



# **MODUL PRAKTIKUM**

## **KETERAMPILAN DASAR PRAKTIK KEBIDANAN**



**OLEH:**

**TIM PENYUSUN**

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS DR. SOEBANDI  
TAHUN 2024-2025**

**MODUL PRAKTIKUM KETERAMPILAN DASAR PRAKTIK  
KEBIDANAN**

**TIM PENYUSUN**

**Penanggung Jawab Mata Kuliah:**  
Yuni Handayani, S.ST., M.M., M.Kes

## LEMBAR PENGESAHAN

Modul Praktikum ini telah dikaji dan disetujui pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 12 Februari 2025

Mengetahui,

Fakultas Ilmu Kesehatan  
Dekan,



Ai Nur Zannah, S.ST., M.Keb  
NIDN/NIK. 19891219 201309 2 038

Program Studi Kebidanan Program Sarjana  
Ketua,



Rizki Fitrianingtyas, S.ST., M.Keb  
NIDN/NIK. 19870602 201812 2 163



**UNIVERSITAS dr. SOEBANDI**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

Jl. Dr Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,  
E\_mail : [fikes@uds.ac.id](mailto:fikes@uds.ac.id) Website: <http://www.uds.di.ac.id>

---

**KEPUTUSAN DEKAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS dr. SOEBANDI**

**Nomor : 891/FIKES-UDS/K/II/2025**

Tentang  
**PENETAPAN BUKU AJAR DAN MODUL PRAKTIKUM  
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA DAN PROGRAM STUDI PENDIDIKAN  
PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESIFAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS dr.  
SOEBANDI SEMESTER GENAP TAHUN AKADEMIK 2024/2025**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
DEKAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER**

---

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka pelaksanaan Pengajaran Program Studi Kebidanan Program Sarjana Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Tahun Akademik 2024/2025 agar berjalan dengan lancar perlu menetapkan Buku ajar dan Modul Praktikum;
- b. Bahwa berdasarkan sub a tersebut diatas dirasa perlu menetapkan Surat Keputusan Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi;
- Mengingat : 1. Undang -Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
4. Undang – Undang Nomor 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen;
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2009 tentang Dosen;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 1999 tentang Pendidikan Tinggi;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 13 Tahun 2015 tentang Perubahan kedua Atas Peraturan Pemerintah Nomor 19 tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan;
8. Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Republik Indonesia Nomor 234/U/2000 tentang Pedoman Pendirian Perguruan Tinggi;
9. Keputusan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset Dan Teknologi Republik Indonesia Nomor 291/E/O/2021 tentang Perubahan Bentuk Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dr. Soebandi Di Kabupaten Jember Menjadi Universitas dr. Soebandi Di Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur Yang Diselenggarakan Oleh yayasan Pendidikan Jember International School;
10. Statuta Universitas dr. Soebandi;

**MEMUTUSKAN**

- Menetapkan :  
**PERTAMA** : SURAT KEPUTUSAN DEKAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS dr. SOEBANDI TENTANG PENETAPAN BUKU AJAR DAN MODUL PRAKTIKUM PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA



## UNIVERSITAS dr. SOEBANDI FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Jl. Dr Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,  
E\_mail : [fikes@uds.ac.id](mailto:fikes@uds.ac.id) Website: <http://www.uds.di.ac.id>

FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS dr. SOEBANDI SEMESTER  
GENAP TAHUN AKADEMIK 2024/2025;

- KEDUA** : Penetapan Buku Ajar dan Modul Praktikum ini adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari surat keputusan ini;
- KETIGA** : Hal-Hal yang belum diatur dalam keputusan ini akan diatur lebih lanjut;
- KEMPAT** : Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan; dan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan, maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

DI TETAPKAN DI : JEMBER  
PADA TANGGAL : 12 Februari 2025

Universitas dr. Soebandi  
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan,

  
**Ai Nur Zahrah, S.ST, M. Keb**  
NIK. 19891219 201309 2 038

*Tembusan Kepada Yth :*

1. Rektor Universitas dr. Soebandi
2. Kaprodi S1 Kebidanan
3. Arsip

**VISI, MISI,  
TUJUAN DAN  
STRATEGI  
PRODI  
KEBIDANAN  
PROGRAM  
SARJANA**

**1. VISI**

Menjadi program studi yang unggul, berdaya guna dalam IPTEKS bercirikan Kebidanan Holistik dan berakhlakul karimah

**2. MISI**

- a. Melaksanakan Pendidikan Profesi Bidan yang unggul bercirikan kebidanan holistik dan berbasis IPTEKS
- b. Melaksanakan penelitian bidang kesehatan ibu dan anak yang bercirikan kebidanan holistik dan berkontribusi pada IPTEKS
- c. Melaksanakan pengabdian masyarakat dalam bidang kesehatan ibu dan anak yang bercirikan kebidanan holistik berbasis IPTEKS yang bermanfaat bagi masyarakat
- d. Melaksanakan kerja sama dan tata kelola Program Studi Pendidikan Profesi Bidan yang berprinsip good governance
- e. Membudayakan nilai – nilai akhlakul karimah pada setiap kegiatan civitas akademika Program Studi Pendidikan Profesi Bidan

**3. TUJUAN DAN STRATEGI**

- a. Menghasilkan lulusan bidan yang kompeten, profesional dan berdaya saing dalam bidang kesehatan ibu dan anak yang bercirikan kebidanan holistik
- b. Menghasilkan produk penelitian yang inovatif dan berkontribusi pada IPTEKS bidang kesehatan ibu dan anak yang bercirikan kebidanan holistik
- c. Menghasilkan produk pengabdian masyarakat berbasis IPTEKS bidang kesehatan ibu dan anak yang bercirikan kebidanan holistik yang bermanfaat bagi masyarakat
- d. Mewujudkan kerja sama dan pengelolaan program studi Pendidikan profesi bidan yang terencana, terorganisasi, produktif dan berkelanjutan
- e. Menghasilkan civitas akademika program studi Pendidikan profesi bidan yang memiliki perilaku sesuai nilai-nilai akhlakul karimah

**KATA  
PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan Kehadirat *Allah SWT* atas segala Rahmat dan Hidayah-Nya yang telah dilimpahkan sehingga penulis dapat menyelesaikan MODUL PRAKTIKUM yang *InsyAllah* dengan baik. Shalawat dan Salam atas Nabi kita *Muhammad SAW*, keluarganya, dan para sahabatnya yang terpilih.

Modul praktikum ini digunakan sebagai panduan untuk kegiatan belajar dalam mengembangkan kompetensi mahasiswa bidan, agar mahasiswa dapat memahami teori yang didapat dalam pembelajaran di kelas, yang hasil akhirnya diharapkan dapat mengaplikasikan ke dalam praktik klinik. Dengan begitu, mahasiswa akan terbiasa menyelesaikan masalah secara menyeluruh sesuai kebutuhan masyarakat.

Penyelesaian modul praktikum ini tidak terlepas dari dukungan dan bantuan semua pihak, baik dukungan moril maupun materiil. Semoga *Allah SWT* memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga panduan ini berguna bagi diri penulis sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkannya.

Penyusun menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyelesaian modul ini jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan oleh penyusun.

Jember, 15 Februari 2024

Penyusun

<b>DAFTAR</b>	<b>COVER.....</b>	<b>I</b>
<b>ISI</b>	<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>III</b>
	<b>VISI, MISI DAN TUJUAN.....</b>	<b>VII</b>
	<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>VIII</b>
	<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>IX</b>
	<b>TATA TERTIB LABORATORIUM.....</b>	<b>1</b>
	<b>PENGANTAR KETERAMPILAN DASAR PRAKTIK KLINIK.....</b>	<b>8</b>
	<b>INSTRUMEN DALAM PRAKTIK KEBIDANAN.....</b>	<b>10</b>
	<b>PERSONAL HYGIENE.....</b>	<b>26</b>
	<b>OKSIGENASI.....</b>	<b>42</b>
	<b>NUTRISI.....</b>	<b>51</b>
	<b>ELIMINASI.....</b>	<b>55</b>
	<b>AMBULASI.....</b>	<b>59</b>
	<b>PRINSIP PENCEGAHAN INFEKSI.....</b>	<b>70</b>
	<b>PEMASANGAN INFUS.....</b>	<b>78</b>
	<b>PEMERIKSAAN FISIK.....</b>	<b>85</b>
	<b>ASUHAN MENGHADAPI KEHILANGAN DAN KEMATIAN.....</b>	<b>92</b>
	<b>INJEKSI.....</b>	<b>98</b>
	<b>PEMBERIAN OBAT.....</b>	<b>122</b>
	<b>PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK.....</b>	<b>128</b>
	<b>PEMERIKSAAN PRE DAN PASCA BEDAH.....</b>	<b>153</b>
	<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>155</b>
	<b>JADWAL PRAKTIKUM.....</b>	<b>157</b>

**TATA TERTIB LABORATORIUM TERPADU  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS dr. SOEBANDI**

**TATA TERTIB UMUM**

1. Kegiatan praktikum dapat dilakukan setiap hari pada pukul 07.30-15.30 WIB atau menyesuaikan dengan jadwal praktikum yang dibuat oleh Kaprodi
2. Jadwal penggunaan laboratorium dibuat dan diatur oleh Ketua Laboratorium disesuaikan dengan jadwal perkuliahan yang telah dibuat oleh KaProdi.
3. Setiap pelaksanaan praktikum mahasiswa harus mengisi daftar hadir laboratorium, *log book* alat/phantom dan menggunakan seragam serta jas laboratorium
4. Setiap mahasiswa wajib membawa SOP/ Modul Pembelajaran yang akan dipraktikumkan

**PERSIAPAN PRAKTIKUM**

1. Mahasiswa mengajukan jadwal penggunaan laboratorium dan mengisi Form Peminjaman Alat maksimal satu hari sebelum jadwal praktikum
2. Mahasiswa menulis jadwal penggunaan laboratorium sesuai dengan departemen dan menyerahkan Form Peminjaman Alat yang telah diisi kepada Petugas Laboratorium.
3. Petugas laboratorium membantu dan mengawasi mahasiswa dalam menyiapkan peralatan sesuai dengan Form Peminjaman alat

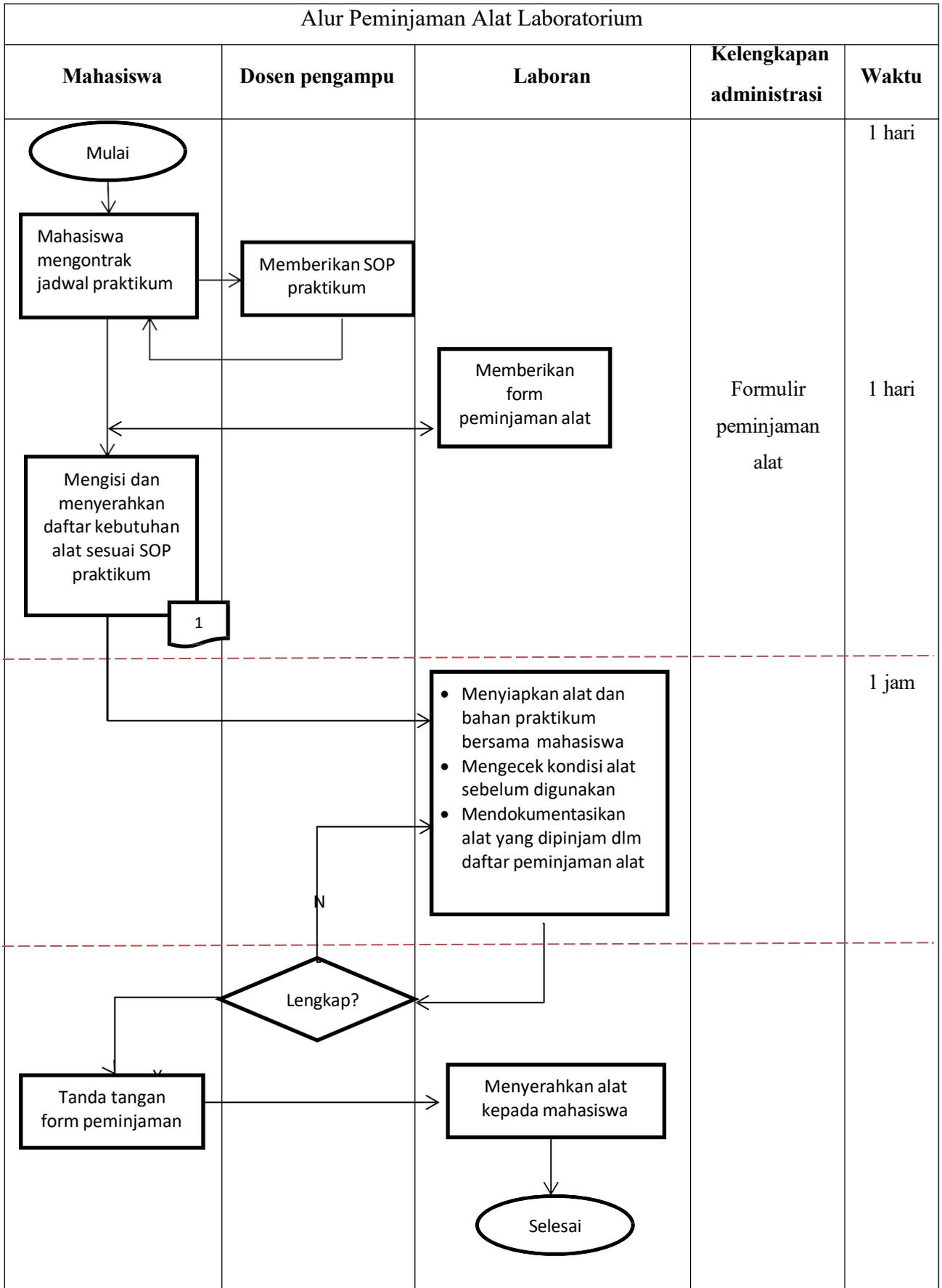
**PELAKSANAAN PRAKTIKUM**

1. Mahasiswa mengambil peralatan di Ruang Penyimpanan Alat/DEPO dan melakukan cek ulang alat sesuai dengan form peminjaman alat
2. Mahasiswa mengikuti kegiatan praktikum dengan tertib
3. Mahasiswa bertanggung jawab sepenuhnya terhadap kelengkapan dan kondisi alat
4. Jika terjadi kecatatan/ kerusakan alat selama proses praktikum mohon mahasiswa segera melapor kepada petugas laboratorium
5. Setelah selesai, mohon mahasiswa mencatat kekurangan bahan habis pakai maupun kerusakan alat pada form peminjaman alat (Jika Ada) dan mengembalikan set alat pada rak
6. Mahasiswa wajib merapikan bed/ruangan setelah selesai digunakan
7. Mahasiswa wajib menggunakan Alat Pelindung Diri berupa masker, sarung tangan, apron, kacamata bila diperlukan
8. Pergunakan alat dan bahan sesuai dengan SPO dan hindari potensial bahaya misalnya tertusuk jarum, tersiram zat cair dll
9. Jika terdapat potensial bahaya segera hubungi petugas laboratorium/ Kepala Lab Terpadu UDS.

