 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menghubungkan flow meter dengan tabung oksigen/sentral oksigen 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cek fungsi flow meter dan humidifier dengan memutar pengatur konsentrasi O2 dan amati ada tidaknya gelembung udara dalam glas <i>flow meter</i> 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menghubungkan kateter/kanul nasal dengan flow meter 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alirkan oksigen ke: <ul style="list-style-type: none"> - Kateter nasal dengan aliran antara 1-6 liter - Kanul nasal dengan aliran antara 1-6 liter 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cek aliran keteter/kanul nasal dengan menggunakan punggung tangan untuk mengetahui ada tidaknya aliran oksigen 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Olesi ujung kateter nasal/kanul nasal dengan jeli sebelum di pakai 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasang kateter/kanul nasal pada pasien 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tanyakan pada pasien apakah oksigen telah mengalir sesuai yang diinginkan 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapikan peralatan kembali 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuci tangan 			
9.	Sungkup Muka Kantong Non Rebreathing (NRM)			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isi glas humidifier dengan <i>water irrigation</i> setinggi batas yang tertera 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menghubungkan flow meter dengan tabung oksigen/sentral oksigen 			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 water irrigation setinggi batas yang tertera			
	▪ Menghubungkan flow meter dengan tabung oksigen/sentral oksigen			
	▪ Cek fungsi flow meter dan humidifier dengan memutar pengatur konsentrasi O ₂ 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 O ₂ 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%

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

MATERI 2

PEMBERIAN 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.

A. 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*

FORMAT KETRAMPILAN PEMASANGAN NGT

N O	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, Spuit 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 jelly 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 denganmenutup 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 memutarnya 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%

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

B. 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, Spuit 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 spuit 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 sisanya, misalnya programnya 100 cc, residu 20 maka masukkan nutrisi 80 cc. ▪ 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.	Masukkan makanan atau medikasi: <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.	Memeberitahu bahwa tindakan telah selesai dan membaca Hamdalah			
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%

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

MATERI 3

PERSONAL HYGIENS

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 KETRAMPILAN 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			
9.	Berikan perawatan oral jika belum dilakukan			
10.	Atur posisi klien (bila mungkin angkat bantal dan naikkan bagian kepala setinggi 30 ⁰ , letakkan handuk di bawah kepala klien)			
11.	Mulai mandi <ul style="list-style-type: none"> a. Letakkan handuk untuk wajah di atas dada klien, masukkan ke bawah dagu b. Buat sarung tangan dengan handuk kecil/gunakan waslap 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. d. Tanyakan pada klien apakah ingin menggunakan sabun pada wajah. Bersihkan dan keringkan wajah, leher, dan telinga klien. 			

	<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. Pelihara agar perut tetap tertutup selama dibersihkan. Bersihkan dan keringkan dengan baik.</p> <p>n. Buka kaki yang terjauh dengan selimut mandi ke arah</p>			
--	---	--	--	--

	<p>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</p>			
--	---	--	--	--

	daerah genitalia dan bersihkan daerah genetalia, 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%

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

MATERI 4

MEMBANTU BUANG AIR KECIL (BAK) DAN BUANG AIR BESAR (BAB)

Buang Air Kecil (BAK) adalah suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urin dengan membantu BAK pada klien di tempat tidur. BAK merupakan kebutuhan setiap manusia yang harus terpenuhi. Tindakan memberikan bantuan pada pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan dasar eliminasi urin karena ketidakmampuan atau keterbatasan untuk melakukan sendiri karena masalah imobilitas fisik atau keadaan sakit.

FORMAT KETRAMPILAN MEMBANTU BAK DAN BAB

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 consent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Mengucapkan Basmalah sebelum memulai tindakan			
7.	Pakaian pasien bagian bawah ditanggalkan dan bagian yang terbuka ditutup dengan selimut.			
8.	Pasien dianjurkan menekuk lutut (<i>dorsal recumbent</i>) dan angkat bokong serta pasang pengalas.			
9.	BAK: Pasang pispot (wanita)/urinal (laki-laki). BAB: pasang pispot (wanita/ laki-laki)			
10.	Bila telah selesai anus dan daerah sekitar genetalia dibersihkan dengan air dan keringkan dengan tissue, diulang beberapa kali sampai bersih.			
11.	Pispot diangkat atau urinal dan urine diamati, bila ada kelaian segera dicatat.			

12.	Pasien dirapikan dan pakaian bawah dipasang.			
13.	Pengalas dan selimut diangkat.			
14.	Rapikan tempat tidur			
15.	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan mengucapkan Hamdalah			
16.	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				

MATERI 5

PENGAMBILAN SAMPEL DARAH

A. PENGAMBILAN SAMPEL DARAH PADA BAYI

Dalam kegiatan pengumpulan sampel darah dikenal istilah *phlebotomy* yang berarti proses mengeluarkan darah. Dalam praktek laboratorium klinik, ada 3 macam cara memperoleh darah, yaitu : melalui tusukan vena (*venipuncture*), tusukan kulit (*skinpuncture*) dan tusukan arteri atau nadi.

1. Darah Kapiler .

Lokasi : – ujung jari tangan / anak daun telinga (dewasa) -tumit / ibu jari kaki (bayi)

2. Darah Vena

Biasanya diambil dari lipatan siku tangan.

Pada orang dewasa biasanya diambil dari vena median cubiti. Pada bayi, dapat digunakan vena jugularis superficialis atau sinus sagittalissuperior.

-digunakan dalam pengambilan sampel darah dengan volume yang cukup banyak, misalnya, 10 ml.

3. Darah Arteri

Biasanya dari lipatan paha/pergelangan tangan.

Arteri yang biasanya diambil: arteri femoralis dan arteri radialis.

Digunakan sebagai sampel darah untuk pemeriksaan AGDA dan elektrolit.

Karena digunakan dalam pemeriksaan AGDA

Volume darah yang diambil

0-20ml dewasa

1-5ml anak-anak

1-3 ml bayi

**CHEKLIST
PENGAMBILAN SAMPEL DARAH PADA BAYI**

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
A	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.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
B	CONTENT/ ISI			
Pra Tindakan				
6.	Melakukan anamnesa untuk mengetahui riwayat Persalinan, riwayat terapi dan transfusi			
7.	Menyiapkan pasien/ bayi			
8.	Menyiapkan alat			
9.	Mencuci tangan dengan air dan sabun, keringkan dengan handuk bersih			
10.	Memakai sarung tangan yang sudah di DTT			
Tindakan pengambilan darah dari Tunit Bayi				
11.	Melakukan pembersihan daerah yang akan di tusuk dengan alkohol 70%, keringkan dengan kasa steril			
12.	Mengawali kegiatan dengan mengucap Basmalah			
13.	Melakukan penusukan di daerah yang sudah ditentukan dengan posisi jarum 90%			
14.	Mengusap darah yang keluar pertama dengan kasa steril			
15.	Meneteskan darah tepat di tengah kertas saring sampai penuh dan tembus ke belakang (usahakan 2 lingkaran penuh)			
16.	Menutup bekas tusukan dengan kasa dan diplester			
17.	Mengucapkan Hamdalah pada akhir tindakan			

18.	Menempatkan kertas saring pada tempat pengeringan			
19.	Melakukan tindakan dengan hati hati dan percaya diri			
Pasca Tindakan				
20.	Merapikan bayi dan menyerahkan pada keluarganya			
21.	Membuang bahan-bahan yang tidak dipakai lagi ke tempat sampah yang sudah disediakan			
22.	Merendam alat dan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%			
23.	Mecuci tangan dengan air dan sabun, dikeringkan dengan handuk bersih			
Konseling pasca Tindakan				
24.	Menjelaskan bahwa tindakan pengambilan darah sudah dilakukan			
25.	Menjelaskan umpan balik hasil pemeriksaan dari laboratorium yang ditunjuk			
26.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
Total Nilai				

Nilai batas lulus = 75%

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

B. PENGAMBILAN SAMPEL DARAH VENA

Cairan tubuh, sekresi, dan ekskresi mengandung informasi penting yang berkaitan dengan keseimbangan fisiologis. Setiap cairan mempunyai elemen-elemen tertentu yang tetap pada proporsi dan kuantitas yang relatif dalam keadaan sehat. Pemeriksaan laboratorium atau analisa cairan dibutuhkan untuk menentukan elemen-elemen yang biasanya ada menjadi tidak proporsional atau elemen-elemen yang normalnya tidak ada ternyata ditemukan. Dengan demikian, analisa laboratorium menentukan beberapa informasi: diagnosa medis klien, perkembangan penyakit, terapi yang dibutuhkan, dan respon klien terhadap terapi.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

- ✓ Gunakan alat proteksi diri (universal precaution)
- ✓ Gunakan alat dan media pengambilan spesimen
- ✓ Teknik yang benar
- ✓ Perhatikan waktu dan suhu lingkungan

- ✓ Kenyamanan pasien
- ✓ Pemberian label
- ✓ Pemberian support emosi dan motivasi klien untuk kooperatif

Lokasi

V. Basilika V. Media ante-brakial V. Cefalika V. Media Cubiti V. Cefalika Asesoris V. Cefalika V. Radialis	V. Basilika V. Cefalika V. Dorso Metacarpal
V. Savena Besar Pleksus Dorsalis Lengkungan Dorsalis	