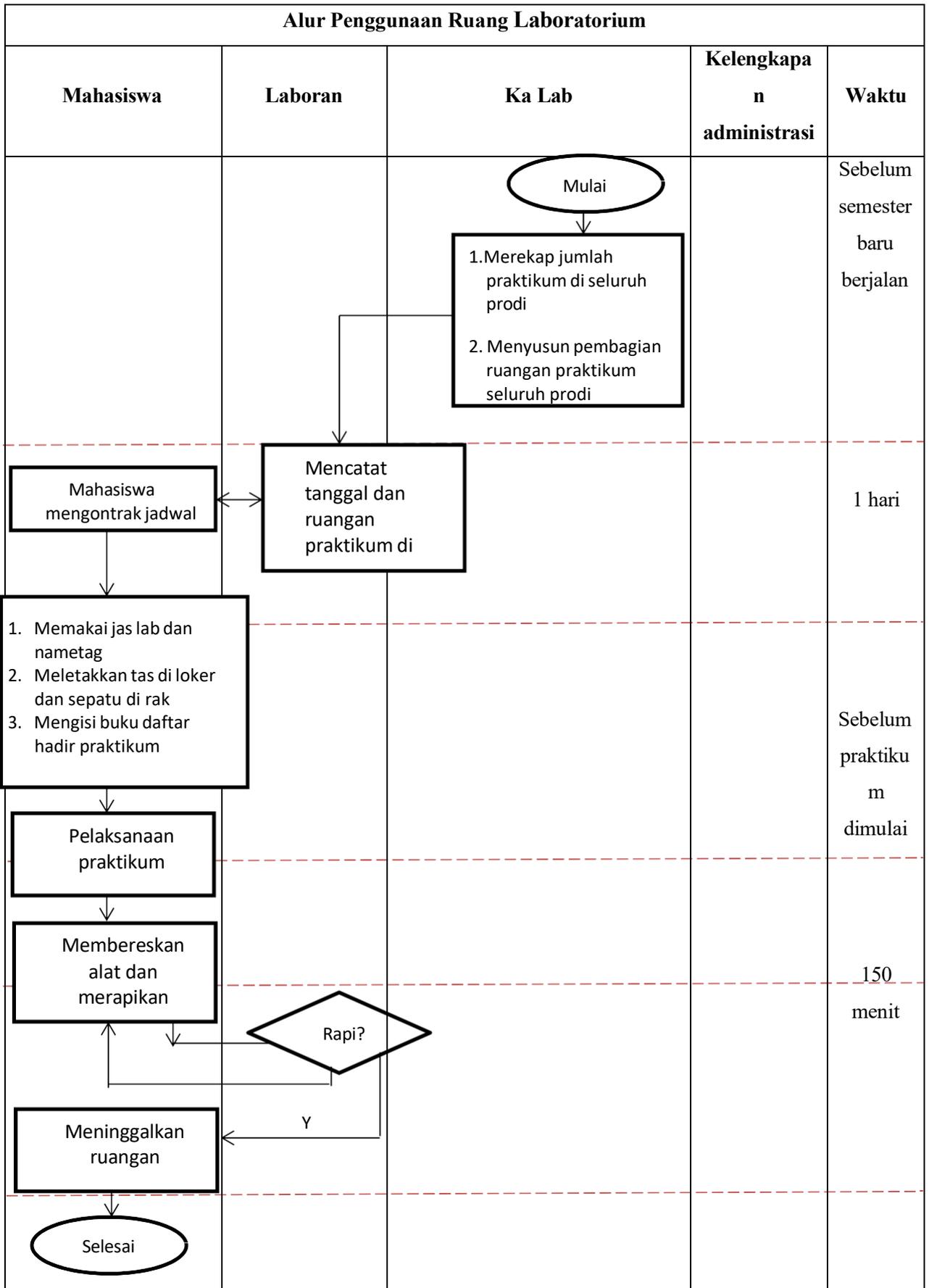
## **LARANGAN SAAT BERADA DI LABORATORIUM**

1. Dilarang membawa makanan dan minuman ke dalam ruang Laboratorium
2. Dilarang membuat kegaduhan yang dapat mengganggu kenyamanan pengguna di dalam ruang Laboratorium
3. Dilarang mencorat coret seluruh alat dan fasilitas yang terdapat didalam Laboratorium
4. Dilarang memindahkan atau menggunakan alat dan fasilitas didalam Laboratorium tanpa izin petugas laboratorium
5. Dilarang membuang sampah sembarangan
6. Bagi mahasiswa yang melanggar ketentuan akan mendapatkan sanksi melalui koordinasi dengan laboran, kepala laboratorium dan kepala program studi.

	<b>STANDAR OPERASIONAL PEROSEDUR</b>  <b>(SOP)</b>  <b>PEMINJAMAN ALAT LABORATORIUM</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	Tanggal Terbit	Kepala Laboratorium Terpadu  Dini Eka Pripuspitasari, S.ST.,M.Keb	
Definisi	Peminjaman alat laboratorium untuk kegiatan praktikum oleh mahasiswa		
Tujuan	Menjelaskan prosedur peminjaman alat-alat laboratorium		
Ruang Lingkup	Meliputi tata cara dan syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh mahasiswa dalam melakukan peminjaman alat di laboratorium Universitas dr. Soebandi		
Acuan	1. SK Rektor Universitas dr. Soebandi 2. Tata Tertib Laboratorium UDS		
Dokumen terkait	1. SOP Praktikum 2. Form peminjaman alat		
Penanggung Jawab	1. Dosen: membuat SOP praktikum 2. Mahasiswa: meminjam alat dan bahan praktikum 3. Laboran: menyediakan alat dan bahan praktikum		
Prosedur	1. Dosen pengampu praktikum menyerahkan SOP praktikum kepada mahasiswa / KMK. 2. Mahasiswa/ KMK berkoordinasi dengan laboran setidaknya H-1 pelaksanaan praktikum. 3. Laboran memberikan form peminjaman alat kepada mahasiswa/ KMK 4. Mahasiswa/KMK mengisi form peminjaman alat dengan ketentuan bahwa Alat yang dipinjam sesuai dengan SOP praktikum/Modul Praktikum . 5. Laboran memeriksa form peminjaman alat serta bersama-sama dengan mahasiswa menyiapkan alat praktikum sesuai daftar yang tertera pada form peminjaman. 6. Laboran memastikan peralatan dalam kondisi baik dan berfungsi sebagaimana mestinya 7. Laboran mengecek kesesuaian antara daftar, jenis, maupun jumlah alat sebagaimana berkas peminjaman 8. Laboran mendokumentasikan alat yang akan di pinjam dalam daftar peminjaman alat 9. Mahasiswa menandatangani form peminjaman alat 10. Laboran menyerahkan alat kepada mahasiswa 11. Laboran hanya melayani pengambilan alat lab di jam kerja yang telah diatur dalam peraturan rektor Universitas dr Soebandi 12. Pengambilan alat wajib atas sepengetahuan laboran		

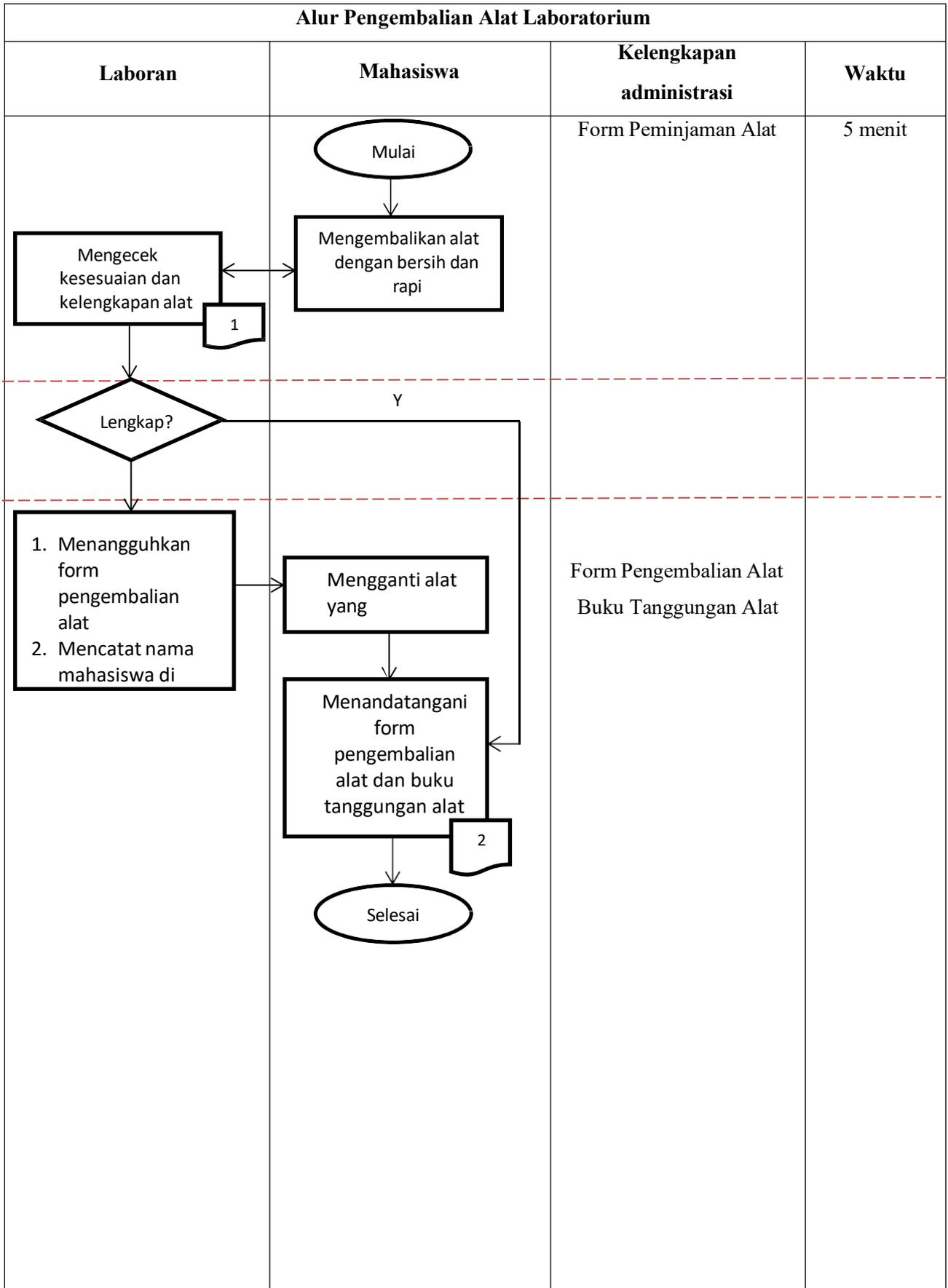


	<b>STANDAR OPERASIONAL PERSEDUR (SOP)</b> <b>PENGGUNAAN RUANG LABORATORIUM</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	Tanggal Terbit	Kepala Laboratorium Terpadu  Dini Eka Pripuspitasari, S.ST.,M.Keb	
Definisi	Penggunaan ruangan laboratorium oleh mahasiswa dan dosen pengampu praktikum untuk melaksanakan kegiatan praktikum		
Tujuan	Menjelaskan prosedur penggunaan ruangan laboratorium oleh mahasiswa dan dosen pengampu praktikum		
Ruang Lingkup	Meliputi tata cara dan syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh mahasiswa dalam mempergunakan ruangan laboratorium Universitas dr. Soebandi		
Acuan	1. SK Rektor Universitas dr. Soebandi 2. Tata tertib Laboratorium UDS		
Dokumen terkait			
Penanggung Jawab	1. Kepala Laboratorium: Menyusun jadwal dan penggunaan ruangan laboratorium 2. Mahasiswa: meminjam ruangan laboratorium 3. Laboran: menyediakan ruangan laboratorium		
Prosedur	1. Kepala Program Studi memberikan jadwal praktikum di semua mata kuliah dari seluruh angkatan yang akan berjalan dalam satu semester ke depan kepada Kepala Laboratorium 2. Kepala Laboratorium merekap jumlah praktikum yang akan berjalan di seluruh program studi 3. Kepala Laboratorium menyusun pembagian ruangan laboratorium untuk praktikum selama satu semester 4. Dosen pengampu praktikum menyusun dan memberikan SOP praktikum yang akan dilaksanakan kepada mahasiswa 5. Mahasiswa melakukan konfirmasi kepada laboran terkait rencana praktikum maksimal H-1 pelaksanaan praktikum 6. Laboran menulis jadwal penggunaan ruangan laboratorium di papan jadwal setelah mendapat konfirmasi dari mahasiswa/KMK 7. Mahasiswa wajib mengisi buku daftar hadir praktikum yang telah disediakan petugas laboratorium 8. Mahasiswa meletakkan tas di loker yang telah disediakan dan meletakkan sepatu di rak dengan rapi. Mahasiswa wajib bertanggungjawab atas keamanan barangnya masing-masing. 9. Setiap praktek laboratorium, mahasiswa wajib memakai skort/jas laboratorium serta papan nama 10. Pelaksanaan praktikum 11. Setelah kegiatan praktek laboratorium selesai, mahasiswa harus membersihkan dan merapikan ruangan 12. Mahasiswa diperbolehkan meninggalkan ruangan laboratorium jika cek peralatan selesai, kondisi laboratorium bersih dan rapi atas sepengetahuan laboran 13. Selesai		



--	--	--	--	--

	<b>OPERASIONAL PEROSUDUR (SOP) PENGEMBALIAN ALAT LABORATORIUM</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	Tanggal Terbit	Ditetapkan oleh Rektor UDS	
Definisi	Pengembalian alat laboratorium setelah pelaksanaan kegiatan praktikum dari peminjam kepada laboran		
Tujuan	Menjelaskan prosedur pengembalian alat laboratorium setelah pelaksanaan kegiatan praktikum dari peminjam kepada laboran		
Ruang Lingkup	Meliputi tata cara dan syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh mahasiswa dalam melakukan mengembalikan alat laboratorium		
Acuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SK Rektor Universitas dr. Soebandi</li> <li>2. Peraturan laboratorium</li> </ol>		
Dokumen terkait	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Form peminjaman dan pengembalian alat</li> <li>2. Buku Tanggungan Alat</li> </ol>		
Penanggung Jawab	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mahasiswa: mengembalikan alat laboratorium</li> <li>2. Laboran: mengecek kesesuaian dan kelengkapan alat laboratorium</li> </ol>		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mahasiswa mengembalikan alat dalam keadaan bersih, kering, utuh/tidak pecah, tidak berkarat, tidak hangus, dan lengkap</li> <li>2. Laboran memeriksa kelengkapan alat sesuai dengan pendokumentasian peminjaman alat : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. jika setuju maka laboran mengembalikan alat sesuai tempatnya dibantu Mahasiswa.</li> <li>b. Jika tidak setuju, laboran mengecek ulang keadaan alat, kebersihan &amp; jumlah alat sesuai form peminjaman alat</li> </ol> </li> <li>3. Laboran mencatat nama mahasiswa yang menghilangkan alat/merusak/memecahkan alat yang di pinjam di buku tanggungan alat</li> <li>4. Mahasiswa wajib mengganti sesuai jumlah, jenis, dan merk barang yang sama pada saat mengembalikan alat.</li> <li>5. Laboran hanya menerima ganti rugi berupa alat dengan spesifikasi yang sama, <b>bukan dalam bentuk uang.</b></li> <li>6. Mahasiswa yang mempunyai tanggungan alat, maka form pengembalian alat ditahan sampai tanggungan alat dilunasi</li> <li>7. Mahasiswa menandatangani form pengembalian alat dan buku tanggungan alat jika alat sudah sesuai dan lengkap atau setelah mahasiswa memberikan ganti rugi alat</li> <li>8. ketentuan yang belum tercantum disini, akan dijelaskan/diberikan arahan sesuai dengan situasi kasus.</li> </ol>		



## PENGANTAR KETERAMPILAN DASAR PRAKTIK KLINIK

### A. DESKRIPSI MATA KULIAH

Mata kuliah ini memberikan kemampuan pada mahasiswa tentang konsep manusia, konsep sehat sakit, dan pemenuhan kebutuhan dasar manusia (keseimbangan dan homeostasis, Personal Hygiene, menyiapkan tempat tidur, kebutuhan posisi dan mobilisasi pasien, pemindahan dan penanganan pasien, body mekanik petugas kesehatan), serta proses kehilangan dan saat kematian dan setelah kematian.

### B. TUJUAN MATA KULIAH

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan dan mendemonstrasikan praktiknya tentang kebutuhan personal hygiene, kebutuhan oksigenasi, kebutuhan nutrisi, kebutuhan eliminasi, mobilisasi dan aktifitas, dan perawatan jenazah

### C. KOMPETENSI MATA KULIAH

1. Konsep dasar manusia
2. Pemenuhan kebutuhan dasar manusia
3. Penatalaksanaan kebutuhan dasar manusia
4. Asuhan pada klien yang menghadapi kehilangan dan kematian

### D. STRATEGI PERKULIAHAN

Pendekatan perkuliahan ini adalah pendekatan *Student Center Learning*. Dimana Mahasiswa lebih berperan aktif dalam proses pembelajaran. Metode yang digunakan lebih banyak menggunakan metode ISS (Interactive skill station) dan Problem base learning. Interactive skill station diharapkan mahasiswa belajar mencari materi secara mandiri menggunakan berbagai sumber kepustakaan seperti internet, expert dan lainlain, yang nantinya akan didiskusikan dalam kelompok yang telah ditentukan. Sedangkan untuk beberapa pertemuan dosen akan memberikan kuliah singkat diawal untuk memberikan kerangka pikir dalam diskusi. Untuk materi-materi yang memerlukan keterampilan, metode yang akan dilakukan adalah simulasi dan demonstrasi di laboratorium.

## **E. BAHAN BACAAN**

Ika Fitriana dan Siska, 2014, *Ketrampilan Dasar Kebidanan 1*, Trans Info Media; Jakarta

Alimul Aziz dan Musrifatul, 2011, *Praktik Kebutuhan Dasar Manusia*, Health Books Publising: Surabaya

Alimul Aziz dan Musrifatul, 2011, *Buku Saku: Prosedur Keterampilan Dasar Praktik Klinik*, Health Books Publising: Surabaya

Eny Retna dan Tri Sunarsih, 2009, *KDPK Kebidanan Teori dan Aplikasi*. Nuha Medika; Jogjakarta

## INSTRUMEN DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

### A. Instrumen Rumah Sakit

#### Peralatan untuk tempat peralatan lainnya

Nama Alat	Gambar	Fungsi Peralatan
Instrumen troy		Berupa wadah untuk menyimpan atau meletakkan peralatan
Dressing jar atau tromol		Wadah untuk menyimpan berbagai macam pembalut seperti kasa atau kapas dalam bentuk siap pakai.
Sterilisator		Alat yang digunakan untuk mensterilkan peralatan dan bahan-bahan seperti kasa, kapas dll.
Korentang		Alat untuk mengambil atau mengangkat instrumen steril dari dalam bak instrumen.

<p>Sarung tangan/handscoon</p>	 <p>Sarung tangan steril</p> <p>Sarung tangan obgyn</p>	<p>Digunakan untuk Melindungi tangan petugas kesehatan .</p>
<p>Bengkok (kidney Tray/Nierbekken)</p>		<p>Digunakan untuk Membuang kapas bekas pakai, kaca kotor, Pus atau darah atau untuk meletakkan alat kotor sementara.</p>
<p>Bahan habis pakai</p>	 <p>Verban</p>	<p>Membalut luka</p>

	 <p data-bbox="790 459 869 492">Plester</p>  <p data-bbox="758 884 901 918">Kassa Steril</p>	
<p data-bbox="279 940 422 974">Bahan lain</p>	 <p data-bbox="782 1220 877 1254">Selimut</p> 	

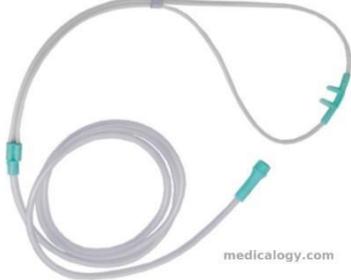
## B. Instrumen untuk Pemeriksaan Fisik

Nama Peralatan	Gambar	Fungsi
<p>Peralatan untuk memeriksa tanda-tanda vital</p>	<div style="text-align: center;">  <p>Termometer elektrik</p>  <p>Termometer raksa</p> </div>	<p>Mengukur suhu tubuh</p>
	<div style="text-align: center;">  <p>Tensimeter manual</p>  <p>Tensimeter raksa</p> </div>	<p>Mengukur tekanan darah</p>

	 <p data-bbox="794 600 919 636">Stetoskop</p>	<p data-bbox="1082 228 1445 264">Untuk mendengarkan pulse</p>
	 <p data-bbox="703 996 1011 1081">Timbangan untuk orang dewasa</p>  <p data-bbox="711 1312 1003 1348">Timbangan untuk bayi</p>	<p data-bbox="1082 658 1398 743">Untuk menimbang berat badan</p>
	 <p data-bbox="783 1733 932 1769">Staturmeter</p>	<p data-bbox="1082 1368 1385 1453">Untuk mengukur tinggi badan</p>

	 <p data-bbox="794 488 919 524">Pen light</p>	<p data-bbox="1083 230 1410 376">Untuk memeriksa pupil, rongga mulut dan bagian gelap lainnya</p>
	 <p data-bbox="730 786 981 822">Tong spatel/tongue</p>	<p data-bbox="1094 544 1422 801">Digunakan untuk menekan lidah agar dapat memeriksa atau melihat kelainan pada mulut atau tenggorokan.</p>
	 <p data-bbox="746 1458 965 1494">Refleks hammer</p>	<p data-bbox="1094 846 1390 1216">Untuk memeriksa Kemampuan refleksi bagian tertentu tubuh kita misalnya lutut, rongga dada, rongga belakang (punggung)</p>

### C. Instrumen untuk Saluran Pernapasan

Nama peralatan	Gambar	Fungsi
Tabung oksigen		Untuk tempat penyimpanan atau pengisian oksigen
Regulator		Untuk menghubungkan tabung oksigen dengan nasal kanul/masker serta mengatur tekanan oksigen yang akan diberikan
Selang oksigen	 <p data-bbox="810 1196 890 1227">Kanul</p>  <p data-bbox="804 1514 896 1545">Masker</p>	Untuk menyalurkan oksigen dari tabung oksigen ke pasien
Ambubag		Untuk melakukan resusitasi (napas buatan)

#### D. Instrumen untuk Saluran Cerna

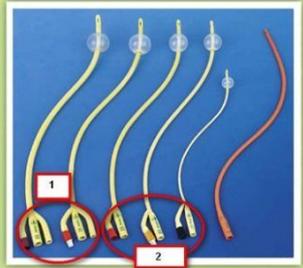
Nama peralatan	Gambar	Fungsi
Feeding tube	 selang sonde bertutup	Memberikan cairan, makanan atau obat kepada klien yang tidak bisa atau tidak mampu menelan.
Maag Sonde		Mengeluarkan getah lambung atau membilas lambung. Biasanya digunakan pada pasien yang mengalami keracunan

#### E. Instrumen untuk Pemberian Cairan atau Obat Parenteral

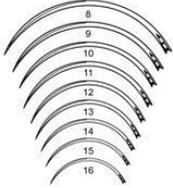
Nama peralatan	Gambar	Fungsi
Infus set	 Infus set makro dan mikro	Menghubungkan jarum infuse dan cairan infuse.
Tranfuse set		Digunakan untuk melakukan transfusi darah
Abocath		Merupakan jarum infus yang terdiri dari dua bagian yaitu jarum dan plastik yang digunakan pada orang dewasa.

Venflon		Merupakan jarum infuse yang digunakan pada bayi
Cairan infus		Resusitasi cairan tubuh
Tourniquet		Untuk membendung pembuluh darah vena ditangan atau kaki agar terlihat di permukaan kulit
Peralatan injeksi	 <p style="text-align: center;">Sput</p>  <p style="text-align: center;">Needle/jarum suntik</p>	Digunakan untuk membantu pasien dalam pemberian obat melalui parenteral

## F. Instrumen untuk Fungsi Eliminasi

Nama Peralatan	Gambar	Fungsi
Urine bag dan kateter	 <p style="text-align: center;">urine bag</p>  <p style="text-align: center;">Kateter</p>	Digunakan sebagai tempat untuk buang air kecil untuk laki- laki dan perempuan.
Bedpan	 	Menampung feces untuk klien baik perempuan dan laki-laki yang tidak boleh/ tidak bisa buang air besar di WC

### G. Instrumen untuk Perawatan luka dan pembedahan kecil

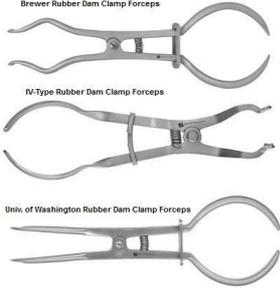
Nama peralatan	Gambar	Fungsi
Scapel blade		Pisau ini dipasang pada gagangnya agar bisa digunakan.
Handle scapel		Digunakan untuk gagang pisau.
Jarum bedah/ jarum heacting		Digunakan untuk menjahit luka operasi atau organ yang rusak.
Benang bedah/ sutura		Digunakan untuk menjahit luka operasi atau organ yang rusak.
Nald vodder/ needle holder		Menjepit atau memegang jarum saat menjahit luka dan memudahkan untuk membuat simpul benang operasi.
Pinset	 <p data-bbox="754 1877 951 1910">Pinset anatomi</p>	Digunakan untuk mengangkat jahitan operasi.

	 <p>tokoalkes.com</p> <p>Pinset sirugi</p>	
Klem	 <p>klem arteri</p>  <p>Klem pean</p>  <p>Klem kocher</p>	Untuk memegang dan menekan suatu benda atau bagian tubuh.
Gunting	 <p>RE-1550-140 Surgical Scissors Sharp/Blunt Size: 140mm</p> <p>RE-1550-140 Surgical Scissors Blunt/Blunt Size: 140mm</p> <p>RE-1550-140 Surgical Scissors Sharp/Sharp Size: 140mm</p> <p>RE-1500-090 Delicate Scissors Size: 90mm</p> <p>RE-1590-140 Lister Bandage Scissors Size: 140mm</p> <p>RE-1600-180 Lister Bandage Scissors Size: 180mm</p> <p>RE-1610-200 Lister Bandage Scissors Size: 200mm</p> <p>RE-1620-140 Metzenbaum Dissecting Scissors Size: 140mm</p>	Untuk memotong benda / jaringan

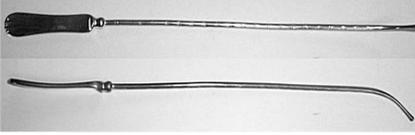
## H. Instrumen untuk Pemeriksaan Kehamilan

Nama peralatan	Gambar	Fungsi
Pita ukur (LiLA)	<p><b>PITA LILA</b></p> 	Untuk mengukur lingkar lengan atas
Metlin		Untuk mengukur tinggi fundus uteri pada umur kehamilan diatas 20 minggu
Funanduscop dan Doppler		Untuk mendengarkan detak jantung janin
Jangka panggul		Untuk mengukur lingkar panggul

## I. Peralatan untuk Persalinan

Nama Peralatan	Gambar	Fungsi
Gunting tali pusat		Untuk memotong tali pusat
Gunting episiotomi		Untuk memperlebar jalan lahir
Duk		
Forcep		Membantu pertolongan persalinan dengan kondisi tertentu
Vacum extraction		Melahirkan bayi dengan Memberikan tekanan negatif

## J. Peralatan Pemeriksaan Kebidanan dan Kandungan

Nama peralatan	Gambar	Fungsi
Spekulum	 <p data-bbox="715 770 1007 804">Spekulum cocor bebek</p>  <p data-bbox="762 1093 954 1126">Spekulum sims</p>  <p data-bbox="719 1563 1002 1597">Spekulum sim double</p>	Alat yang dimasukkan ke dalam rongga tubuh
Sonde uteri		Untuk mengukur kedalaman uteri

Dilator uterine		Untuk membesarkan lubang uterus
Tampon tang		Untuk memasukkan dan mengeluarkan tampon dari dalam vagina
Tenakulum		Untuk menjepit porsio
Sendok curratage		Untuk membersihkan rongga uterus

## PERSONAL HYGIENE

### A. TUJUAN PEMBELAJARAN PRAKTIKUM

1. Mahasiswa mampu mempersiapkan alat secara lengkap
2. Mahasiswa mampu melakukan tindakan personal Personal Higyene berupa memandikan pasien, mengeramasi pasien, oral higyene dan gunting kuku secara sistematis dan setiap langkah dilakukan secara tepat.

### B. DASAR TEORI

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna memepertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (Depkes 2000). Menurut Poter. Perry (2005), Personal hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis, kurang perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya (dalam Tarwoto dan Wartonah 2006 ).

#### a) Memandikan pasien

Memandikan pasien merupakan tindakan keperawatan yang di lakukan pada pasien yang tidak mampu mandi secara mandiri atau memerlukan bantuan, dengan cara membersihkan pasien dengan air dan sabun.

Tujuan :

- a. Membersihkan kulit dan menghilangkan bau badan
- b. Memberikan rasa nyaman
- c. Merangsang peredaran darah
- d. Sebagai pengobatan
- e. Mencegah infeksi kulit
- f. Mendidik pasien dalam kebersihan perseorangan.

Dilakukan pada:

- Pada pasien baru, terutama bila kotor sekali dan keadaan umumnya memungkinkan.
- Pada pasien yang dirawat, sekurang-kurangnya dua kali sehari dengan kondisinya.