Syarat Pengambilan Darah Vena

- ✓ Tidak ada kelainan kulit
- ✓ Tidak pucat/sianosis
- ✓ Tidak pada daerah pemasangan infus (kontra lateral)

Cara Pengambilan

- ✓ Lakukan pembendungan dengan tourniket
- ✓ Dilakukan tindakan aseptis dengan alkohol 70%
- ✓ Arah tusukan membentuk sudut 10-30 derajat
- ✓ Bila sudah terkena, isap pelan-pelan darah supaya tidak terjadi hemolisis-cabut jarum dengan sebelumnya melepas dan menekan daerah tusukan
- ✓ Jarum dilepas kemudian dialirkan darah ke dalam penampung melalui dinding penampung pelan-pelan
- ✓ Bila penampung menggunakan antikoagulan segera campur darah dengan mengocok tabung seperti angka 8

**CHECKLIST
KETRAMPILAN PENGAMBILAN SAMPEL DARAH VENA**

No	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
SIKAP/ TINDAKAN				
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	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan d. Mendekatkan peralatan e. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
CONTENT/ISI				
6	Menyiapkan alat alat			
7	Memberi kesempatan pada klien untuk bertanya			
8	Memulai tindakan dengan cara yang baik			
9	Menjaga privasi klien			
10	Mengatur posisi klien yang nyaman			
11	Memakai sarung tangan yang sudah di DTT			
12	Mengidentifikasi tempat penusukan			
13	memosisikan klien dengan lengan ekstensi dengan telapak tangan di atas meja atau bantal			
14	Memasang tourniket sekitar 5-10 cm di atas daerah penusukan, cek adanya denyut distal			
15	Meletakkan pengalas			
Membaca Basmalah sebelum melakukan kegiatan				
16	Instruksikan pada klien untuk membuka dan mengepalkan tangan			
17	Disinfeksi daerah penusukan dengan kapas alkohol dengan gerakan sirkuler dengan arah dari dalam ke luar atau usapan satu arah			
18	Tempatkan ibu jari tangan pada vena daerah distal dari tempat penusukan (kurang lebih 3 cm), tekan sampai kulit di atas vena tersebut menegang			
19	Masukkan jarum dengan sudut 30 derajat			
20	Bila sudah masuk ke dalam vena, tarik spuit dengan hati-hati dan perhatikan adanya aliran darah yang ke luar			

21	Lanjutkan masukkan jarum dengan hati-hati jika aliran darah yang keluar lambat. Jika sudah masuk ke dalam vena, pertahankan			
22	Lepaskan tourniket dengan tangan lain yang bebas			
23	Lakukan aspirasi, kemudian tarik jarum dengan cepat ketika volume darah yang diinginkan tercapai			
24	Tempatkan kapas alkohol dan lakukan penekanan selama 1-2 menit atau sampai darah berhenti (bila perlu diplester)			
25	Mengucapkan “ hamdalah” ketika selesai tindakan			
26	Pindahkan darah spuit ke dalam spesimen. Putar tabung perlahan jika terdapat zat tambahan (EDTA)			
27	Beri label pada tabung spesimen dengan benar			
28	Inspeksi daerah penusukan terhadap adanya perdarahan			
29	Bantu klien kembali ke posisi yang nyaman			
30	Kembalikan peralatan Buang spuit dan jarum yang telah digunakan ke dalam bengkok Lepas sarung tangan Bereskan alas			
Tahap Terminasi				
31	Evaluasi hasil yang didapat, bandingkan dengan kondisi yang normal Beri reinforcement positif Kontrak pertemuan selanjutnya Mengakhiri pertemuan dengan baik Cuci tangan			
Dokumentasi				
32	Dokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan beserta respon klien			
TOTAL NILAI				

MATERI 6

PEMASANGAN INFUS DAN TRANSFUSI DARAH

A. PEMASANGAN INFUS

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 terembus, 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 penggunaannya:

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.

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

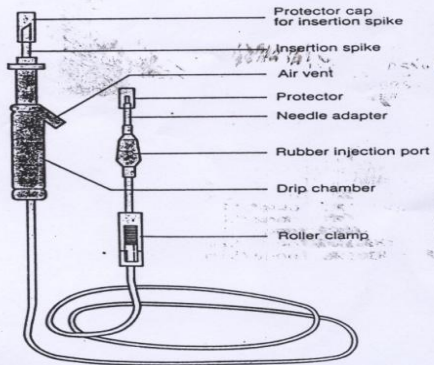


Figure 40-7 Schematic of a standard vented administration set.

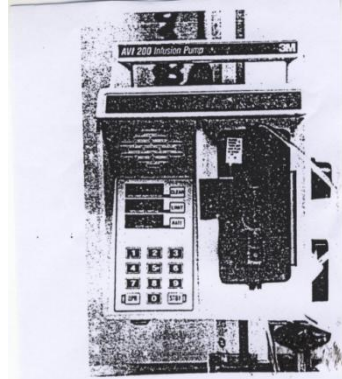


Figure 40-12 An intravenous infusion pump.

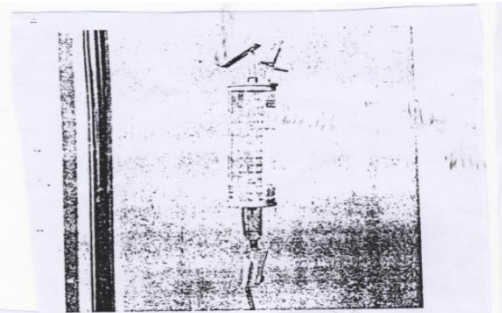


Figure 40-11 A volume-control set above the drip chamber of an intravenous infusion.

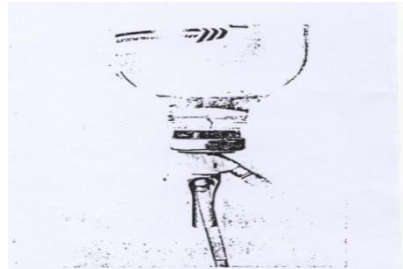


Figure 40-5 A nonvented intravenous container. Note the air vent on administration tubing.

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 consent</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, Spuit, Bengkok, Pengalas, Kapas Alkohol, Plester dan Gunting, Plester yang diberi tanggal, Cairan infus, Kasa steril 2x2 cm, Tourniket/ manset, Infus set, Albucat 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/ tourniquet 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 mengempal 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 dengna 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%

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

B. TRANFUSI DARAH

Transfusi darah merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang membutuhkan darah dengan cara memasukkan darah melalui vena dengan menggunakan alat transfusi set.

Tujuan:

1. Meningkatkan volume darah sirkulasi(setelah pembedahan, trauma/ perdarahan)
2. Meningkatkan jumlah sel darah merah dan mempertahankan kadar hemoglobin pada pasien anemia berat

FORMAT KETERAMPILAN TRANFUSI DARAH

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 consent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
II.	CONTENT/ ISI			
6.	Siapkan alat-alat yang diperlukan			
7.	Menanyakan keluhan utama klien			
8.	Jaga privasi klien			
9.	Mengucap Basmallah			
10.	hubungkan cairan NaCl 0,9% ke dalam transfusi set dengan menekan bagian ruang tetesan hingga ruangan tetesan terisi sebagian dan buka penutup hingga selang terisi dan udaranya keluar.			
11.	Letakkan pasien pada posisi fowler atau supine jika tidak memungkinkan			
12.	Bebaskan lengan pasien dari lengan baju atau kemeja			
13.	Letakkan manset/ tourniquet 5 – 15 cm diatas tempat penusukan			
14.	Letakkan alas plastik dibawah lengan klien			
15.	Gunakan sarung tangan			
16.	Desinfeksi daerah yang akan ditusuk			

17.	Lakukan penusukan dengan arah jarum ke atas			
18.	Cek apakah sudah mengenai vena (cirinya adalah darah keluar melalui jarum infus/abocath).			
19.	Tarik jarum infus dan hubungkan dengan selang transfusi.			
20.	Buka tetesan			
21.	Lakukan desinfeksi dengan betadine dan tutup dengan kasa steril.			
22.	Beri tanggal dan jam pelaksanaan infus pada plester.			
23.	Setelah nacl 0,9% masuk, kurang lebih 15menit, ganti dengan darah yang sudah disiapkan.			
24.	Sebelum dimasukkan, terlebih dahulu cek warna darah, identitas pasien, jenis golongan darah, dan tanggal kadaluwarsa			
25.	Lakukan observasi tanda-tanda vital selama pemakaian transfusi.			
26.	Mengucapkan Hamdalah setelah melakukan tindakan			
27.	Rapikan alat			
28.	Lepaskan sarung tangan			
29.	Cuci tangan			
30.	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%

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

MATERI 7

INJEKSI

Pemberian medikasi yang aman dan akurat adalah tanggung jawab perawat. Meskipun obat menguntungkan, obat bukan tanpa reaksi merugikan, sehingga diperlukan perhatian khusus baik dalam hal persiapan, pemberian maupun pendokumentasian.

RUTE PARENTERAL

Pemberian obat melalui injeksi merupakan prosedur invasif menggunakan jarum steril yang dimasukkan ke dalam jaringan tubuh, sehingga teknik aseptik harus dipertahankan karena klien berisiko infeksi bila jarum menembus kulit. Karakteristik jaringan mempengaruhi kecepatan absorpsi obat dan awitan kerja obat. Jadi sebelum menginjeksikan obat, perawat harus mengetahui volume obat yang diberikan, karakteristik obat, dan lokasi struktur anatomi di bawah tempat injeksi.