#### b) Mengeramasi pasien

Rambut yang sehat yaitu tidak mudah rontok dan patah, tidak terlalu berminyak dan terlalu kering serta tidak berketombe dan berketutu.

Tujuan bagi klien yang membutuhkan perawatan rambut dan kulit kepala meliputi sebagai berikut:

- Pola kebersihan diri klien normal
- Klien akan memiliki rambut dan kulit kepala bersih yang sehat
- Klien akan mencapai rasa nyaman dan harga diri
- Klien dapat mandiri dalam kebersihan diri sendiri
- Klien akan berpartisipasi dalam praktik perawatan rambut.

c) Oral hygiene

Oral hygiene merupakan tindakan untuk membersihkan dan menyegarkan mulut, gigi dan gusi (Clark, 2005). Menurut Taylor et al (2000), Oral hygiene adalah tindakan yang ditujukan untuk menjaga kontinuitas bibir, lidah dan mukosa membran mulut mencegah terjadinya infeksi rongga mulut dan melembabkan mukosa membran mulut dan bibir.

d) Gunting kuku

Kuku terdapat di ujung jari bagian yang melekat pada kulit yang terdiri dari sel-sel yang masih hidup. Bentuk kuku bermacam-macam tergantung dari kegunaannya ada yang pipih, bulat panjang, tebal dan tumpul (Depdikbud, 1986:21). Guna kuku adalah sebagai pelindung jari, alat kecantikan, senjata, pengais dan pemegang (Depdikbud, 1986:22). Bila untuk keindahan bagi wanita karena kuku harus relatif panjang, maka harus dirawat terutama dalam hal kebersihannya. Kuku jari tangan maupun kuku jari kaki harus selalu terjaga kebersihannya karena kuku yang kotor dapat menjadisarang kuman penyakit yang selanjutnya akan ditularkan ke bagian tubuh yang lain.

e) Perawatan perineum/ vulva hygiene

Perawatan yang dilakukan untuk menyetatkan daerah antara paha yang dibatasi vulva dan anus, umumnya dilakukan pada ibu pasca melahirkan. Bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri, mencegah terjadinya infeksi khususnya daerah perineum dan vulva dan memenuhi kebutuhan rasa nyaman

f) Bad Making / Menyiapkan tempat tidur

Jenis Tempat tidur dan metode yang digunakan untuk mengoperasikannya dapat berbeda diberbagai fasilitas kesehatan tetapi prinsip dasar merapikan tempat tidur adalah sama. Baik untuk yang tinggal ditempat tidur, maupun yang akan merawatnya, kualitas tempat tidur menjadi sangat penting. Suatu tempat tidur secara umum harus memenuhi syarat-syarat sebagai berikut:

1. Individu harus dengan mudah masuk dan keluar. Baik dengan bantuan maupun sendiri.
2. Keamanan harus terjamin, meskipun dengan beberapa alat bantu.
3. Pasien atau penghuni harus dengan mudah dapat dirawat (terutama tinggi tempat kerja penting disini).
4. Diatas tempat tidur harus dapat dietkkan beberapa alat bantu.
5. Tempat tidur, kasur dan bantal harus dapat dibersihkan dengan baik.

Sebuah tempat tidur disamping memenuhi syarat-syarat diatas sebaiknya juga harus dapat disetel dalam berbagai posisi dan berada diatas roda-roda. Kain yang dipakai untuk tempat tidur adalah kebanyakan katun atau kain imitasi katun.

## CEKLIST MEMANDIKAN PASIEN

Batas lulus adalah B ( $\geq 68$ )

- 1 : kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Kegiatan dilakukan dengan benar tapi ragu-ragu
- 3 : Kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<p><b>Persiapan Alat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baskom mandi 2 buah yang berisikan air dingin dan air hangat</li> <li>2. Pakaian pengganti</li> <li>3. Kain penutup</li> <li>4. Handuk dan waslap</li> <li>5. Tempat untuk pakaian kotor</li> <li>6. Skrin (sampiran)</li> <li>7. Sabun</li> </ol>	
2	<p><b>Persiapan Petugas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menyiapkan alat dan bahan pastikan air tidak terlalu panas atau dingin (hangat)</li> <li>b. Cuci tangan efektif 7 langkah, menggunakan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan</li> <li>c. Menyapa pasien atau keluarga dan memperkenalkan diri</li> </ol>	
3	<p><b>Persiapan Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Informed consent</li> <li>b. Menjelaskan tujuan tindakan yang dilakukan</li> <li>c. Menjaga privasi pasien : tutup sampiran</li> <li>d. Mengganti selimut klien dengan selimut mandi</li> <li>e. Melepas pakaian atas klien</li> </ol>	
4	<p><b>Prosedur Tindakan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Membasuh Muka               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Membentangkan perlak kecil dan handuk kecil di bawah</li> </ol> </li> </ol>	

	<p>kepala</p> <p>b) Menawarkan pasien menggunakan sabun atau tidak</p> <p>c) Membersihkan muka, telinga dengan waslap lembab lalu di keringkan</p> <p>d) Menggulung perlak dan handuk</p> <p>b. Membasuh Lengan</p> <p>c. Menurunkan selimut mandi kebagian perut klien</p> <p>d. Memasang handuk besar diatas dada klien secara melintang dan kedua tangan klien diletakkan diatas handuk</p> <p>e. Membasahi tangan klien dengan waslap air bersih, disabun, kemudian dibilas dengan air hangat (lakukan mulai dari ekstremitas terjauh klien)</p> <p style="padding-left: 40px;">Membasuh Dada Dan Perut</p> <p>f. Melepas pakaian bawah klien dan menurunkan selimut hingga perut bagian bawah, kedua tangan diletakkan diatas bagian kepala, membentangkan handuk pada sisi klien</p> <p>g. Membasuh ketiak dan dada serta perut dengan waslap basah, disabun, kemudian dibilas dengan air hangat dan dikeringkan, kemudian menutup dengan handuk</p> <p style="padding-left: 40px;">Membasuh Punggung</p> <p>h. Memiringkan pasien kearah perawat</p> <p>i. Membentangkan handuk di belakang punggung hingga bokong</p> <p>j. Membasahi punggung hingga bokong dengan waslap, disabun, kemudian dibilas dengan air hangat dan dikeringkan</p> <p>k. Memberi bedak pada punggung</p> <p>l. Mengembalikan ke posisi terlentang, kemudian membantu pasien mengenakan pakaian</p> <p style="padding-left: 40px;">Membasuh Kaki</p> <p>m. Mengeluarkan kaki pasien dari selimut mandi dengan benar</p> <p>n. Membentangkan handuk dibawah kaki tersebut, menekuk lutut</p>	
--	---	--

	<p>o. Membasahi kaki mulai dari pergelangan sampai pangkal paha, disabun, dibilas dengan air bersih, kemudian dikeringkan</p> <p>p. Melakukan tindakan yang sama untuk kaki yang lain</p> <p>Membasuh Daerah Lipat Paha dan Genital</p> <p>q. Membentangkan handuk dibawah bokong, kemudian selimut mandi bagian bawah dibuka</p> <p>r. Membasahi daerah lipat paha dan genital dengan air, disabun, dibilas, kemudian dikeringkan</p> <p>s. Mengangkat handuk, membantu mengenakan pakaian bawah klien</p> <p>t. Merapikan klien, ganti selimut mandi dengan selimut tidur</p> <p>u. Membereskan alat</p> <p>v. Mengevaluasi hasil tindakan : menanyakan respon pasien</p> <p>w. Berpamitan dengan pasien</p> <p>x. Mencuci tangan</p> <p>y. Mendokumentasikan kegiatan yang telah dilakukan</p> <p>Key Point : Catat waktu, tindakan yang dilakukan, tanda tangan</p>	
--	---	--

## CEKLIST MENERAMASI PASIEN

Batas lulus adalah B ( $\geq 68$ )

- 1 : kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Kegiatan dilakukan dengan benar tapi ragu-ragu
- 3 : Kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Handuk 2 buah</li> <li>2. Talang</li> <li>3. Kain pel</li> <li>4. Baskom berisi air hangat</li> <li>5. Gayung</li> <li>6. Shampoo dalam tempatnya</li> <li>7. Sisir</li> <li>8. Kain kassa dan kapas</li> <li>9. Ember kosong</li> <li>10. Sarung tangan bersih</li> <li>11. Celemek untuk petugas</li> </ol>	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Menyiapkan alat dan bahan pastikan air tidak terlalu panas atau dingin (hangat)	
3	Cuci tangan efektif 7 langkah, menggunakan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	
4	Menyapa pasien atau keluarga dan memperkenalkan diri	
5	Menjelaskan tujuan tindakan yang dilakukan	
6	Menjaga privasi pasien : tutup sampiran	
7	Mengenakan sarung tangan dan celemek	
8	Mengganti selimut klien dengan selimut mandi	
9	Mengatur posisi tidur pasien dengan kepala dipinggir tempat tidur	

10	Memasang handuk dibawah kepala	
11	Memasang ember dialasi kain pel	
12	Memasang talang dengan ujung berada didalam ember	
13	Menutup dada dengan handuk sampai ke leher	
14	Menyisir rambut	
15	Menutup lubang telinga dengan kapas dan mata dengan kain kassa/sapu tangan pasien	
16	Menyiram dengan air hangat, menggosok (memijit-mijit) kulit kepala dan rambut dengan shampoo	
17	Membilas rambut dengan air hangat sampai bersih	
18	Melepas kapas penutup lubang telinga dan kain kassa penutup mata	
19	Mengangkat talang, mengeringkan rambut dengan handuk	
20	Menyisir rambut	
21	Meletakkan kepala pada bantal yang telah dialasi handuk kering	
22	Merapikan pasien, ganti selimut mandi dengan selimut tidur	
23	Membereskan alat	
24	Mengevaluasi hasil tindakan : menanyakan respon pasien	
25	Berpamitan dengan pasien	
26	Cuci tangan efektif 7 langkah, mengguankan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	
27	Mendokumentasikan kegiatan yang telah dilakukan Key Point : Catat waktu, tindakan yang dilakukan, tanda tangan	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{81} \times 100\%</math></b>	
	<b>81</b>	
	<b>TANGGAL</b>	

## CEKLIST ORAL HYGIENE

Batas lulus adalah B ( $\geq 68$ )

- 1 : kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Kegiatan dilakukan dengan benar tapi ragu-ragu
- 3 : Kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tissue</li> <li>b. Gelas kumur berisi air matang hangat</li> <li>c. Sikat gigi dan pastanya</li> <li>d. Sarung tangan bersih</li> <li>e. Bengkok</li> <li>f. Perlak dan alasnya/handuk kecil</li> </ul>	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Cuci tangan efektif 7 langkah, menggunakan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	
3	Menyapa pasien atau keluarga dan memperkenalkan diri	
4	Menjelaskan tujuan tindakan yang dilakukan	
5	Menjaga privasi pasien : tutup sampiran	
6	Memasang perlak dan alasnya/handuk dibawah dagu pasien	
7	Memakai sarung tangan	
8	Membantu pasien untuk berkumur sambil	
9	Menyiapkan bengkok	
10	Membantu menyiapkan sikat gigi dan pastanya	
11	Membantu pasien menyikat gigi bagian depan, samping dan dalam	
12	Membantu pasien untuk berkumur sambil menyiapkan bengkok	
13	Mengulangi membantu pasien menyikat gigi bagian depan, samping dan dalam	
14	Membantu pasien untuk berkumur sambil menyiapkan bengkok	

15	Mengeringkan bibir menggunakan tissue	
16	Merapikan pasien dan memberikan posisi nyaman mungkin	
17	Membersihkan alat	
18	Mengevaluasi hasil tindakan : menanyakan respon pasien	
19	Berpamitan dengan pasien	
20	Cuci tangan efektif 7 langkah, menggunakan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	
21	Mendokumentasikan kegiatan yang telah dilakukan Key Point : Catat waktu, tindakan yang dilakukan, tanda tangan	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{63} \times 100\%</math></b>	
	<b>63</b>	
	<b>TANGGAL</b>	

## CEKLIST GUNTING KUKU

Batas lulus adalah B ( $\geq 68$ )

- 1 : kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Kegiatan dilakukan dengan benar tapi ragu-ragu
- 3 : Kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pengalas atau perlak</li> <li>b. Gunting kuku</li> <li>c. Handuk</li> <li>d. Bengkok berisi lisol 5%</li> <li>e. Baskom berisi air hangat (37-40°C)</li> <li>f. Sabun</li> <li>g. Sikat kuku</li> <li>h. Sarung tangan bersih</li> <li>i. Kapas</li> </ul>	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Cuci tangan efektif 7 langkah, mengguankan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	
3	Menyapa pasien atau keluarga dan memperkenalkan diri	
4	Menjelaskan tujuan tindakan yang dilakukan	
5	Menjaga privasi pasien : tutup sampiran	
6	Mengenakan sarung tangan dan celemek	
7	Dekatkan alat ke pasien	
8	pasang pengalas di bawah tangan	
9	rendam kuku dengan air hangat, jika kotor kuku di sikat. Keringkan dengan handuk	
10	letakkan tangan di atas bengkok yang berisi lisol	
11	potong kuku, setelah selesai letakkan gunting kuku di atas bengkok	

12	kikir kuku agar rata	
13	lepaskan sarung tangan dan letakkan di dalam bengkok	
14	Merapikan pasien dan memberikan posisi senyaman mungkin	
15	Membereskan alat	
16	Mengevaluasi hasil tindakan : menanyakan respon pasien	
17	Berpamitan dengan pasien	
18	Cuci tangan efektif 7 langkah, menggunakan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	
19	Mendokumentasikan kegiatan yang telah dilakukan Key Point : Catat waktu, tindakan yang dilakukan, tanda tangan	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\Sigma \text{NILAI}}{57} \times 100\%</math></b>	
	<b>57</b>	
	<b>TANGGAL</b>	

## CEKLIST VULVA HYGIENE

Batas lulus adalah B ( $\geq 68$ )

- 1 : kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Kegiatan dilakukan dengan benar tapi ragu-ragu
- 3 : Kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kapas / kasa DTT</li> <li>b. Botol cebok berisi air matang</li> <li>c. Bengkok</li> <li>d. Perlak</li> <li>e. Seprai kecil/duk bersih</li> <li>f. Handscoon</li> <li>g. Pinset</li> <li>h. Kasa steril kering</li> <li>i. Betadhin dalam kom kecil steril</li> <li>j. Lidi kapas (untuk perawatan luka episiotomi)</li> <li>k. Pispot</li> <li>l. Sampiran</li> </ul>	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Cuci tangan efektif 7 langkah, mengguankan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	
3	Menyapa pasien atau keluarga dan memperkenalkan diri	
4	Menjelaskan tujuan tindakan yang dilakukan	
5	Menjaga privasi pasien : tutup sampiran	
6	Mendekatkan alat-alat dan bahan yang diperlukan kedekat tempat tidur / dekat klien	
7	Membantu klien melepas pakaian bawah dan celana dalam	
8	Mengatur posisi klien dengan berbaring ditempat tidur dan lutut ditekuk (posisi dorsal recumbent)	