Pemberian obat melalui parenteral dapat dilakukan dengan cara:

- ✓ **Subcutaneus (SC)** yaitu menyuntikkan obat ke dalam jaringan yang berada di bawah lapisan dermis.
- ✓ **Intradermal (ID)** yaitu menyuntikkan obat ke dalam lapisan dermis, di bawah epidermis.
- ✓ **Intramuskular (IM)** yaitu menyuntikkan obat ke dalam lapisan otot tubuh
- ✓ **Intravenous (IV)** yaitu menyuntikkan obat ke dalam vena.

Selain cara tersebut juga digunakan cara pemberian *intrathecal*, *intraspinal*, *intracardial*, *intrapleural*, *intraarterial* untuk pemberian obat parenteral.

Obat-obat yang diberikan melalui parenteral ini diabsorpsi lebih cepat dibandingkan obat yang diberikan melalui sistem gastrointestinal, karena obat tidak perlu melewati barrier jaringan epitel pada organ gastrointestinal sebelum akhirnya masuk ke dalam sirkulasi darah.

NO.	KEUNTUNGAN	KERUGIAN ATAU KONTRAINDIKASI
1	– Absorpsi cepat melalui pembuluh darah	– Klien, terutama anak-anak akan merasa cemas
2	– Dapat diberikan pada klien yang tidak sadar, tidak kooperatif, dan tidak mau menelan obat oral	– Menimbulkan rasa nyeri dan tidak nyaman
		– Iritasi atau reaksi lokal dapat terjadi akibat efek obat pada jaringan
		– Dapat terjadi infeksi jika tidak menggunakan teknik steril

1. INJEKSI INTRA DERMAL

Injeksi intradermal menginjeksikan obat ke dalam jaringan dermis sehingga obat akan diabsorpsi oleh pembuluh kapiler di dalam dermis. Injeksi ini berguna antara lain untuk tes alergi pada obat jenis antibiotik tertentu, tes kepekaan terhadap bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (TBC), dan untuk memberikan vaksinasi BCG pada bayi usia 1 tahun.

Tempat-tempat untuk injeksi intra dermal adalah :

1. Lengan bawah bagian dalam.
2. Dada bagian atas
3. Punggung daerah scapula

FORMAT KETRAMPILAN INJEKSI INTRA DERMAL

No.	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
TAHAP PRE INTERAKSI				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
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 consent</i> .			
5.	Menyiapkan obat sesuai prinsip 6 benar			
6.	Persiapan alat : spuit, kapas alcohol, kom, bengkok, Pulpen, Sarung tangan non steril, Baki obat			
7.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Memakai celemek d. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
CONTENT/ISI				
8	Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan			
9	Menanyakan keluhan utama saat itu			
10	Memulai kegiatan dengan cara yang baik			
11	Berikan privasi (pasang tirai)			
	Gunaakan sarung tangan			
12	Pilih tempat penusukan pada lengan bawah, jika lengan bawah tidak dapat digunakan, gunakan tempat alternatif			
13	Posisikan klien dengan lengan bawah menghadap muka perawat			
14	Letakkan alas di bawah bagian tubuh yang akan dilakukan terapi intra dermal			
15	Bersihkan tempat yang akan digunakan dengan kapas alcohol			
16	Buka tutup jarum			
17	Ucapkan basmalah sebelum memulai tindakan			
18	Tempatkan ibu jari tangan non dominan sekitar 1 inchi di bawah penusukan dan tarik kulit			
19	Dengan ujung jarum menghadap ke atas dan menggunakan tangan dominan, masukkan jarum tepat di bawah kulit dengan sudut 10-15			

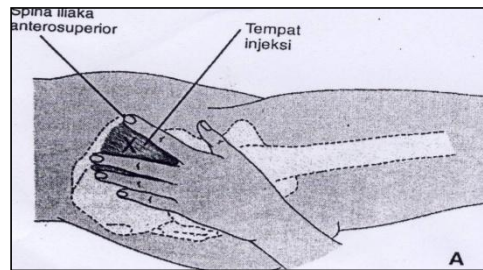
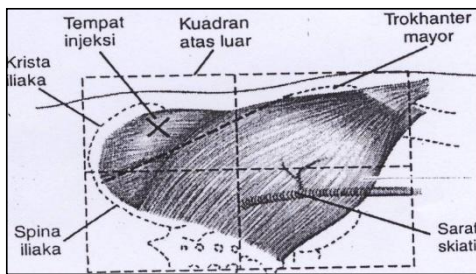
	derajat			
20	Jika jarum telah masuk ke bawah kulit dan terlihat, masukkan lagi sekitar 1/8 inchi			
21	Masukkan obat perlahan-lahan perhatikan adanya jendalan (jendalan harus terbentuk)			
22	Cabut jarum dengan sudut yang sama saat disuntikkan			
23	Jika terdapt darah, usap dengan lembut menggunakan kapas alkohol lain			
24	Ucapkan hamdalah ketika selesai tindakan			
25	Observasi kulit adanya kemerahan atau bengkak. Jika tes alergi, observasi adanya reaksi sistemik (misalnya sulit bernafas, berkeringat, pingsan, berkurangnya tekanan darah, muntah, sianosis)			
26	Kaji kembali klien dan tempat injeksi setelah 5-15 menit selanjutnya secara periodik			
27	Buat lingkaran 1 inci di sekeliling jendalan dan instruksikan klien untuk tidak menggosok daerah ini			
28	Kembalikan posisi klien			
29	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan			
PASCA TINDAKAN				
30	Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan tindakan			
31	Menyimpulkan hasil kegiatan			
32	Memberikan reinforcement positif			
33	Melakukan kontrak (waktu, topik/kegiatan selanjutnya dan tempat)			
34	Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik/berpamitan			
35	Rapikan alat dan Cuci tangan Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
DOKUMENTASI				
36	Catat waktu pemberian, obat yang diberikan, dosis dan cara pemberian, serta respon pasien terhadap tindakan			
Jumlah				

2. INJEKSI INTRA MUSKULAR

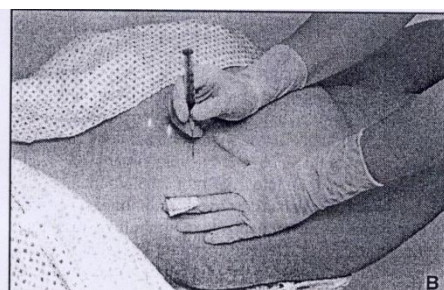
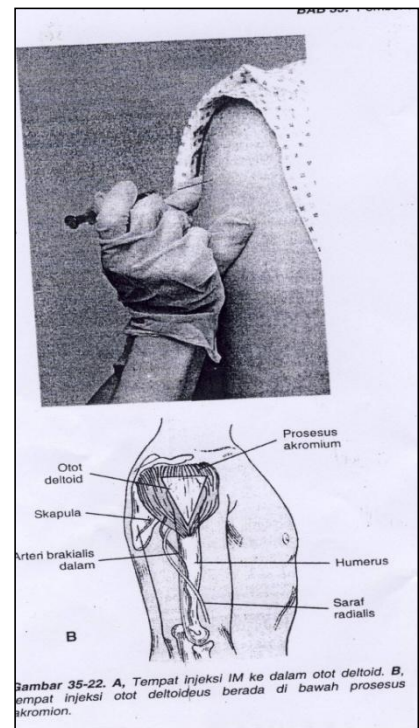
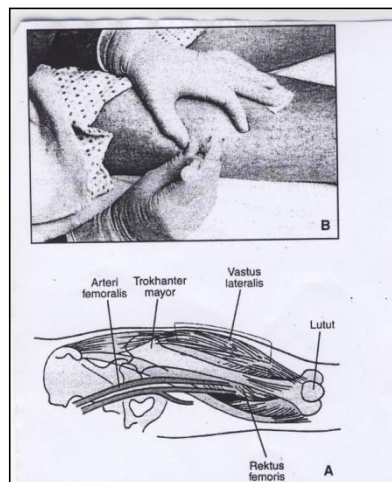
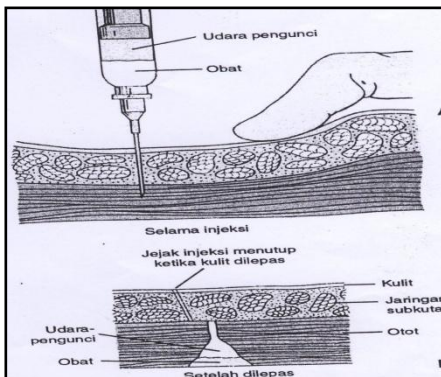
Rute intramuskular memberi absorpsi obat lebih cepat karena vaskularitas otot. Bahaya kerusakan jaringan lebih kecil bila obat memasuki otot dalam. Otot juga lebih sedikit sensitif pada obat yang mengiritasi atau kental. Namun, ada resiko obat yang diinjeksikan secara sembrono ke dalam pembuluh darah apabila perawat tidak hati-hati.