9	Memasang perlak dan seprai kecil/ duk dibawah bokong klien	
10	Memasang pispot dibawah bokong klien kemudian tangan kiri menyiram daerah vulva dan vagina dengan air dari botol cebok	
11	Melepas pispot dan membuang cairan ke kloset	
12	Memasang handscoon dan gunakan pinset untuk membersihkan daerah sekitar genitalia dari lipatan paha bagian dalam sampai daerah anus dengan kasa basah (dengan arah usapan dari atas kebawah)	
13	Membersihkan labia mayora kanan kiri, labia minora kanan kiri dari atas kebawah (satu kasa untuk sekali usapan), kemudian bagian vagina luar sampai perineum. Lakukan sampai bersih kemudian keringkan dengan kasa	
14	Untuk pasien dengan luka perineum, oleskan bethadine dengan arah usapan dari atas kebawah dengan menggunakan lidi kapas, kemudian pasang pembalut	
15	Angkat perlak dan spreii kecil/duk, bantu pasien memasang celana dalam dan pakaian bawahnya	
16	Merapikan pasien dan mengembalikan keposisi semula atau posisi yang dirasa nyaman oleh pasien	
17	Membersihkan alat dan mengembalikan tempatnya	
18	Mengevaluasi hasil tindakan : menanyakan respon pasien	
19	Berpamitan dengan pasien	
20	Cuci tangan efektif 7 langkah, menggunakan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	
21	Mendokumentasikan kegiatan yang telah dilakukan Key Point : Catat waktu, tindakan yang dilakukan, tanda tangan	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{63} \times 100\%</math></b>	
	<b>63</b>	
	<b>TANGGAL</b>	

### CEKLIST BAD MAKING (Menyiapkan Tempat Tidur)

Batas lulus adalah B ( $\geq 68$ )

- 1 : kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Kegiatan dilakukan dengan benar tapi ragu-ragu
- 3 : Kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempat tidur, kasur dan bantal.</li> <li>• Alat tenun disusun menurut pemakainnya.</li> <li>• Alas kasur</li> <li>• Laken/sprei besar</li> <li>• Perlak</li> <li>• Stik Laken/Sprei melintang</li> <li>• Boven Laken</li> <li>• Selimut dilipat terbalik(bagian dalam selimut dilipatan luar)</li> <li>• Sarung bantal</li> <li>• Over laken/sprei penutup</li> </ul>	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Menyiapkan alat dan bahan	
3	Cuci tangan efektif 7 langkah, mengguankan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	
4	Letakkan alat tenun yang telah disusun sesuai pemakaian didekat tempat tidur	
5	Pasang alas kasur dan kasur	
6	Pasang spreï besar/ laken dengan ketentuan berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garis tengah lipatan diletakkan tepat ditengah kasur.</li> <li>• Bentangkan spreï, masukkan spreï bagian kepala ke bawah kasur <math>\pm 30</math>cm; demikian juga pada bagian kaki, tarik setegang mungkin.</li> <li>• Pada ujung setiap sisi kasur bentuk sisi <math>90^\circ</math>, lalu masukkan</li> </ul>	

	seluruh tepi spreï kebawah kasur dengan rapi dan tegang	
7	Letakkan perlak melintang pada kasur ±50cm dari bagian kepala.	
8	Letakkan stik laken diatas spreï melintang kemudian masukkan sisi-sisinya kebawah kasur bersama dengan perlak.	
9	Pasang boven pada kasur daerah bagia kaki, pada bagian atas yang terbalik masukkan kebawah kasur ±10cm kemudian ujung sisi bagian bawah (kaki) dibentuk 90° dan masukkan kebawah kasur. Tarik sisi atas sampai terbentang.	
10	Pasang selimut pada kasur bagian kaki, pada bagian atas yang terbalik dimasukkan kebawah kasur ±10cm kemudian ujung sisi-sisinya dibentuk 90° dan masukkan kebawah kasur. Tarik sisi atas sampai terbentang.	
11	Lipat ujung atas boven sampai tampak garis atau pitanya	
12	Masukkan bantal kedalam sarungnya dan letakkan diatas tempat tidur dengan Bagian yang terbuka dibagian bawah.	
13	Pasang spreï penutup (over laken).	
14	Cuci tangan efektif 7 langkah, mengguankan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{42} \times 100\%</math></b>	
	<b>42</b>	
	<b>TANGGAL</b>	

## **OKSIGENASI**

### **A. TUJUAN PEMBELAJARAN PRAKTIKUM**

1. Mahasiswa mampu mempersiapkan alat secara lengkap
2. Mahasiswa mampu melakukan macam-macam pemberian oksigenasi, prosedur pemasangan oksigen, napas dalam dan batuk efektif, suctioning (penghisapan lender) secara sistematis dan setiap langkah dilakukan secara tepat.

### **B. DASAR TEORI**

#### **Pengertian**

Pemberian oksigen ke dalam paru-paru melalui saluran pernapasan dengan menggunakan alat bantu dan oksigen. Pemberian oksigen pada klien dapat melalui kanula nasal dan masker oksigen. (Suparmi, 2012:66)

#### **Indikasi**

Efektif diberikan pada klien yang mengalami :

1. Gagal nafas  
Ketidakmampuan tubuh dalam mempertahankan tekanan parsial normal O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> di dalam darah, disebabkan oleh gangguan pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> sehingga sistem pernapasan tidak mampu memenuhi metabolisme tubuh
2. Gangguan jantung (gagal jantung)  
Ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap nutrien dan oksigen
3. Kelumpuhan alat pernafasan  
Suatu keadaan dimana terjadi kelumpuhan pada alat pernapasan untuk memenuhi kebutuhan oksigen karena kehilangan kemampuan ventilasi secara adekuat sehingga terjadi kegagalan pertukaran gas O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub>.
4. Perubahan pola napas  
Hipoksia (kekurangan oksigen dalam jaringan), dyspnea (kesulitan bernapas, misal pada pasien asma),sianosis (perubahan warna menjadi kebiru-biruan pada permukaan kulit karena kekurangan oksigen), apnea (tidak bernapas/ berhenti bernapas), bradipnea (pernapasan lebih lambat dari normal dengan frekuensi kurang dari 16x/menit), takipnea (pernapasan lebih cepat dari normal dengan frekuensi lebih dari 24x/menit) (Tarwoto&Wartanah, 2010:35)

5. Keadaan gawat (misalnya : koma)

Pada keadaan gawat, misal pada pasien koma tidak dapat mempertahankan sendiri jalan napas yang adekuat sehingga mengalami penurunan oksigenasi

6. Trauma paru

Paru-paru sebagai alat penapasan, jika terjadi benturan atau cedera akan mengalami gangguan untuk melakukan inspirasi dan ekspirasi

7. Metabolisme yang meningkat : luka bakar

Pada luka bakar, konsumsi oksigen oleh jaringan akan meningkat dua kali lipat sebagai akibat dari keadaan hipermetabolisme.

8. Post operasi

Setelah operasi, tubuh akan kehilangan banyak darah dan pengaruh dari obat bius akan mempengaruhi aliran darah ke seluruh tubuh, sehingga sel tidak mendapat asupan oksigen yang cukup.

9. Keracunan karbon monoksida

Keberadaan CO di dalam tubuh akan sangat berbahaya jika dihirup karena akan menggantikan posisi O<sub>2</sub> yang berikatan dengan hemoglobin dalam darah.(Aryani, 2009:53)

Dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi di dalam tubuh terdapat sistem organ yang berperan, yaitu:

- a. Saluran pernafasan bagian atas, terdiri dari: hidung, faring, laring dan epiglotis
- b. Saluran pernafasan bagian bawah, terdiri dari: trachea, tandan bronchus, segmen bronchii dan bronchiolus
- c. Paru

## CEKLIST PEMASANGAN OKSIGENASI

Batas lulus adalah B ( $\geq 68$ )

- 1 : kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Kegiatan dilakukan dengan benar tapi ragu-ragu
- 3 : Kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri

Tindakan dengan cara memberikan oksigen ke dalam paru melalui saluran pernafasan dengan menggunakan alat bantu oksigen. Pemberian oksigen pada pasien dapat melalui tiga cara yaitu kanula, nasal dan masker dengan tujuan memenuhi kebutuhan oksigen dan mencegah terjadinya hipoksia.

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> a. Tabung oksigen lengkap dengan flow meter dan humidifier b. Nasal kateter, kanula, atau masker c. Vaseline / jelly	
	<b>Prosedur pelaksanaan</b>	
2	Cuci tangan	
3	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan	
4	Atur aliran oksigen dengan kecepatan yang dibutuhkan, umumnya 1-6 liter / menit untuk kateter / kanula nasal, 6-10 liter / menit untuk masker oksigen. Kemudian observasi humidifier dengan melihat air bergelembung	
5	Atur posisi pasien semi fowler atau sesuai dengan kondisi pasien	
6	Berikan oksigen sesuai dengan cara pemberian dibawah ini : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kateter nasal</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ukur dulu jarak dari lubang telinga sampai ke hidung dan berikan tanda, setelah itu beri jelly / pelumas</li> <li>- Masukkan ke dalam hidung sampai batas yang ditentukan</li> <li>- Lakukan pengecekan kateter apakah sudah masuk atau belum dengan menekan lidah pasien menggunakan spatel (akan terlihat posisinya dibelakang uvula)</li> </ul> </li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiksasi di daerah hidung</li> <li>• <i>Kanula nasal</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasang kanula nasal pada hidung dan atur pengikat untuk kenyamanan pasien</li> </ul> </li> <li>• <i>Masker oksigen</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempatkan masker oksigen diatas mulut dan hidung pasien dan atur pengikat untuk kenyamanan pasien</li> </ul> </li> </ul>	
7	Periksa kateter nasal, kanula / masker oksigen setiap 6-8 jam	
8	Cuci tangan	
9	Catat kecepatan aliran oksigen, rute pemberian, dan respon pasien	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{27} \times 100\%</math></b>	
	<b>27</b>	
	<b>TANGGAL</b>	

## CHEKLIST NAPAS DALAM & BATUK EFEKTIF

Batas lulus adalah B ( $\geq 68$ )

- 1 : kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Kegiatan dilakukan dengan benar tapi ragu-ragu
- 3 : Kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri

Latihan napas dalam adalah bernapas dengan perlahan dan menggunakan diafragma sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh.

Tujuan napas dalam :

1. Mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta untuk mengurangi kerja napas
2. Meningkatkan inflasi alveolar maksimal
3. Meningkatkan relaksasi otot
4. Menghilangkan ansietas
5. Menyingkirkan pola aktifitas otot-otot penapasan yang tidak berguna
6. Melambatkan frekuensi pernapasan
7. Mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas

Pemberian tindakan napas dalam :

1. Pasien dengan gangguan paru obstruksi maupun restriktif
2. Pasien pada tahap penyembuhan dari pembedahan thorax
3. Untuk metode relaksasi

Batuk efektif merupakan suatu metode batuk dengan benar, dimana pasien dapat menghemat energy sehingga tidak mudah lelah untuk mengeluarkan dahak / sekret (sputum) secara maksimal

Tujuan batuk efektif :

1. Merangsang terbukanya system kolateral
2. Meningkatkan distribusi ventilasi
3. Meningkatkan volume paru
4. Memfasilitasi pembersihan saluran napas

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> a. Sputum pot di isi air + desinfektan b. Handuk pengalas c. Sarung tangan bersih d. Bantal (jika diperlukan) e. Tisu f. Bengkok g. Air minum hangat	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Persiapan lingkungan : pasang sampiran	
3	Persiapan pasien : memberikan salam, menanyakan / menyebutkan nama pasien, mengenalkan diri, menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan	
4	Membawa dan meletakkan alat di dekat pasien	
5	Atur posisi pasien semi fowler ditempat tidur duduk di kursi	
6	Pasang perlak / handuk kecil di dada dan letakkan bengkok / sputum pot pada pangkuan pasien	
7	Berikan pasien air minum hangat	
8	Anjurkan pasien bernapas dalam 1-3 detik melalui hidung dan kemudian mengeluarkan udara melalui mulut	
9	Minta pasien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot abdomen	
10	Meminta pasien melakukan napas dalam 2 kali yang ketiga : inspirasi, tahan napas dan batukkan dengan kuat	
11	Tarik napas kembali selama 1-2 kali dan ulangi prosedur di atas dua hingga enam kali (jika diperlukan)	
12	Instruksikan pasien untuk membuang lender dalam sputum pot atau bengkok	
13	Berikan pasien minum air hangat dan bersihkan mulut klien	
14	Melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan	

15	Merapikan pasien dan alat	
16	Mencuci tangan	
17	Mencatat kegiatan ke dalam lembar catatan	
	<b>SKOR NILAI = <math>\Sigma</math> NILAI x 100%</b>	
	<b>51</b>	
	<b>TANGGAL</b>	

### CEKLIST PENGHISAPAN LENDIR (SECTIONING)

Batas lulus adalah B ( $\geq 68$ )

- 1 : kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Kegiatan dilakukan dengan benar tapi ragu-ragu
- 3 : Kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri

Penghisapan lender (*Suction*) merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yang tidak mampu mengeluarkan secret atau lender secara mandiri dengan menggunakan alat penghisap

Tujuan Penghisapan Lendir :

1. Membersihkan jalan napas
2. Memenuhi kebutuhan oksigen

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<p><b>Persiapan Alat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Alat penghisap lender dengan botol berisi larutan desinfektan</li> <li>b. Kateter penghisap lender steril</li> <li>c. Pinset steril</li> <li>d. Sarung tangan steril</li> <li>e. 2 kom berisi larutan aquades atau NaCl 0,9% dan larutan desinfektan</li> <li>f. Kasa steril</li> <li>g. Kertas tissue</li> <li>h. Stetoskop</li> </ul>	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Jelaskan prosedur yang akan dilaksanakan	
3	Cuci tangan	
4	Tempatkan pasien pada posisi terlentang dengan kepala miring ke arah perawat	
5	Gunakan / pakai sarung tangan	
6	Hubungkan kateter penghisap dengan slang alat penghisap	

7	Mesin penghisap dihidupkan	
8	Lakukan penghisapan lender dengan memasukkan kateter penghisap kedalam kom berisi aquades atau NaCl 09,% untuk mempertahankan tingkat kesterilan (asepsis)	
9	Masukkan kateter penghisap dalam keadaan tidak menghisap	
10	Gunakan alat penghisap dengan tekanan 110-150 mmHg untuk dewasa, 95-110 mmHg untuk anak-anak, 50-95 mmHg untuk bayi	
11	Tarik dengan memutar kateter penghisap tidak lebih dari 15 detik	
12	Bilas kateter dengan aquades atau NaCl 09,%	
13	Lakukan penghisapan antara penghisapan pertama dengan berikutnya, minta pasien untuk bernapas dalam dan batuk. Apabila pasien mengalami distress pernapasan, biarkan istirahat 20-30 detik sebelum melakukan penghisapan berikutnya	
14	Setelah selesai, kaji jumlah, konsistensi, warna, bau secret dan respon pasien terhadap prosedur yang dilakukan	
15	Cuci tangan setelah prosedur dilakukan	
16	Mencatat kegiatan ke dalam lembar catatan	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{\text{Jumlah}} \times 100\%</math></b>	
	<b>48</b>	
	<b>TANGGAL</b>	

## NUTRISI

### A. TUJUAN PEMBELAJARAN PRAKTIKUM

1. Mahasiswa mampu mempersiapkan alat secara lengkap
2. Mahasiswa mampu melakukan pemasangan NGT dan pemberian makanan melalui NGT.