Tempat injeksi intramuskular antara lain pada tempat-tempat berikut ini;

1. Paha (vastus lateralis) : Klien dalam posisi berbaring terlentang dengan lutut agak fleksi
2. Ventrogluteal : Klien dalam posisi berbaring miring, telentang, atau telentang dengan lutut dan panggul miring dengan tepat yang diinjeksi fleksi.
3. Lengan atas (deltoid) : Klien dalam posisi duduk atau berbaring datar dengan lengan bawah fleksi tetapi rileks menyilangi abdomen atau pangkuan.



Pembagian Kuadran Tempat Penusukan dan Cara Penusukan Injeksi IM



Gambar 35-21. A, Penanda untuk tempat dorsogluteus. B, Memberi injeksi IM di dorsogluteus sebelah kiri (klien tengkurap).

Gambar 35-22. A, Tempat injeksi IM ke dalam otot deltoid. B, Tempat injeksi otot deltoid berada di bawah prosesus akromion.

FORMAT KETRAMPILAN INJEKSI INTRA MUSCULAR

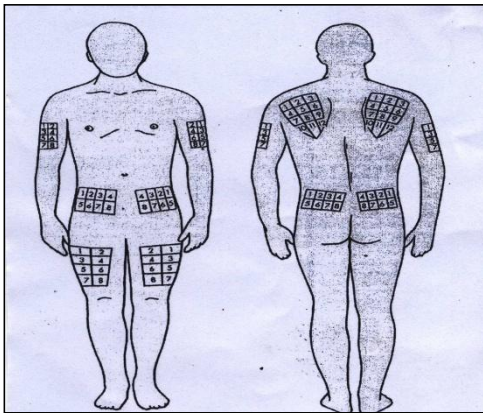
NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP / TINDAKAN				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Menyiapkan obat sesuai prinsip 6 benar			
6.	Persiapan alat : spuit, kapas alcohol, kom, bengkok, Pulpen, Sarung tangan non steril, Baki obat			
7.	Persiapan Penolong : e. Lepas perhiasan f. Mendekatkan peralatan g. Memakai celemek h. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
CONTENT				
1.	Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan			
2.	Menanyakan keluhan utama saat itu			
3.	Memulai kegiatan dengan cara yang baik			
4.	Berikan privasi (pasang tirai)			
5.	Gunaakan sarung tangan			
6.	Pilih tempat penusukan			
7.	Bantu klien untuk mendapatkan posisi yang nyaman dan mudah untuk perawat melihat tempat tusukan			
8.	Letakan alas dibawah bagian tubuh yang akan dilakukan injeksi IM			
9.	Ucapkan basmalah sebelum mulai tindakan			
10.	Bersihkan tempat yang akan digunakan dengan kapas alkohol			
11.	Buka tutup jarum			
12.	Tarik kulit tempat penusukan dengan cara: Tempatkan ibu jari dan jari telunjuk tangan non dominan di atas tempat penusukan (hati-hati jangan sampai mengenai daerah yang			

	telah dibersihkan) hingga membentuk V Tarik ibu jari dan jari telunjuk dengan arah berlawanan, memisah jari sepanjang 3 inchi			
	Cepat masukkan jarum dengan sudut 90 derajat dengan tangan yang dominan			
13.	Pindahkan ibu jari dan jari telunjuk jari non dominan dan kilut untuk mendukung barel spuit, jari sebaiknya ditempatkan pada barrel sehingga saat mengaspirasi, anda dapat melihat barel dengan jelas			
14.	Tarik pluger dan observasi adanya darah pada spuit			
15.	Jika terdapat darah, tarik jarum keluarkan berikan tekanan pada tempat tusukan dan ulangi langkah-langkah sebelumnya. Jika tidak ada darah, dorong plunger dengan perlahan, ajak bicara klien			
16.	Tarik jarum dengan sudut yang sama saat penusukan			
17.	Usap dan bersihkan tempat penusukan dengan kapas alkohol lain (kontra indikasi untuk obat			
18.	Tempatkan jarum pada baki, jangan ditutup			
19.	Buka sarung tangan			
20.	Kembalikan posisi klien			
21.	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan			
TAHAP TERMINASI				
22.	Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan tindakan			
23.	Menyimpulkan hasil kegiatan			
24.	Memberikan reinforcement positif			
25.	Melakukan kontrak (waktu, topik/kegiatan selanjutnya dan tempat)			
26.	Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik/berpamitan			
27.	Rapikan alat			
28.	Cuci tangan Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
DOKUMENTASI				
	Catat waktu pemberian, obat yang diberikan, dosis dan cara pemberian, serta respon pasien terhadap tindakan			
Jumlah				

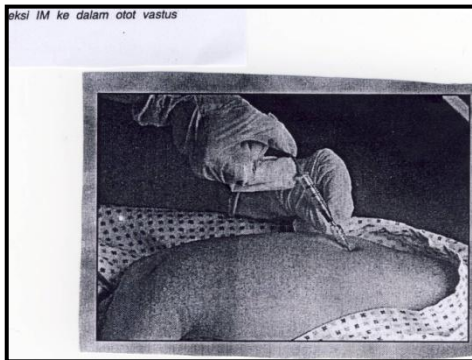
3. INJEKSI SUB CUTANEUS

Untuk injeksi subkutan, obat dideposisikan ke dalam jaringan penyambung di bawah dermis. Karena jaringan subkutan tidak banyak disuplai pembuluh darah, absorpsi obat kadang lebih lambat daripada injeksi intramuscular. Jaringan subkutan berisi reseptor nyeri, sehingga hanya dosis kecil obat yang larut air dan tidak mengiritasi harus diberikan melalui rute ini.

Tempat-tempat yang bisa dipakai untuk injeksi subkutan antara lain di lengan atas (deltoid), paha (vastus lateral), dan abdomen.



Tempat Injeksi Sub Cutaneus



Cara Penyuntikan

FORMAT KETRAMPILAN INJEKSI SUB CUTANEUS

No.	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP/TINDAKAN				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
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.	Menyiapkan obat sesuai prinsip 6 benar			
6.	Persiapan alat : spuit, kapas alcohol, kom, bengkok, Pulpen, Sarung tangan non steril, Baki obat			
7.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Memakai celemek d. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
TAHAP KERJA				
1.	Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan			
2.	Menanyakan keluhan utama saat itu			
3.	Memulai kegiatan dengan cara yang baik			
4.	Berikan privasi (pasang tirai)			
5.	Gunakan sarung tangan			
6.	Pilih tempat penusukan pada lengan atas atau abdomen. Jika kedua tempat tersebut tidak memungkinkan pilih tempat alternatif lainnya. Rotasikan tempat penusukan			
7.	Bantu klien untuk mendapatkan posisi yang nyaman sesuai tempat yang dipilih			
8.	Letakkan alas di bawah bagian tubuh yang akan dilakukan terapi			
9.	Ucapkan basmalah sebelum mulai tindakan			
10.	Bersihkan tempat yang akan digunakan dengan kapas alkohol			
11.	Buka tutup jarum			
12.	Tarik kulit dan jaringan lemak dengan ibu jari dan jari non dominan			
13.	Dengan tangan yang non dominan, masukkan jarum dengan sudut 45° dan untuk orang gemuk 90°			

14.	Lepaskan tarikan tangan non dominan			
15.	Tarik plunger dan observasi adanya darah dalam spuit			
16.	Jika tidak ada darah, masukkan obat perlahan			
17.	Jika ada darah: Tarik kembali jarum dari kulit Tekan tempat penusukan selama 2 menit Observasi adanya hematoma atau memar Jika perlu berikan plester Siapkan obat yang baru, mulai dengan langkah pilih tempat yang baru			
18.	Tarik jarum dengan sudut yang sama saat penusukan			
	Bersihkan tempat penusukan dengan kapas alkohol lain, tekan dengan lembut. Setelah injeksi heparin jangan di tekan			
19.	Ucapkan hamdalah setelah selesai tindakan			
20.	Jika perlu beri plester			
21.	Tempatkan jarum pada baki			
22.	Buka sarung tangan			
23.	Kembalikan posisi klien			
24.	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan			
TAHAP TERMINASI				
1.	Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan tindakan			
2.	Menyimpulkan hasil kegiatan			
3.	Memberikan reinforcement positif			
4.	Melakukan kontrak (waktu, topik/kegiatan selanjutnya dan tempat)			
5.	Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik/berpamitan			
6.	Rapikan alat			
7.	Cuci tangan Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
DOKUMENTASI				
Catat waktu pemberian, obat yang diberikan, dosis dan cara pemberian, serta respon pasien terhadap tindakan				
Jumlah				

4. PEMBERIAN OBAT MELALUI INTRAVENA

Pemberian medikasi yang pekat atau padat secara langsung ke dalam vena merupakan metode pemberian obat yang sangat berbahaya. Obat tersebut akan bereaksi dengan cepat karena obat masuk ke dalam sirkulasi darah klien secara langsung. Efek samping yang serius dapat terjadi dalam hitungan detik. Oleh karena itu, masalah ini penting untuk diperhatikan bahwa pemberian obat oleh perawat harus hati-hati dan memperhatikan reaksi obat tersebut setelah dilakukan injeksi. Teknik pemberian terapi intra vena ini diunakan juga untuk menghindari pencampuran medikasi yang tidak cocok.

Tempat injeksi intravena dapat dilakukan pada vena yang berada di lengan, kaki, kepala (pada bayi) atau pada vena-vena yang besar dan terlihat oleh mata.

FORMAT KETRAMPILAN PEMBERIAN OBAT MELALUI INTRAVENA

No.	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
TAHAP PRE INTERAKSI				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
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.	Menyiapkan obat sesuai prinsip 6 benar			
6.	Persiapan alat : spuit, kapas alcohol, kom, bengkok, Pulpen, Sarung tangan non steril, Baki obat			
7.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Memakai celemek d. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
TAHAP KERJA				
1.	Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan			
2.	Menanyakan keluhan utama saat itu			
3.	Memulai kegiatan dengan cara yang baik			

4.	Berikan privasi (pasang tirai)			
5.	Gunaakan sarung tangan			
6.	Letakkan pasien pada posisi semi fowler atau supine Jika tidak memungkinkan			
7.	Letakkan alas di bawah bagian tubuh yang akan dilakukan tindakan terapi intra vena			
8.	Bebaskan lengan pasien dari baju/kemeja			
9.	Letakkan tourniquet 5 cm di atas tempat penusukan			
10.	Kencangkan tourniquet			
11.	Anjurkan pasien untuk mengepalkan telapak tangan dan membuknya beberapa kali, palpasi dan pastikan tekanan yang akan ditusuk			
12.	Ucapkan basmalah sebelum mulai tindakan			
13.	Bersihkan kulit dengan cermat menggunakan kapas alkohol, lalu ulangi dengan menggunakan kapas betadin. Arah melingkar dari dalaam kelur lokasi tusukan			
14.	Gunakn ibu jari untuk menekan jaringan dn vena 5 cm di bawah tempat tusukan			
15.	Pegang jarum dalam posisi 30° sejajar vena yang akan ditusuk, lalu tusuk perlahan dan pasti			
16.	Rendahkan posisi jarum sejjar kulit dan teruskan jarum ke dalam vena			
17.	Lakukan aspirasi			
18.	Lepaskan touniquet			
19.	Masukkana obat ke dalam pembuluh darah vena perlahan-lahana			
20.	Kelurkan jarum dari pembuluh vena			
21.	Ucapkan hamdalah setelah selesai tindakan			
22.	Tutup tempat tusukan dengan kasa steril yang diberi betadin			
23.	Buka sarung tangan			
24.	Kembalikan posisi klien			
25.	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan			
TAHAP TERMINASI				
1.	Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan tindakan			
2.	Menyimpulkan hasil kegiatan			
3.	Memberikan reinforcement positif			
4.	Melakukan kontrak (waktu, topik/kegiatan selanjutnya dan tempat)			
5.	Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik/berpamitan			
6.	Rapikan alat			

7.	Cuci tangan Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
DOKUMENTASI				
Catat waktu pemberian, obat yang diberikan, dosis dan cara pemberian, serta respon pasien terhadap tindakan				
Jumlah				

MATERI 8

PERAWATAN LUKA (MENGANTI BALUTAN LUKA)

A. Ganti Balutan

Perawatan luka umumnya diawali dengan tindakan penggantian balutan. Ganti balutan/verban merupakan suatu tindakan mengganti verban untuk melindungi luka dengan drainase minimal terhadap kontaminasi mikroorganisme. Ganti balutan dilakukan sesuai kebutuhan tidak hanya berdasarkan kebiasaan, melainkan disesuaikan terlebih dahulu dengan: kondisi klinis pasien, sifat operasi, tipe/jenis luka dan tampilan luka. Penggunaan antiseptic hanya untuk yang memerlukan saja karena efek toksiknya terhadap sel sehat. Untuk membersihkan luka hanya memakai normal saline (NaCl). Citotoxic agent seperti povidine iodine, asam asetat, sebaiknya tidak sering digunakan untuk membersihkan luka karena dapat menghambat penyembuhan dan mencegah reepitelisasi. Luka dengan sedikit debris dipermukaannya dapat dibersihkan dengan kassa yang dibasahi dengan sodium klorida dan tidak terlalu banyak manipulasi gerakan.

B. Angkat Jahitan

Angkat jahitan adalah suatu tindakan melepas jahitan yang biasanya dilakukan pada hari ke-7 atau sesuai dengan proses penyembuhan luka. Tujuan dilakukan angkat jahitan adalah untuk mempercepat proses penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi. Pertimbangan dilakukan angkat jahitan adalah tegangan pada tepi luka operasi/luka jahitan.

Hal-hal yang harus diperhatikan berkaitan dengan tindakan angkat jahitan adalah :

- 1) Tepi luka yang searah dengan garis lipatan kulit tidak akan tegang
- 2) Luka yang arahnya tegak lurus terhadap garis kulit atau yang dijahit setelah banyak bagian kulit diambil, akan menyebabkan tegangan tepi luka yang besar pengambilan jahitan ditunda lebih lama, sampai dicapai kekuatan jaringan yang cukup, sehingga bekas jahitan tidak mudah terbuka lagi
- 3) Jahitan yang dibiarkan terlalu lama, akan memperlambat penyembuhan luka.

C. Prinsip Perawatan Luka Operasi

Perawatan luka dapat dilakukan secara terbuka dan tertutup. Perawatan luka terbuka diutamakan pada luka yang sederhana dan dangkal, sedangkan pada luka operasi, dilakukan secara tertutup. Perawatan luka tertutup bertujuan untuk :

- 1) Menjaga luka dari trauma mekanik
- 2) Menekan dan mengimobilisasi daerah luka
- 3) Mencegah perdarahan
- 4) Mencegah luka dari kontaminasi oleh kuman
- 5) Mengabsorpsi drainase
- 6) Meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis
- 7) Debridemen sel nekrotik
- 8) Memberikan lingkungan fisiologis yang sesuai untuk penyembuhan luka
- 9) Meningkatkan hemostasis dengan menekan dressing.

Mengganti balutan dilakukan apabila balutan sudah kotor atau basah akibat eksternal maupun karena rembesan eksudat; ingin mengkaji keadaan luka dengan frekuensi tertentu; dan untuk mempercepat debridemen (pengangkatan) jaringan nekrotik.

Tipe penggantian balutan dibagi menjadi dua, yaitu tipe tipe basah dan kering. Balutan basah digunakan untuk luka yang basah atau banyak drainase, sedangkan balutan kering digunakan untuk luka kering atau drainase minimal.

Adapun cara membersihkan luka adalah :

- 1) Luka kering cukup diusap dengan larutan antiseptik
- 2) Luka berwarna kekuningan/terinfeksi dibersihkan dengan pencucian sampai pus (nanah) terangkat
- 3) Luka berwarna hitam (nekrotik) harus dinekrotomi secara mekanik atau kimia.

D. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan dalam Perawatan Luka

- 1) Menghindari terjadinya pencemaran. Dilakukan dengan membalut luka dengan verban steril, dan melakukan disinfeksi luka dan kulit sebelum mengganti balutan.
- 2) Mengusahakan balutan tetap kering. Mikroorganisme dengan cepat berkembangbiak dalam lingkungan yang basah.

- 3) Proses perkembangan aliran darah local. Dilakukan dengan cara : tidak membalut luka terlalu kencang, memberi obat-obatan tertentu, dan melakukan penatalaksanaan panas-dingin sesuai anjuran dokter atau sesuai dengan anjuran kepala bagian perawatan.
- 4) Mengembangkan kondisi yang baik. Kondisi pasien yang baik : status nutrisi dan cairan yang baik.
- 5) Selalu berusaha agar luka bersih. Membersihkan luka dengan : NaCl 0,9%, alcohol, larutan Iodium (betadhin).
- 6) Penyokong yang baik untuk luka. Sokongan luka dapat dilakukan dengan balutan plester perekat atau balutan yang member dukungan pada luka tersebut.
- 7) Menghindari kondisi luka yang makin memburuk. Dilakukan dengan observasi luka yang baik, untuk mencegah terjadinya infeksi.
- 8) Menghindari rasa sakit yang tidak perlu. Hal ini dapat dilakukan dengan :
 - a. Mencukur rambut sebelum menempelkan perekat
 - b. Mengurangi pemakaian plester perekat (jika memungkinkan)
 - c. Tidak memakai bahan-bahan pembalut yang bersifat mengikat
 - d. Sedapat mungkin tidak memakai bahan-bahan yang keras, seperti alcohol
 - e. Memungkinkan pasien mengambil posisi yang rileks

E. Bahan yang Digunakan dalam Perawatan Luka

1. Sodium Klorida 0,9 %

Sodium klorida adalah larutan fisiologis yang ada di seluruh tubuh karena alasan ini tidak ada reaksi hipersensitivitas dari sodium klorida. Sodium klorida atau natrium klorida mempunyai Na dan Cl yang sama seperti plasma. Larutan ini tidak mempengaruhi sel darah merah. Sodium klorida tersedia dalam beberapa konsentrasi, yang paling sering adalah sodium klorida 0,9 %. Ini adalah konsentrasi normal dari sodium klorida dan untuk alasan ini sodium klorida disebut juga normal saline. Merupakan larutan isotonis aman untuk tubuh, tidak iritan, melindungi granulasi jaringan dari kondisi kering, menjaga kelembaban sekitar luka dan membantu luka menjalani proses penyembuhan serta mudah didapat dan harga relatif lebih murah.