### B. DASAR TEORI

Kebutuhan nutrisi merupakan kebutuhan fisiologis yang dibutuhkan oleh tubuh untuk menghasilkan energi atau digunakan dalam aktivitas tubuh. Dalam proses pemenuhannya terdapat sistem tubuh yang berperan yaitu sistem pencernaan atas yang dimulai dari mulut sampai usus halus bagian distal, dan organ aksesoris yang terdiri dari hati, kandung empedu dan pancreas

Faktor yang mempengaruhi kebutuhan nutrisi:

- a. Pengetahuan
- b. Prasangka, anggapan/ persepsi terhadap jenis makanan
- c. Kebiasaan
- d. Kesukaan yang berlebihan terhadap sesuatu jenis makanan
- e. Ekonomi

Keterampilan dasar yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi adalah Pemberian makanan melalui nasogastric tube (NGT). Bertujuan untuk memasukkan makanan cair atau obat- obatan, mengeluarkan cairan dari lambung, melakukan irigasi karena adanya perdarahan lambung atau keracunan, mengurangi mual/ muntahsetelah pembedahan dan mengambil spesimen dalam lambung untuk bahan pemeriksaan. Tindakan ini dilakukan pada pasien tidak sadar, pasien tidak mampu menelan, pasca operasi mulut/ oesophagus, dan masalah saluran pencernaan atas, seperti tumor mulut, stenosis esophagus, dan lain- lain.

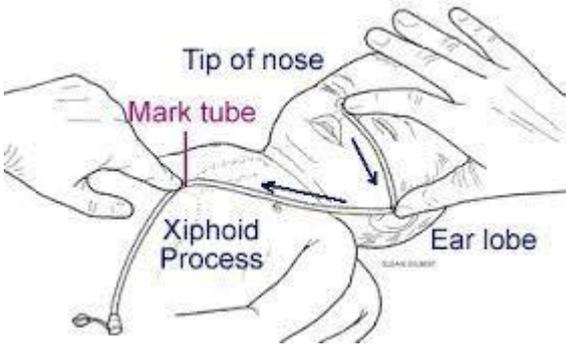
## CEKLIST NGT

NGT adalah kependekan dari Nasogastric tube. Tujuan dari pemasangan NGT adalah memasukkan makanan cair atau obat-obatan, mengeluarkan cairan dalam lambung, melakukan irigasi karena adanya perdarahan lambung atau keracunan, mengurangi mual atau muntah setelah pembedahan dan mengambil spesimen dalam lambung untuk bahan pemeriksaan.

Tindakan ini dilakukan pada pasien tidak sadar, pasien tidak mampu menelan, pasca operasi mulut / oesophagus, dan masalah saluran pencernaan atas, seperti tumor mulut, stenosis esophagus, dan lain-lain.

### a. Pemasangan NGT

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> 1. Pipa penduga dalam tempatnya 2. Jelly 3. Klem 4. Sepasang sarung tangan 5. S spuit/alat suntik ukuran 20 cc 6. Plester, gunting 7. Stetoskop atau baskom berisi air 8. Handuk / pengalas 9. Tissue 10. Bengkok	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Cuci tangan	
3	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan	
4	Atur posisi pasien dengan posisi semi fowler	
5	Bersihkan daerah hidung dan pasang pengalas di daerah dada	
6	Letakkan bengkok di dekat pasien	
7	Tentukan letak pipa penduga dengan cara mengukur panjang pipa dari epigastrium sampai hidung kemudian dibengkokkan ke	

	<p>telinga dan beri tanda batasnya</p> 	
8	<p>Berikan vaselin / jelly pada ujung pipa dan klem pangkal pipa tersebut, lalu masukkan melalui hidung secara perlahan-lahan sambil pasien dianjurkan untuk menelannya</p>	
9	<p>Tentukan apakah pipa tersebut benar-benar sudah masuk ke lambung, dengancara :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masukkan ujung selang yang di klem ke dalam baskom yang berisi air (klem di buka) dan perhatikan bila ada gelembung, pipa masuk ke paru dan tidak ada gelembung pipa tersebut masuk ke dalam lambung setelah itu diklem atau dilipat kembali</li> <li>- Masukkan udara dengan spuit kedalam lambung melalui pipa tersebut dan dengarkan dengan stetoskop bila dilambung terdengar bunyi berarti pipa tersebut sudah masuk, setelah itu keluarkan udara yang ada di dalam sebanyak jumlah yang dimasukkan</li> </ul>	
10	<p>Fiksasi selang dengan plester dan hindari penekanan pada hidung</p>	
11	<p>Merapikan alat</p>	
12	<p>Cuci tangan</p>	
13	<p>Catat hasilnya atau respon pasien</p>	
	<p style="text-align: center;"><b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{39} \times 100\%</math></b></p>	
	<p style="text-align: center;"><b>39</b></p>	
	<p style="text-align: center;"><b>TANGGAL</b></p>	
	<p style="text-align: center;"><b>PARAF TUTOR</b></p>	

**b. Pemberian nutrisi melalui NGT**

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<p><b>Persiapan Alat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. S spuit 20-50 cc</li> <li>2. Penyumbat / penutup penduga (NGT) / klem</li> <li>3. Gelas berisi air matang</li> <li>4. Makanan cair dalam tempatnya</li> <li>5. Tissue</li> <li>6. Handuk / pengalas</li> <li>7. Bengkok</li> </ol>	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Cuci tangan	
3	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan	
4	Atur posisi pasien semi fowler	
5	Buka klem pipa penduga	
6	Sebelum memasukkan makanan, periksa dahulu sisa makanan di lambung dengan menggunakan spuit yang diaspirasikan ke pipa lambung	
7	Masukkan air matang ± 15 cc	
8	Berikan makanan dalam bentuk cair yang tersedia dengan spuit atau corong pada pangkal pipa, jika ada obat-obatan masukkan dan beri minum lalu di klem pipa penduga	
9	Merapikan alat	
10	Cuci tangan	
11	Catat hasilnya atau respon pasien	
	<p><b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%</math></b></p> <p><b>33</b></p>	

## ELIMINASI

### 1. *Kebutuhan Eliminasi*

Kebutuhan eliminasi merupakan kebutuhan fisiologis untuk proses buang air besar dan kecil. Sistem organ tubuh yang berperan untuk eliminasi uri yaitu: ginjal, ureter, blader dan uretra, untuk eliminasi alvi adalah adalah sistem gastrointestinal bawah yang meliputi: usus halus dan usus besar.

Keterampilan dasar yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan eliminasi:

#### a. Huknah

Tindakan dengan cara memasukkan cairan hangat ke dalam kolom desenden dengan menggunakan kanula recti melalui anus. Bertujuan untuk merangsang peristaltik usus sehingga dapat buang air besar , membersihkan usus pada persiapan suatu tindakan/ operasi, untuk pengobatan, dapat dilakukan pada pasien yang obstipasi/ sembelit, persiapan pemeriksaan radiologi, pada pasien melena.

#### b. Kateterisasi Urin

Kateterisasi merupakan tindakan dengan memasukkan kateter (selang karet / plastik) melalui uretra dan masuk kedalam kandung kemih yang bertujuan membantu memenuhi kebutuhan eliminasi, sebagai pengambilan bahan pemeriksaan. Dalam pelaksanaan kateterisasi terdapat dua tipe intermiten dan menetap.

##### Intermitten:

- 1) Tidak mampu berkemih 8-12 jam setelah operasi
- 2) Retensi akut setelah trauma uretra
- 3) Tidak mampu berkemih akibat obat sedatif/ analgetik
- 4) Injuri pada tulang belakang
- 5) Degenerasi neuromuscular secara progresif
- 6) Untuk mengeluarkan urin residual

##### Tipe indwelling (menetap):

- 1) Obstruksi aliran urin
- 2) Post op uretra dan struktur disekitarnya
- 3) Obstruksi uretra
- 4) Inkontinensia dan disorientasi berat

### CEKLIST PEMASANGAN KATETERISASI

Batas lulus adalah B ( $\geq 68$ )

- 1 : kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Kegiatan dilakukan dengan benar tapi ragu-ragu
- 3 : Kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> 1. Sarung tangan steril 2. Kateter steril 3. Duk steril 4. Minyak pelumas / jelly 5. Larutan pembersih antiseptik (kapas sublimat) 6. Spuit yang berisi cairan 7. Perlak dan alasnya 8. Pinset anatomi 9. Bengkok 10. Kantong penampung urine 11. Sampiran	
	<b>Prosedur pelaksanaan untuk pasien wanita :</b>	
2	Cuci tangan	
3	Jelaskan prosedur	
4	Pasang sampiran	
5	Pasang perlak / alas	
6	Gunakan sarung tangan steril	
7	Pasang duk steril disekitar alat genital	
8	Bersihkan vulva dengan kapas sublimat dari atas ke bawah (kurang lebih 3 kali hingga bersih)	
9	Buka labia mayor dengan ibu jari dan telunjuk tangan kiri dan bersihkan bagian dalam	
10	Kateter diberi minyak pelumas atau jelly pada ujungnya (kurang	

	lebig 2,5 – 5 cm) lalu masukkan pelan-pelan dan sambil anjurkan untuk tarik nafas, masukkan selang 2,5 – cm atau hingga urin keluar	
11	Setelah selesai isi balon dengan cairan aquades atau sejenisnya dengan menggunakan spuit untuk yang dipasang tetap dan bila tidak dipasang tetap tarik kembali sambil pasien disuruh nafas dalam	
12	Sambung kateter dengan kantong penampung urine dan fiksasi ke arah samping	
13	Rapikan alat	
14	Cuci tangan	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{\dots} \times 100\%</math></b>	
	<b>42</b>	
<b>TANGGAL</b>		
	<b>Prosedur pelaksanaan untuk pasien laki-laki :</b>	
1	Cuci tangan	
2	Jelaskan prosedur	
3	Pasang sampiran	
4	Pasang perlak / alas	
5	Gunakan sarung tangan steril	
6	Pasang duk steril	
7	Siapkan alat	
8	Tangan kiri memegang penis lalu prepusium ditarik sedikit ke pangkalnya dan bersihkan dengan kapas sublimat	
9	Kateter yang telah diberi minyak pelumas / jeli pada ujungnya lalu masukkan perlahan kurang lebih 17,5 – 20 cm atau hingga urine keluar dan sambil anjurkan pasien untuk menarik nafas dalam	
10	Jika tertahan jangan dipaksa	
11	Setelah kateter masuk, isi balon dengan cairan aquades atau	

	sejenisnya untuk kateter menetap dan bila intermiten tarik kembali sambil pasien diminta menarik nafas dalam	
12	Sambung kateter dengan kantung penampung dan fiksasi ke arah paha / abdomen	
13	Rapikan alat	
14	Cuci tangan	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\Sigma \text{NILAI}}{42} \times 100\%</math></b>	
	<b>42</b>	
	<b>TANGGAL</b>	

## AMBULASI

Adalah membantu pasien berpindah dari tempat tidur ke kursi roda

### *Konsep Mekanik Tubuh dan Ambulasi*

Mekanika Tubuh adalah suatu usaha mengkoordinasikan sistem muskuloskeletal dan sistem syaraf dalam mempertahankan keseimbangan, postur dan kesejajaran tubuh selama mengangkat, membungkuk, bergerak, dan melakukan aktivitas sehari-hari (Potter & Perry, 2005).

Body Mekanik meliputi 3 elemen dasar yaitu :

a. Body Alignment (Postur Tubuh)

Susunan geometrik bagian-bagian tubuh dalam hubungannya dengan bagian tubuh yang lain.

b. Balance / Keseimbangan

Keseimbangan tergantung pada interaksi antara pusat gravity, line gravity dan base of support.

c. Koordinated body movement (Gerakan tubuh yang terkoordinir)

Dimana body mekanik berinteraksi dalam fungsi muskuloskeletal dan sistem syaraf.

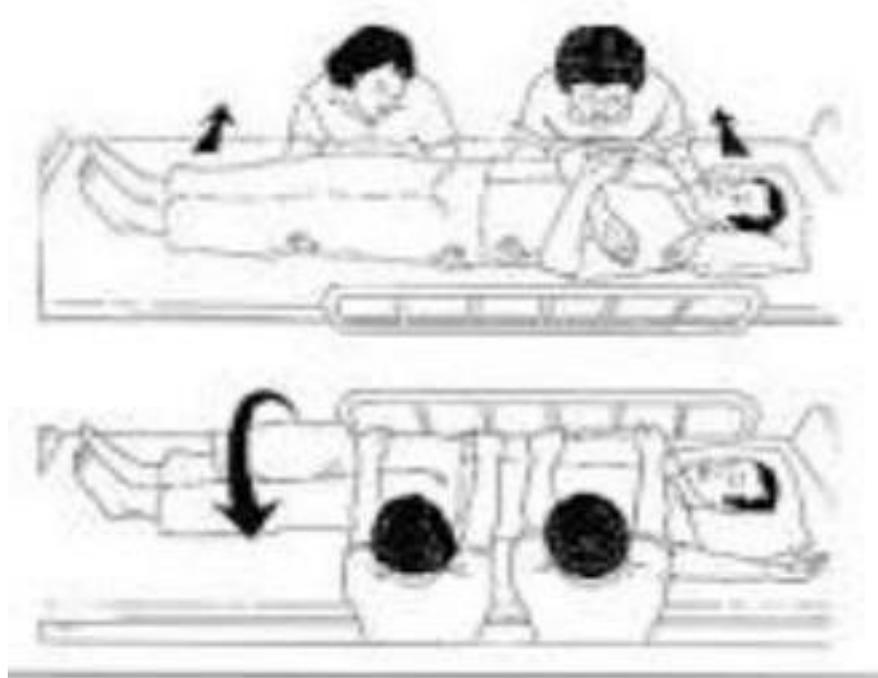
*Ambulasi* merupakan upaya seseorang untuk melakukan latihan jalan atau berpindah tempat. *Mobilitas* merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktifitas dalam rangka mempertahankan kesehatannya.