2. Larutan povodine-iodine

Iodine adalah element non metalik yang tersedia dalam bentuk garam yang dikombinasi dengan bahan lain. Walaupun iodine bahan non metalik iodine berwarna hitam kebiru-biruan, kilau metalik dan bau yang khas. Iodine hanya larut sedikit di air, tetapi dapat larut secara keseluruhan dalam alkohol dan larutan sodium iodide encer. Iodide titure dan solution keduanya aktif melawan spora tergantung konsentrasi dan waktu pelaksanaan. Larutan ini akan melepaskan iodium anorganik bila kontak dengan kulit atau selaput lendir sehingga cocok untuk luka kotor dan terinfeksi bakteri gram positif dan negatif, spora, jamur, dan protozoa. Bahan ini agak iritan dan alergen serta meninggalkan residu.

CHEKLIST MENGANTI BALUTAN LUKA BEDAH KEBIDANAN

NO.	TINDAKAN	SKOR		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
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 consent</i> .			
5.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
ISI/ CONTENT				
6.	Memposisikan pasien berbaring nyaman mungkin			
7.	Meminta pasien membuka bagian baju yang diperlukan dan menjaga privasi pasien			
8.	Mengucapkan Basmalah sebelum memulai tindakan			
9.	Lepaskan plester/ hypafix dengan hati			
10.	Pakai sarung tangan steril			

11.	Membuka balutan dengan pinset steril			
12.	Perhatikan keadaan luka bekas operasin (basah/ kering, tanda infeksi, keadaan jahitan)			
13.	Bersihkan luka dengan larutan antiseptik dari arah atas ke bawah/ dari pusat luka ke arah luar sekali usap hingga bersih			
14.	Keringkan luka dengan kassa steril			
15.	Oleskan luka dengan obat sesuai petunjuk			
16.	Tutup luka dengan kassa steril			
17.	Lepaskan sarung tangan dan rendam pada larutan chlorin			
18.	Pasang plester/ hypafix			
19.	Memberitahu pasien hasil kegiatan kepada pasien			
20.	Mengucapkan Hamdalah pada akhir tindakan			
21.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
22.	Membereskan peralatan			
23.	Mencuci tangan			
24.	Dokumentasikan hasil kegiatan			
TEKNIK				
25.	Melaksanakan tindakan secara sistematis			
26.	Menjaga privasi klien			
27.	Melakukan komunikasi dan merespon klien			
28.	Dokumentasi			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

MATERI 9

RESUSITASI JANTUNG PARU

Resusitasi Jantung Paru adalah usaha yang dilakukan untuk memfungsikan kembali jantung dan paru. Ada tiga tahapan resusitasi, yaitu:

1. *Basic Life Support* (Bantuan Hidup Dasar)
2. *Advance Life Support* (Bantuan Hidup Lanjutan)
3. *Prolonged Life Support* (Bantuan Hidup Jangka Panjang)

Penderita membutuhkan tindakan RJP dengan memastikan penderita tidak sadar, tidak bernafas, dan nadi tidak berdenyut. Kompresi dada berhasil karena menekan jantung diantara sternum dan tulang belakang yang memaksa darah keluar. Bukti terbaru mengindikasikan bahwa mereka menghasilkan perubahan tekanan didalam rongga dada. Tekanan ini yang bertanggung jawab untuk meningkatkan sirkulasi ke seluruh tubuh.

A. BASIC LIFE SUPPORT (BHD)

Tujuan BHD:

- ✓ Mencegah berhentinya sirkulasi darah atau berhentinya pernafasan
- ✓ Memberikan bantuan eksternal pada korban yang mengalami henti jantung dan henti nafas berupa bantuan sirkulasi (melalui kompresi dada) dan bantuan ventilasi (melalui bantuan nafas) melalui rangkaian kegiatan resusitasi jantung paru (RJP).

3. DANGER

Sebelum mendekati penderita, penolong harus memastikan TKP aman.

4. RESPONSE

Setelah penolong memastikan tempat kejadian aman, penolong harus memeriksa kesadaran penderita. Memanggil nama dengan keras, disertai menyentuh atau menggoyangkan bahu dengan mantap

-Touch and Talkl.

Jika pasien sadar pindah ketempat yang lebih aman, observasi dan kaji ulang secara regular

Jika tidak sadar/tidak berespon

Berteriak minta tolong, atura posisi klien, atur posisi penolong, cek kepatenan jalan nafas

5. AIRWAY

Untuk persiapan RJP, letakkan penderita pada posisi terlentang. Jika penderita dalam posisi telungkup ubah posisi penderita pada posisi terlentang. Buka jalan nafas dengan maneuver Head Tilt Chin Lift bila tidak ada trauma kepala atau cedera servical.



Maneuver Head Tilt Chin Lift



Maneuver Jaw Thrust

Bila petugas mencurigai adanya trauma servical, buka jalan nafas dengan maneuver *Jaw Thrust* tanpa ekstensi kepala.

Ambil benda apa saja yang terlihat menyumbat dengan sapuan jari (finger sweep).

6. BREATHING

Cek pernafasan: -look, listen, and feel selama 10 detik

- Lihat pergerakan dada
- Dengarkan suara nafas
- Rasakan hembusan/aliran nafas

Jika tidak bernafas

- Berikan bantuan nafas 2X
- Cara pemberian bias melalui:
 - Mouth to mouth breathing
 - Mouth to nose breathing
 - Mouth/bag to stoma breathing
 - Mouth to barrier device
 - Air bag/AmbuBag

7. CIRCULATION

Petugas harus memeriksa nadi tidak boleh lebih dari 10 detik. Jika tidak teraba petugas harus memulai dengan kompresi dada.

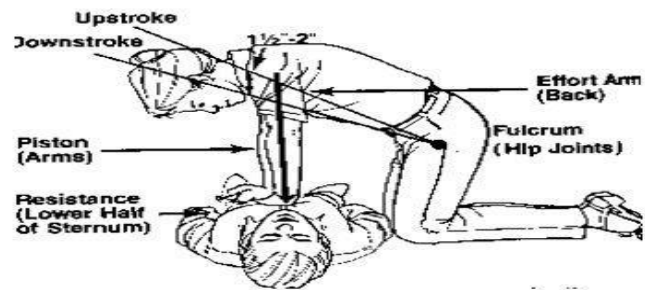
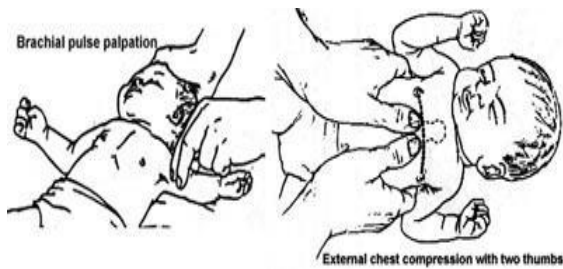
Lokasi perabaan nadi:

- Dewasa : Carotis
- Anak/Bayi : Brachialis

Jika penderita tidak ada nadi lakukan kompresi.

Bayi

Dewasa



BAGAN

Maneuver	Dewasa	Anak – anak (1 tahun - adolescent)	Bayi (sejak lahir – 1 tahun)
Airway	Head Tilt Chin Lift pada penderita curiga trauma servical gunakan Jaw Thrust		
Breathing	2 x tiap satu detik	2 x tiap satu detik	
Nafas bantuan tanpa kompresi dada	10 – 12 x/menit	12 – 20 x/menit	
Nafas bantuan dengan airway definitive	8 – 10 x/menit		
Sumbatan jalan nafas karena benda asing	Abdominal Thrust		Back blow and Chest Thrust
Sirkulasi: periksa nadi	Nadi Carotis		Brachialis atau Femoralis
Titik kompresi dada	Diantara puting susu pertengahan bawah sternum		Dibawah garis puting susu
Metode kompresi	Menggunakan tumit tangan (dua tangan)	Menggunakan satu tangan	Menggunakan 2 ibu jari dengan posisi tangan melingkari bayi
Kedalaman kompresi	1 1/2 inci – 2 inci 4 – 5 cm	± 1/3 - 1/2 dada	
Jumlah kompresi	± 100 x/menit		

Rasio kompresi: ventilasi	Satu atau dua penolong 30:2	Satu penolong 30:2 Dua penolong 15:2
------------------------------	-----------------------------------	---

RJP dihentikan jika:

- ✓ Arena/kondisi menjadi tidak aman bagi penolong
- ✓ Staf yang ahli telah datang
- ✓ Tanda-tanda kehidupan muncul
- ✓ Tanda-tanda kematian terlihat: Rigormortis dan dilatasi pupil
- ✓ Kelelahan fisik penolong

Ceklist Ketrampilan Resusitasi Jantung Paru Metode ABC

NO.	LANGKAH KERJA	NILAI		
		0	1	2
A.	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
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 consent</i> .			
5.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Memakai celemek d. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
B.	AIRWAY			
	Mengucapkan "Basmallah" pada awal kegiatan			
6.	Kaji respon klien <ul style="list-style-type: none"> • Dewasa: panggil, goyangkan bahu • Bayi: angkat tangan bayi 			
7.	Panggil bantuan, posisi menolong			
8.	Atur posisi klien (terlentang dengan alas datar dan keras)			
9.	Buka jalan nafas dengan head tilt-chin lift maneuver, Jika ada trauma servikal dengan jaw thrust maneuver. *			
C.	BREATHING			

10.	Periksa nafas, lakukan look, listen and feel (10 detik)			
11.	Bila tidak ada nafas, berikan ventilasi 2 kali*			
D.	CIRCULATION			
12.	Raba Nadi (5 - 10 detik) <ul style="list-style-type: none"> • Dewasa/ anak: karotis • Bayi: brachialis 			
13.	Tentukan titik kompresi dengan benar:* <ul style="list-style-type: none"> • Dewasa/ anak: 2 jari atas px • Bayi 1 jari dibawah garis antar puting 			
14.	Berikan kompresi dada dengan kedalaman: <ul style="list-style-type: none"> • Dewasa 4 – 5 cm • Anak 3 – 4 cm • Bayi 1,5 -2,5 cm 			
15.	Lakukan kompresi dengan irama teratur, dilanjutkan ventilasi dengan perbandingan:* <ul style="list-style-type: none"> • Dewasa/ anak/ bayi: 100 x/menit, 30:2 			
16.	Check nadi: <ul style="list-style-type: none"> • Dewasa/ anak/ bayi: setelah 5 siklus 			
17.	Check nafas: Jika ada nadi, tidak ada nafas maka beri ventilasi (pernafasan buatan) <ul style="list-style-type: none"> • Dewasa: 10 – 12 x/menit (tiap 5 – 6 detik) 			
18.	<ul style="list-style-type: none"> • Bayi/ anak: 12 – 20 x/menit (3 – 5 detik) Periksa nadi setiap 2 menit, jika tidak ada nadi lakukan RJP			
19.	Pasien pulih, letakkan pada posisi stabil			
20.	Mengucapkan “Hamdalah” pada akhir kegiatan			
21.	Bereskan semua peralatan, cuci tangan di air mengalir, lakukan pendokumentasian			
22.	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan Wassalamu’alaikum Wr. Wb			
A.	TEKNIK			
23.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan, efektif dan efisien			
24.	Menjaga privasi pasien			
TOTAL NILAI				

SOP Ketrampilan Resusitasi Jantung Paru Metode CAB

NO.	LANGKAH KERJA	NILAI		
		0	1	2
A.	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
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.	Persiapan Penolong : e. Lepas perhiasan f. Mendekatkan peralatan g. Memakai celemek h. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
B.	DENGER			
6.	Mengucapkan "Basmallah" pada awal kegiatan			
7.	Pastikan keamanan penolong dan pasien			
C.	RESPON			
8.	Kaji respon klien <ul style="list-style-type: none"> • Dewasa: panggil, goyangkan bahu • Bayi: angkat tangan bayi 			
9.	Panggil bantuan, ambil posisi menolong			
D.	CIRCULATION			
10.	Atur posisi klien (terlentang dengan alas datar dan keras)			
11.	Raba Nadi (5 - 10 detik) <ul style="list-style-type: none"> • Dewasa/ anak: karotis • Bayi: brachialis 			
12.	Tentukan titik kompresi dengan benar (Jika tidak ada nadi): <ul style="list-style-type: none"> • Dewasa/ anak: 2 jari atas px • Bayi 1 jari dibawah garis antar puting 			
13.	Berikan kompresi dada (30x) dengan kedalaman: <ul style="list-style-type: none"> • Dewasa 4 – 5 cm • Anak 3 – 4 cm 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Bayi 1,5 -2,5 cm • Irama: Dewasa/ anak/ bayi: 100 x/menit 			
E.	AIRWAY			
14.	Buka jalan nafas dengan head tilt-chin lift maneuver, Jika ada trauma servikal dengan jaw thrust maneuver. Lakukan finger swap jika lidah menutup jalan nafas.			
F.	BREATHING			
15.	Periksa nafas, lakukan <i>look, listen and feel</i> (10 detik)			
16.	Bila tidak ada nafas, berikan ventilasi 2 kali			
G.	RJP			
17.	Lakukan kompresi dengan irama teratur, dilanjutkan ventilasi dengan perbandingan: Dewasa/ anak/ bayi: 100 x/menit, 30:2 selama 5 siklus			
18.	Check nadi: - Dewasa/ anak/ bayi: setelah 5 siklus			
19.	Check nafas: Jika ada nadi, tidak ada nafas maka beri ventilasi (pernafasan buatan) <ul style="list-style-type: none"> • Dewasa: 10 – 12 x/menit (tiap 5 – 6 detik) • Bayi/ anak: 12 – 20 x/menit (3 – 5 detik) 			
20.	Periksa nadi setiap 2 menit, jika tidak ada nadi lakukan RJP			
21.	Pasien pulih, letakkan pada posisi stabil			
22.	Mengucapkan “Hamdalah” pada akhir kegiatan			
23.	Bereskan semua peralatan, cuci tangan di air mengalir, lakukan pendokumentasian			
24.	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan Wassalamu’alaikum Wr. Wb			
B.	TEKNIK			
25.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan, efektif dan efisien			
26.	Menjaga privasi pasien			
TOTAL NILAI				

MATERI 10

RESUSITASI BAYI

A. Pengertian

Resusitasi merupakan sebuah upaya menyediakan oksigen ke otak, jantung dan organ-organ vital lainnya melalui sebuah tindakan yang meliputi pemijatan jantung dan menjamin ventilasi yang adekuat (Rilantono, 1999). Tindakan ini merupakan tindakan kritis yang dilakukan pada saat terjadi kegawatdaruratan terutama pada sistem pernafasan dan sistem kardiovaskuler. kegawatdaruratan pada kedua sistem tubuh ini dapat menimbulkan kematian dalam waktu yang singkat (sekitar 4 – 6 menit). Tindakan resusitasi merupakan tindakan yang harus dilakukan dengan segera sebagai upaya untuk menyelamatkan hidup (Hudak dan Gallo, 1997). Resusitasi pada anak yang mengalami gawat nafas merupakan tindakan kritis yang harus dilakukan oleh perawat yang kompeten. Perawat harus dapat membuat keputusan yang tepat pada saat kritis. Kemampuan ini memerlukan penguasaan pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang unik pada situasi kritis dan mampu menerapkannya untuk memenuhi kebutuhan pasien kritis. Apakah bayi baru lahir memerlukan resusitasi?. Kira-kira 10% bayi baru lahir memerlukan bantuan untuk memulai pernafasan saat lahir dan sekitar 1% saja yang memerlukan resusitasi lengkap mulai dari pembersihan jalan nafas hingga pemberian obat – obatan darurat. Untuk praktisnya, setiap menolong bayi baru lahir ada 5 pertanyaan yang menentukan apakah resusitasi dibutuhkan:

- 1) Apakah bersih dari mekonium?
- 2) Apakah bernafas atau menangis?
- 3) Apakah tonus otot baik?
- 4) Apakah warna kulit kemerahan?
- 5) Apakah cukup bulan?

Jika salah satu dari 5 pertanyaan tersebut jawabannya tidak, maka perlu dilakukan resusitasi. Tindakan resusitasi diberikan untuk mencegah kematian akibat asfiksia. Dan bila pada bayi asfiksia berat yang tidak dilakukan tindakan resusitasi secara benar akan meninggal atau mengalami gangguan system saraf pusat, misalnya “cerebral palsy”, kelainan jantung misalnya tidak menutupnya “ductus arteriosus”.

B. Tiga hal penting dalam resusitasi

1. Pernafasan :

Lihat gerakan dada naik turun, frekuensi dan dalamnya pernafasan selama 1 menit. Nafas tersengal – sengal berarti nafas tidak efektif dan perlu tindakan misalnya apneu.

Jika pernafasan telah efektif yaitu pada bayi normal biasanya 30 – 50 x / menit dan menangis, kita melangkah ke penilaian selanjutnya.



2. Frekuensi Jantung:

Frekuensi denyut jantung harus > 100 per menit. Cara yang termudah dan cepat adalah dengan menggunakan stetoskop atau meraba denyut tali pusat. Meraba arteria mempunyai keuntungan karena dapat memantau frekuensi denyut jantung secara terus menerus, dihitung selama 6 detik (hasilnya dikalikan 10 = Frekuensi denyut jantung selama 1 menit). Hasil penilaian :

- Apabila frekuensi > 100 x / menit dan bayi bernafas spontan, dilanjutkan dengan menilai warna kulit
- Apabila frekuensi < 100 x / menit walaupun bayi bernafas spontan menjadi indikasi untuk dilakukan VTP (Ventilasi Tekanan Positif)

3. Warna Kulit :

Setelah pernafasan dan frekuensi jantung baik, seharusnya kulit menjadi kemerahan. Jika masih ada sianosis central, oksigen tetap diberikan. Bila terdapat sianosis perifer, oksigen tidak perlu diberikan, disebabkan karena peredaran darah yang masih lamban, antara lain karena suhu ruang bersalin yang dingin.

Secara klinis keadaan apneu primer atau apneu sekunder sulit dibedakan. Hal ini berarti bahwa dalam menghadapi bayi dengan kondisi apneu, harus dianggap bahwa bayi mengalami apneu sekunder dan harus segera dilakukan resusitasi.