## CEKLIST MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE BRANCHARD

Batas lulus adalah B ( $\geq 68$ )

- 1 : kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Kegiatan dilakukan dengan benar tapi ragu-ragu
- 3 : Kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri

Adalah memindahkan pasien yang mengalami ketidakmampuan, keterbatasan, tidak boleh melakukan sendiri, atau tidak sadar dari tempat tidur ke brachard yang dilakukan oleh dua atau tiga orang petugas. Tujuannya memindahkan pasien antar ruangan untuk tujuan tertentu (misalnya pemeriksaan diagnostik, pindah ruangan, dll.)



No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> Tempat tidur Branchard Bantal bila perlu	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	

2	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan	
3	Atur branchard dalam posisi terkunci dengan sudut 90 derajat terhadap tempat tidur	
4	Dua atau tiga orang petugas menghadap ke tempat tidur/pasien	
5	Silangkan tangan pasien ke depan dada	
6	Tekuk lutut anda , kemudian masukkan tangan anda ke bawah tubuh pasien	
7	Petugas pertama meletakkan tangan dibawah leher/bahu dan bawah pinggang, pasien kedua meletakkan tangan di bawah pinggang dan panggul pasien, sedangkan pasien ketiga meletakkan tangan dibawah pinggul dan kaki.	
8	Angkat bersama- sama dan pindahkan ke branchard	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{24} \times 100\%</math></b>	
	<b>24</b>	
	<b>TANGGAL</b>	
	<b>PARAF TUTOR</b>	

## CEKLIST MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA

Batas lulus adalah B ( $\geq 68$ )

- 1 : kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Kegiatan dilakukan dengan benar tapi ragu-ragu
- 3 : Kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri

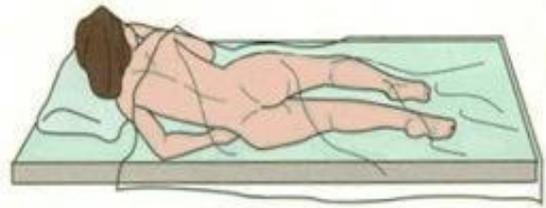


No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> Kursi roda Tempat tidur	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan	
3	Atur kursi roda dalam posisi terkunci	
4	Berdirilah menghadap pasien dengan kedua kaki merenggang	
5	Fleksikan lutut dan pinggang petugas	
6	Anjurkan pasien untuk meletakkan kedua tangannya dibahu petugas dan letakkan kedua tangan petugas disamping kanan kiri pinggang petugas	
7	Ketika pasien melangkah ke lantai tahan lutut petugas pada lutut pasien	
8	Bantu berdiri tegak dan jalan sampai ke kursi	

9	Bantu pasien duduk di kursi dan atur posisi secara nyaman	
	<b>SKOR NILAI = <math>\Sigma</math> NILAI x 100%</b>	
	<b>27</b>	
	<b>TANGGAL</b>	
	<b>PARAF TUTOR</b>	

## CEKLIST POSISI SIM

Merupakan posisi miring baik ke kanan atau ke kiri



Sim's position.

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> Bantal	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Cuci tangan	
3	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan	
4	Tempatkan kepala datar ditempat tidur	
5	Tempatkan pasien dalam posisi terlentang	
6	Posisikan pasien dalam posisi miring yang sebagian pada abdomen (kaki kanan ditekuk kalau pasien miring ke kiri)	
7	Tangan kiri lurus ke belakang	
8	Tangan kanan memeluk bantal, kaki kiri tetap lurus	
9	Turunkan tempat tidur	
10	Observasi kesejajaran tubuh, tingkat kenyamanan titik potensi tekanan	
11	Cuci tangan	
12	Catat respon pasien. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{36} \times 100\%</math></b>	
	<b>36</b>	
	<b>TANGGAL</b>	
	<b>PARAF TUTOR</b>	

## CEKLIST POSISI TRENDELENBURG

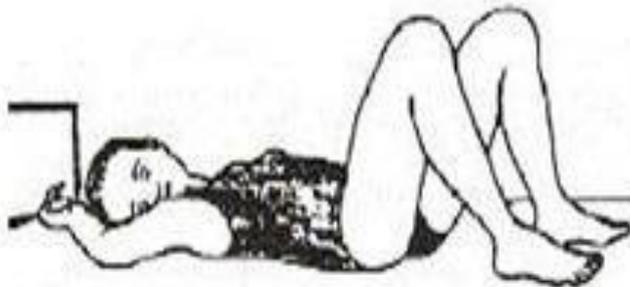
Merupakan posisi dengan bagian kepala lebih rendah dari bagian kaki



No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> Bantal Tempat tidur khusus Balok penopang kaki tempat tidur	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Cuci tangan	
3	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan	
4	Pasien dalam keadaan berbaring (terlentang)	
5	Tempatkan bantal diantara kepala dan ujung tempat tidur pasien	
6	Tempatkan bantal dibawah lipatan lutut	
7	Tempatkan balok penopang dibagian kaki tempat tidur/ bagian tempat tidur	
8	Cuci tangan	
9	Catat respon pasien	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{27} \times 100\%</math></b> <b>27</b>	
	<b>TANGGAL</b>	
	<b>PARAF TUTOR</b>	

## CEKLIST POSISI DORSAL RECUMBENT

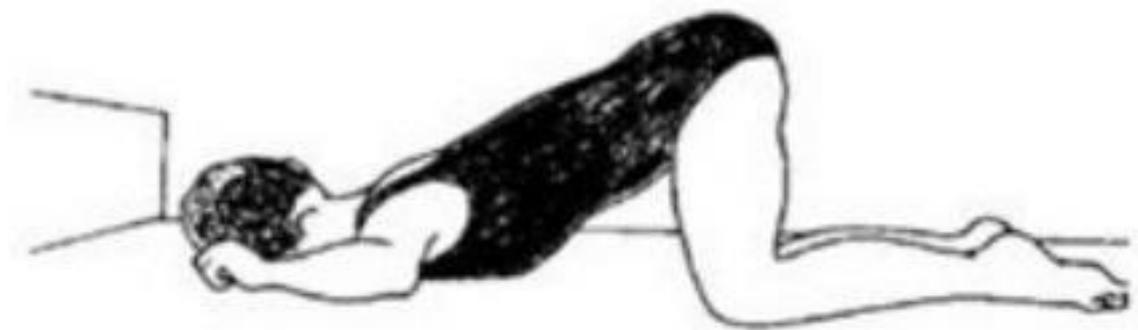
Merupakan posisi terlentang dengan kedua lutut ditarik atau diregangkan



No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> Bantal Tempat tidur khusus	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Cuci tangan	
3	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan	
4	Pasien dalam keadaan berbaring (terlentang), kemudian pasang selimut	
5	Pakaian bawah dibuka	
6	Tekuk lutut dan diregangkan	
7	Pasien selimut untuk menutupi area genitalia	
8	Cuci tangan	
9	Catat respon pasien	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{27} \times 100\%</math></b> <b>27</b>	
	<b>TANGGAL</b>	
	<b>PARAF TUTOR</b>	

### CEKLIST POSISI GENU PECTORAL

Merupakan posisi menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada menempel pada bagian atas tempat tidur



No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> Bantal besar 2-5 buah/ secukupnya	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Cuci tangan	
3	Selimuti pasien dan pakaian bawah dibuka	
4	Membantu pasien dalam posisi berlutut dengan kepala dan dada menempel pada lutut dengan kaki terbuka	
5	Membantu pasien memutarakan muka kesalah satu sisi dan kedua tangan disamping kepala	
6	Meluruskan punggung sehingga ketahanan bukan terletak pada siku dan lutut	
7	Paha tegak lurus dengan tempat tidur	
8	Perawat menunggu pasien selama posisi ini	
9	Alat- alat dan pasien dirapikan	
10	Cuci tangan	
11	Catat respon pasien	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{33} \times 100\%</math></b>	
	<b>33</b>	
	<b>TANGGAL</b>	
	<b>PARAF TUTOR</b>	

## CEKLIST POSISI LITHOTOMI

Merupakan posisi terlentang dengan mengangkat kedua kaki dan ditarik keatas abdomen



No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> Bantal besar 1 buah	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Cuci tangan	
3	Klien tidur terlentang mendatar di tengah tempat tidur dengan kedua paha diangkat dan ditekuk ke arah perut	
4	Tungkai bawah membuat sudut 90° terhadap paha	
5	Alat- alat dirapikan	
6	Cuci tangan	
7	Dokumentasi	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{21} \times 100\%</math></b>	
	<b>21</b>	
	<b>TANGGAL</b>	
	<b>PARAF TUTOR</b>	

### CEKLIST POSISI FOWLER / SEMI FOWLER

Merupakan posisi dengan setengah duduk/ duduk, dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi



No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan Alat</b> Bantal besar 1 buah	
	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	
2	Cuci tangan	
3	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan	
4	Topangkan kepala diatas tempat tidur atau bantal kecil	
5	Gunakan bantal untuk menyokong lengan dan tangan bila pasien tidak dapat mengontrolnya secara sadar atau tidak dapat menggunakan tangan dan lengan.	
6	Tempatkan bantal tipis di punggung bawah	
7	Tempatkan bantal kecil atau gulungan handuk di bawah papa	
8	Tempatkan bantal kecil atau gulungan dibawah pergelangan kaki	
9	Turunkan tempat tidur	
10	Observasi posisi pasien kesejajaran tubuh, dan tingkat kenyamanan	
11	Cuci tangan	
12	Catat respon pasien (mencatat dibuku laporan pasien)	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{21} \times 100\%</math></b>	
	<b>21</b>	
	<b>TANGGAL</b>	
	<b>PARAF TUTOR</b>	

## PRINSIP PENCEGAHAN INFEKSI

### A. Prinsip Mencuci Tangan Yang Benar

Cuci tangan adalah prosedur yang paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi yang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Tujuan cuci tangan adalah menghilangkan kotoran dan debu secara mekanis dari permukaan kulit dan mengurangi jumlah mikroorganisme. Indikasi Cuci Tangan:

- a. Segera setelah tiba ditempat kerja
- b. Sebelum melakukan kontak fisik secara langsung dengan ibu dan bayi baru lahir
- c. Setelah kontak fisik dengan ibu dan bayi baru lahir
- d. Sebelum memakai sarung tangan DTT atau steril
- e. Setelah melepaskan sarung tangan
- f. Setelah menyentuh benda yang terkontaminasi oleh darah atau cairan tubuh atau selaput mukosa lainnya.
- g. Sebelum pulang kerja

### Prosedur Mencuci Tangan Biasa

**Ket :**

- 1 : langkah klinik dilakukan dengan tidak tepat
- 2 : langkah klinik dilakukan dengan benar tapi kurang efektif
- 3 : langkah klinik dilakukan dengan benar

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	Menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan : a. Sabun biasa (cair) b. Handuk bersih c. Wastafel / air mengalir	
2	Melepaskan cincin, jam tangan dan gelang	
3	Membasahi kedua belah tangan dengan air mengalir	
4	Menyabuni kedua belah tangan dengan sabun biasa	
5	Menggosok kedua tangan dan jari	

6	Menggosok punggung tangan secara bergantian	
7	Menggosok sela-sela jari tangan yang berlawanan, lakukan secara bergantian	
8	Menggosok punggung jari secara bergantian	
9	Menggosok ujung jari pada telapak tangan secara bergantian	
10	Menggosok ibu jari secara bergantian	
11	Membilas kedua tangan dengan air bersih yang mengalir	
12	Menutup kran dengan tissue atau handuk bersih	
13	Mengeringkan kedua tangan dengan handuk bersih	

### Prosedur Pelaksanaan Cuci Tangan Steril

No	Langkah Kerja	SKOR
1	Menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan a. Sabun biasa b. Sikat lembut DTT, spon c. Handuk bersih d. Wastafel / air mengalir	
2	Melepaskan cincin, jam tangan dan gelang	
3	Membasahi kedua belah tangan dan lengan bawah hingga siku dengan air mengalir dan memberi sabun	
4	Melakukan cuci tangan bersih terlebih dahulu	
5	Menyikat kuku dengan sikat kuku yang lembut, menggosok lengan dengan spon dengan gerakan sirkular	
6	Membilas kedua tangan dan lengan dengan air bersih yang mengalir	
7	Menuangkan bahan antiseptik pada seluruh tangan dan lengan bawah, menggosok dengan kuat selama minimal 2 menit	
8	Mengangkat tangan lebih tinggi dari siku, membilas tangan dan lengan bawah seluruhnya dengan air bersih	
9	Menegakkan kedua tangan keatas dan menjauhkan dari badan, tidak menyentuh permukaan atau benda apapun	

10	Mengeringkan kedua tangan dengan handuk steril dan kering	
11	Memakai sarung tangan DTT atau steril	

## B. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Alat Pelindung Diri (APD) adalah seperangkat alat yang digunakan oleh tenaga kerja untuk melindungi seluruh / sebagian tubuhnya terhadap kemungkinan adanya potensi bahaya/ kecelakaan kerja.

### Prosedur Penggunaan APD

**Ket :**

- 1 : langkah klinik dilakukan dengan tidak tepat
- 2 : langkah klinik dilakukan dengan benar tapi kurang efektif
- 3 : langkah klinik dilakukan dengan benar

No	Langkah Kerja	SKOR
1	Mengenakan alat pelindung kaki (sepatu)	
2	Mengenakan celemek	
3	Menggunakan masker	
4	Memakai penutup kepala	
5	Mengenakan kaca mata atau pelindung wajah	
6	Mengangkat lengan baju sampai ke lengan	
7	Melepaskan segala sesuatu yang melekat pada daerah tangan seperti cincin, gelang atau jam tangan	
8	Membuka kran dan membasahi kedua telapak tangan	
9	Menuangkan sabun ke telapak tangan	
10	Mencuci tangan dengan air mengalir selama 20-30 detik dengan cara : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gosok kedua telapak tangan</li> <li>b. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dan kanan dan sebaliknya</li> <li>c. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari</li> <li>d. Membersihkan jari-jari sisi dalam dari kedua tangan dengan kedua tangan saling mengunci</li> </ol>	

	<p>e. Gosok ibu jari, jari telunjuk, jari tengah, jari manis dan jari kelingking tangan kiri secara berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan secara bergantian</p> <p>f. Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan lakukan secara bergantian</p>	
11	Bilas tangan secara menyeluruh	
12	Menutup kran dengan menggunakan siku atau menggunakan handuk/tisu	
13	Mengeringkan tangan dengan gerakan melingkar dari siku sampai jari dengan menggunakan handuk kering atau menggunakan tissue	
14	Membuka bak instrumen yang berisi sarung tangan steril	
15	Mengidentifikasi sarung tangan kanan dan kiri	
16	Mengenakan sarung tangan dengan ibu jari lainnya dari tangan non dominan memegang tepi manset sarung tangan bagian dalam	
17	Mengenakan sarung tangan dengan memasukkan jari dan tangan kedalam sarung tangan, menarik sarung tangan hingga masuk dengan benar ke dalam sarung tangan	
18	Memastikan bahwa sarung tangan tidak menggulung pada tangan dan memastikan jari-jari pada posisi yang tepat	
19	Dengan tangan yang telah memakai sarung tangan, masukkan jari dibawah manset sarung tangan ke dua (bagian luar sarung tangan yang disentuh)	
20	Mengenakan sarung tangan dengan memasukkan jari dan tangan ke dalam sarung tangan tanpa menyentuh bagian manset sarung pertama	

### C. Memproses Alat Bekas Pakai

Dekontaminasi adalah langkah pertama dalam menangani peralatan perlengkapan, sarung tangan dan benda-benda lainnya yang terkontaminasi dokumentasi membuat perlindungan lebih jauh, pakai sarung tangan yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks.