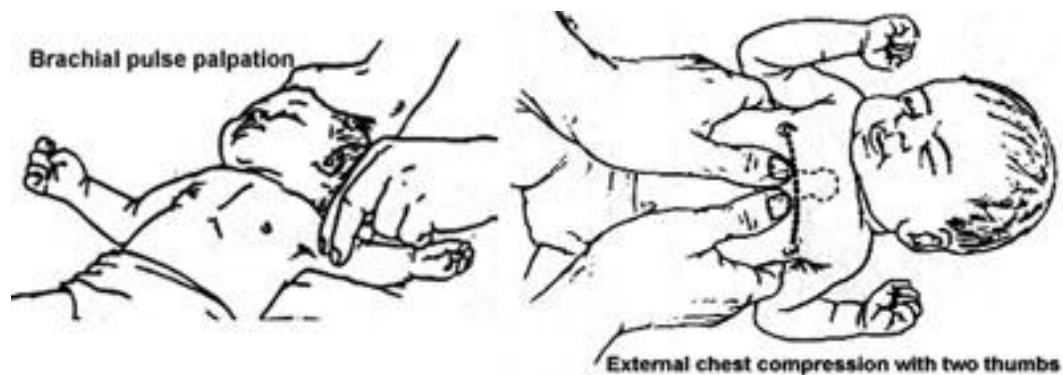
Resusitasi bertujuan memberikan ventilasi yang adekuat, pemberian oksigen dan curah jantung yang cukup untuk menyalurkan oksigen ke otak, jantung dan alat vital lainnya.

Tindakan resusitasi mengikuti tahapan yang dikenal sebagai **ABC Resusitasi** yaitu:

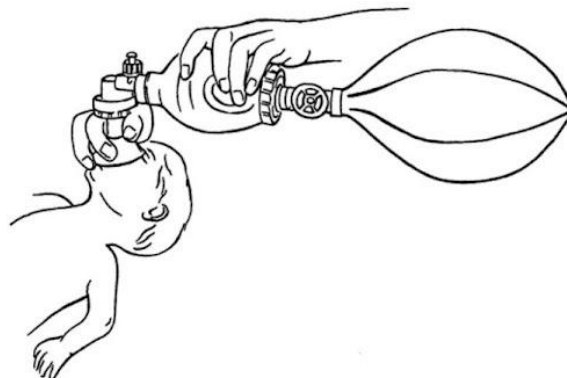
A : Airway, mempertahankan saluran nafas terbuka meliputi kegiatan meletakkan bayi dengan posisi sedikit ekstensi, menghisap mulut dan hidung bayi .

B : Breathing, memberikan pernafasan buatan meliputi kegiatan melakukan rangsang taktil untuk memulai pernafasan, melakukan ventilasi tekanan positif dengan sungkup dan balon.

C : Circulation, mempertahankan sirkulasi (peredaran) darah meliputi kegiatan mempertahankan sirkulasi darah dengan cara kompresi dada.



Resusitasi merupakan tindakan yang harus dilakukan dengan segera sebagai upaya untuk menyelamatkan hidup (Hudak dan Gallo, 1997). Tindakan ini memerlukan penguasaan pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang unik pada situasi kritis dan mampu menerapkannya untuk memenuhi kebutuhan pasien kritis (Hudak dan Gallo, 1997). Keterampilan melaksanakan tindakan resusitasi merupakan salah satu kompetensi profesional yang harus dikuasai bidan dalam menghadapi situasi kritis.



**CHECKLIST/ DAFTAR TILIK
LANGKAH RESUSITASI BAYI ASFIKSIA**

NO.	LANGKAH KERJA	NILAI		
		0	1	2
E.	SIKAP DAN PERILAKU			
25.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
26.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
27.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
28.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
29.	Persiapan Penolong : i. Lepas perhiasan j. Mendekatkan peralatan k. Memakai celemek l. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
F.	PERSIAPAN SEBELUM TINDAKAN			
30.	Tempat datar dan keras, alas /kain bersih dan kering, lampu sorot, kain ganjalan bahu, balon&sungkup untuk ventilasi, De Lee/slim sucker, bengkok			
31.	Memakai handscoen			
32.	Mengawali kegiatan dengan mengucapkan "Basmalah"			
33.	Penilaian (dalam beberapa detik) a. Apakah bayi lahir cukup bulan? b. Apakah cairan amnion bening? c. Apakah bayi bernafas spontan atau langsung menangis? d. Apakah tonus otot baik? e. Apakah kulit kemerahan? f. Apakah frekuensi jantung > 100x/menit? g. Apakah reflek baik?			

34.	<p>Menentukan apakah bayi memerlukan tindakan resusitasi</p> <p>JIKA semua jawaban “Tidak“ atau dengan melihat:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dada bayi: Megap-megap atau tidak ada usaha nafas Tonus otot: kurang baik Warna kulit pucat/kebiruan Frekuensi jantung < 100x/menit Reflek kurang baik 			
G.	LANGKAH AWAL RESUSITASI			
35.	<p>Memberi kehangatan pada bayi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Letakkan bayi di atas handuk yang ada di perut ibu. - Selimuti dan keringkan bayi dengan handuk tersebut. - Klem tali pusat dengan jarak 3 cm dari pusat, diurut ke arah maternal, dan klem tali pusat yang kedua dengan jarak 2 cm dari klem yang pertama, potong tali pusat (tangan kiri tetap melindungi perut bayi), ikat tali pusat, lepaskan klem. - Pindahkan bayi ke tempat resusitasi di bawah lampu sorot/pemancar panas 			
36.	<p>Atur posisi bayi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Letakkan bayi dengan kepala sedikit ekstensi dengan bantuan gulungan kain di bawah bahu. - Posisi kepala sedikit miring 			
37.	<p>Bersihkan jalan nafas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lendir diisap (mulut-hidung) 5cm-3cm - Pada alat penghisap mekanik: tekanan negatif \leq 100mmHg (jangan terlalu kuat atau dalam \rightarrow reflek vagus \rightarrow bradikardi/apneu) 			
38.	<p>Keringkan dan rangsang taktil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rangsang taktil dengan menepuk/menyentil telapak kaki, menggosok punggung/ perut/ dada/ ekstermitas 			
39.	Atur posisi kembali dan selimuti bayi dan selimuti bayi dengan kain alas yang sudah disiapkan sebelumnya			

40.	Lakukan Penilaian Kembali			
41.	<p>Jika bayi sudah bernafas spontan/menangis, lakukan perawatan pasca resusitasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jaga kehangatan bayi - Lakukan pemantauan - Konseling - Pencatatan/dokumentasi <p>Jika bayi masih megap-megap/tidak bernafas, lakukan ventilasi</p>			
42.	<p>Pasang sungkup menutupi mulut, hidung, dan dagu. Lakukan ventilasi percobaan sebanyak 2x dengan tekanan 30 cm air</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lihat apakah dada bayi mengembang <p>Bila dada bayi tidak mengembang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa posisi kepala, pastikan posisi benar - Periksa perlekatan sungkup, pastikan tidak ada kebocoran - Periksa ulang apakah jalan nafas tersumbat cairan atau lendir <p>Bila dada bayi mengembang, lakukan tahap berikutnya</p>			
43.	<p>Lakukan ventilasi sebanyak 20x dalam 30 detik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan dengan tekanan 20 cm air - Pastikan udara masuk (dada tetap mengembang) 			
44.	<p>Lakukan penilaian kembali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apakah pernafasan spontan? - Apakah frekuensi jantung > 100 x/menit (hitung dalam 6 detik, kalikan 10) - Apakah warna kulit sudah kemerahan? 			
45.	<p>Bila bayi sudah bernafas normal, hentikan ventilasi dan pantau bayi, lakukan perawatan pasca resusitasi. Bila bayi belum bernafas normal, lanjutkan ventilasi dengan ketentuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan ventilasi 20x dalam 30 detik selama 2 menit dengan tekanan 20 cm air - Evaluasi ventilasi tiap 30 detik - Siapkan rujukan sambil tetap melakukan ventilasi 			

46.	Apabila berhasil, maka lanjutkan dengan perawatan pasca resusitasi Apabila tidak berhasil (bayi belum bernafas normal), dan tidak bisa dilakukan rujukan, maka lanjutkan resusitasi sampai 20 menit. Apabila sampai 20 menit, bayi belum bernafas normal, maka pertimbangkan untuk menghentikan tindakan resusitasi.			
47.	Mengucapkan “Hamdalah” pada akhir kegiatan			
48.	Berikan konseling dan dukungan moril pada ibu dan keluarga dan lakukan pencatatan bayi meninggal.			
49.	Bereskan semua peralatan, cuci tangan di air mengalir, lakukan pendokumentasian			
50.	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan Wassalamu’alaikum Wr. Wb			
C.	TEKNIK			
51.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan, efektif dan efisien			
52.	Menjaga privasi pasien			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

MATERI 11

KEBUTUHAN CAIRAN ELEKTROLIT PADA KASUS KEBIDANAN

Cara Penghitungan Tetesan

$$\frac{\text{Volume} \times \text{drip faktor}}{\text{Waktu (dalam menit)}} = \text{tetesan/menit}$$

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

DAFTAR PUSTAKA

1. Natalia, Sertiana. (2018). KDPK keterampilan dasar praktek klinik kebidanan. Nuha Medika
2. Alimatul Hidayat. (2018). Buku KDPK untuk Kebidanan. Health Book Publishing, Jakarta
3. Rochimah (2015). Ketrampilan Dasar Praktik Klinik. Trans Info Media: Jakarta
4. Jordan, Sue (2019). Farmakologi Kebidanan. EGC: Jakarta.
5. Natalia, Sertiana. (2015) .KDPK keterampilan dasar praktek klinik kebidanan. Nuha Medika