Pencucian adalah cara efektif untuk menghilangkan mikroorganisme yang ada pada peralatan.

DTT adalah satu cara untuk menghilangkan sebagian besar mikroorganisme penyebab penyakit dari peralatan. Dalam keadaan demikian, DTT merupakan alternative yang dapat diterima . proses DTT membunuh semua mikroorganisme.

### Prosedur Dekontaminasi Alat Bekas Pakai

**Ket :**

- 1 : langkah klinik dilakukan dengan tidak tepat
- 2 : langkah klinik dilakukan dengan benar tapi kurang efektif
- 3 : langkah klinik dilakukan dengan benar

No	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1	Menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Panci</li> <li>b. Kompor</li> <li>c. Stopwatch</li> <li>d. Baskom besar 3 buah</li> <li>e. Ember</li> <li>f. Sikat</li> <li>g. Celemek</li> <li>h. Korentang steril dan tempatnya</li> <li>i. Pelindung diri : kacamata, masker wajah, sarung tangan, sepatu bot</li> <li>j. Alat yang akan di DTT</li> <li>k. Air biasa dan air matang</li> <li>l. Larutan klorin 0,5%</li> <li>m. Detergen</li> </ol>	
2	Memakai peralatan pelindung diri (celemek, masker, kacamata, sepatu)	
3	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih	
4	Menggunakan sarung tangan	
5	Merendam semua lat yang terkontaminasi dengan larutan klorin 0,5%	

	selama 10 menit	
6	Mencuci alat dengan sabun. Menggunakan sikat yang lembut untuk membersihkan bagian yang bergerigi dan sekrup dari darah dan lendir yang tertinggal dibawah permukaan air sabun	
7	Membilas dengan air yang mengalir atau air matang (mendidih dalam 10 menit) yang disaring dan meletakkan dalam waskom	
8	Masukkan semua alat ke dalam panci. Memastikan alat-alat dalam kondisi terbuka dan tidak terkunci, mangkuk dan bak instrument diletakkan dalam posisi terbalik	
9	Mengisi panci dengan air dan memastikan semua alat terendam air sampai batas 2,5 cm diatas alat-alat	
10	Menutup panci dengan rapat untuk mencegah penguapan saat direbus	
11	Menyalakan kompor dengan api sedang	
12	Menunggu sampai mendidih lalu menghitung selama 20 menit	
13	Mengangkat dan mengambil alat, meletakkan pada bak instrument yang steril	
14	Menyimpan alat-alat dalam kondisi tertutup	
15	Membereskan alat yang digunakan	
16	Melepaskan sarung tangan	
17	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih	

### Prosedur Desinfeksi Tingkat Tinggi / DTT

No	Langkah Kerja	
1	Peralatan dan perlengkapan : a. APD b. Panci tertutup c. Kompor d. Air bersih secukupnya e. Stopwatch f. Korentang g. Tromol/bak instrumen h. Hepafic dan spidol/ballpoint	
2	Menyiapkan bahan, alat dan perlengkapan	
3	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih	
4	Menggunakan APD	
5	Memasukkan air secukupnya kedalam pasnci tertutup, rebus diatas api sedang	
6	Memasukkan instrumen/alat ke dalam panci, pastikan alat dalam keadaan terbuka, serta air 2-2,5 cm diatas permukaan instrumen.	
7	Menutup panci perebus, mengecilkan api agar air tetap mendidih, tetapi tidak terlalu bergolak. Jangan membuka tutup/ menambah air/instrumen selama proses belum selesai.	
8	Menghitung waktu saat air mulai mendidih dan merebus selama 20 menit	
9	Setelah 20 menit, mengeluarkan instrumen segera dengan menggunakan korentang, tidak menunggu sampai air menjadi dingin	
10	Menyimpan dalam wadah DTT tertutup dan siap untuk digunakan	
11	Mencuci tangan setelah melakukan tindakan mencatat tanggal dilakukannya DTT dan masa berlakunya (1 minggu) dengan lakban khusus	

#### **D. Pengelolaan Sampah**

1. Pengelolaan peralatan sampah tajam secara aman

Limbah benda tajam adalah obyek atau alat yang memiliki sudut tajam, sisi, ujung atau bagian menonjol yang dapat memotong atau menusuk kulit. Misalnya : jarum hipodermik, perlengkapan intervena, pipet pasteur, pecahan gelas, pisau bedah. Selain itu meliputi benda-benda tajam yang terbuang yang mungkin terkontaminasi oleh darah, cairan tubuh, bahan mikrobiologi, bahan beracun atau radio aktif

2. Pengelolaan peralatan sampah basah secara aman

Sampah basah adalah sampah yang berasal dari makhluk hidup, seperti daun-daunan, sampah dapur, dll. Sampah jenis ini dapat terdegradasi (membusuk/hancur) secara alami. Pada umumnya, sebagian besar sampah yang dihasilkan di Indonesia merupakan sampah basah, yaitu mencakup 60-70% dari total volume sampah. Selain itu, terdapat jenis sampah atau limbah dari alat-alat pemeliharaan kesehatan.

3. Pengelolaan peralatan kering secara aman

Sampah kering, seperti kertas, plastik, kaleng, dan lain-lain. Sampah jenis ini tidak dapat terdegradasi secara alami.

## PEMASANGAN INFUS

### a) Definisi

Pemasangan Infus adalah pemberian sejumlah cairan ke dalam tubuh melalui sebuah jarum ke dalam pembuluh vena (pembuluh balik) untuk menggantikan cairan atau zat-zat makanan dari tubuh

### b) Tujuan

Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh yang menganung air, elektrolit, vitamin, protein lemak, dan kalori yang tidak dapat dipertahankan secara adekuat melalui oral Memperbaiki keseimbangan asam basa Memperbaiki volume komponen-komponen darah Memberikan jalan masuk untuk pemberian obat-obatan kedalam tubuh Memonitor tekan Vena Central (CVP) Memberikan nutrisi pada saat system pencernaan di istirahatkan.

### c) Indikasi pemasangan infus

- 1) Keadaan emergency (misal pada tindakan RJP), yang memungkinkan pemberian obat langsung ke dalam Intra Vena.
- 2) Untuk memberikan respon yang cepat terhadap pemberian obat (seperti furosemid, digoxin).
- 3) Pasien yang mendapat terapi obat dalam dosis besar secara terus-menerus melalui Intra vena.
- 4) Pasien yang membutuhkan pencegahan gangguan cairan dan elektrolit.
- 5) Pasien yang mendapatkan tranfusi darah.
- 6) Upaya profilaksis (tindakan pencegahan) sebelum prosedur (misalnya pada operasi besar dengan risiko perdarahan, dipasang jalur infus intravena untuk persiapan jika terjadi syok, juga untuk memudahkan pemberian obat).
- 7) Upaya profilaksis pada pasien-pasien yang tidak stabil, misalnya risiko dehidrasi (kekurangan cairan) dan syok (mengancam nyawa), sebelum pembuluh darah kolaps (tidak teraba), sehingga tidak dapat dipasang jalur infus. Untuk menurunkan ketidaknyamanan pasien dengan mengurangi kebutuhan dengan injeksi intramuskuler.

### d) Kontraindikasi

- 1) Inflamasi (bengkak, nyeri, demam) dan infeksi di lokasi pemasangan infus.

- 2) Daerah lengan bawah pada pasien gagal ginjal, karena lokasi ini akan digunakan untuk pemasangan fistula arteri-vena (A-V shunt) pada tindakan hemodialisis (cuci darah).
  - 3) Obat-obatan yang berpotensi iritan terhadap pembuluh vena kecil yang aliran darahnya lambat (misalnya pembuluh vena di tungkai dan kaki).
- e) Persiapan Alat dan Bahan
- 1) Larutan Intra Vena / IV
  - 2) Jarum / kateter untuk pungdi vena yang sesuai
  - 3) Untuk Infus cair IV :
    - Perangkat pemberian (tergantung pada tipe larutan dan kecepatan pemberian : bayi dan anak kecil memerlukan selang mikrodrip, yang memberika 60 tetes/m)
    - Filter 0,22  $\mu\text{m}$  ( bila diperlukan oleh kebijakan institusi atau bila bahan berpartikel akan diberikan)
    - Tambahan selang (digunakan bila jalur IV lebih panjang perlu)
  - 4) Untuk heparin lock
    - Steker IV
    - Loop IV atau selang pendek (bila perlu)
    - Normal salin heparisasi 1 sampai 3 ml (10 sampai 100 U/ml)
  - 5) Sputit
  - 6) Torniquet
  - 7) Sarung tangan sekali pakai
  - 8) Papan tangan
  - 9) Kassa 2x2 cm dan salep povidon yodin; atau untuk balutan transparan, larutan povidon yodin
  - 10) Plester yang telah dipotong dan siap digunakan
  - 11) Pengalas untuk diletakkan dibawah tangan klien
  - 12) Tiang intravena
  - 13) Pakaian khusus dengan kancing dilapisan bahu (membuat pelepasan selang infus lebih mudah) bila tersedia atau baju dengan kancing didepan
- a) Prosedur Pelaksanaan

## Pemasangan Infus

### Ket :

- 1 : langkah klinik dilakukan dengan tidak tepat
- 2 : langkah klinik dilakukan dengan benar tapi kurang efektif
- 3 : langkah klinik dilakukan dengan benar

No	Langkah Kerja	SKOR
1	<p>Mempersiapkan alat :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Larutan Intra Vena /IV</li><li>b. Jarum/kateter untuk pungdi vena yang sesuai</li><li>c. Untuk infus cairan IV :<ul style="list-style-type: none"><li>• Perangkat pemberian (tergantung pada tipe larutan dan kecepatan pemberian : bayi dan anak kecil memerlukan selang mikrodrip, yang memberikan 60 tetes/m)</li><li>• Filter 0,22 <math>\mu\text{m}</math> (bila diperlukan oleh kebijakan institusi atau bila bahan berpartikel akan diberikan)</li><li>• Tambahan selang (digunakan bila jalur IV lebih panjang perlu)</li></ul></li><li>d. Untuk heparin lock<ul style="list-style-type: none"><li>• Steker IV</li><li>• Loop IV atau selang pendek (bila perlu)</li><li>• Normal salin heparisasi 1 sampai 3 mL (10 sampai 100 U/mL)</li><li>• Sput</li></ul></li><li>e. Torniquet</li><li>f. Sarung tangan sekali pakai</li><li>g. Papan tangan</li><li>h. Kassa 2x2 cm dan salep povidon yodin atau untuk balutan transparan, larutan povidon yodin</li><li>i. Plester yang telah dipotong dan siap digunakan</li><li>j. Pengalas untuk diletakkan dibawah tangan klien</li></ol>	

	<p>k. Tiang intravena</p> <p>l. Pakaian khusus dengan kancing dilapisan bahu (membuat pelepasan selang infus lebih mudah) bila tersedia atau baju dengan kancing didepan)</p>	
2	Memberitahu dan menjelaskan prosedur kepada pasien tindakan yang akan dilakukan dan membawa kedekat pasien	
3	Memasang sampiran/menjaga privasi	
4	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin	
5	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih	
6	Buka kemasan steril dengan menggunakan teknik aseptik	
7	<p>Untuk pemberian cairan IV :</p> <p>a. Periksa larutan, menggunakan “five right” pemberian obat. Pastikan aditif yang diresepkan seperti kalium dan vitamin, telah ditambahkan. Periksa larutan terhadap warna, kejernihan dan tanggal kadaluarsa</p> <p>b. Bila menggunakan larutan IV dalam botol, lepaskan penutup logam dan lempengan karet dan logam dibawah penutup. Untuk kantung larutan IV plastik lepaskan lapisan plastik diatas port selang IV</p> <p>c. Buka set infus, mempertahankan sterilitas pada kedua ujung</p> <p>d. Pasang klem rol sekitar 2-4 cm (1-2 inci) dibawah bilik drip dan dipindahkan klem rol pada posisi off</p> <p>e. Tusukkan set infue kedalam kantung atau botol cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lepaskan penutup pelindung kantung IV tanpa menyentuh lubangnya</li> <li>• Lepaskan penutup pelindung dari paku penusuk selang, jangan menyentuh paku penusuk dan tusukkan paku kedalam lubang kantung IV atau tusukan penusuk ke penyumbat karet hitam dari botol.</li> <li>• Bersihkan karet penyumbat dengan antiseptik sebelum</li> </ul>	

	<p>menusukkan paku penusuk.</p> <p>f. Isi selang infus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekan bilik drip dan lepaskan, biarkan terisi 1/3 sampai ½ penuh</li> <li>• Lepaskan pelindung jarum dan klem rol untuk memungkinkan cairan memenuhi dilik drip melalui selang ke adapter jarum. Kembalikan klem rol ke posisi off setelah selang terisi.</li> <li>• Pastikan selang bersih dari udara dan gelembung udara</li> <li>• Lepaskan pelindung jarum</li> </ul>	
8	Pilih jarum yang tepat	
9	Pilih tempat distal vena yang digunakan	
10	Bila banyak rambut pada tempat penusukan maka digunting terlebih dahulu	
11	Meletakkan torniquet 10-12 cm diatas tempat yang akan ditusuk, menganjurkan menggenggam tangannya. Torniquet menyumbat aliran vena bukan arteri	
12	Menggunakan sarung tangan sekali pakai. Pelindung mata dan masker dapat digunakan untuk mencegah cipratan darah pada membran mukosa	
13	<p>Pilih vena yang terdilatasi baik. Metode-metode untuk membantu mendilatasi vena :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menggosok ekstremitas dari distal ke proksimal dibawah tempat vena yang dimaksud</li> <li>b. Menggenggam dan melepaskan regangan</li> <li>c. Menepuk dilatasi diatas vena</li> <li>d. Memasang kompres hangat pada ekstremitas misalnya waslap hangat</li> </ol>	
14	Melakukan disinfeksi daerah penusukan dengan kapas alkohol 70% secara sirkuler dengan diameter 5 cm, hindari menyentuh tempat yang dibersihkan, biarkan tempat tersebut mengering selama 60 detik.	

15	Lakukan pungsi vena. Tahan vena dengan meletakkan ibu jari diatas vena dan dengan meregangkan kulit berlawanan arah penusukan 5-7,5 cm kearah distal tempat penusukan.	
16	Jarum kupu-kupu/abbocath : pegang jarum pada sudut 20-30 derajat dengan bevel kearah atas	
17	Perhatikan keluarnya darah melalui selang abbocath yang menandakan bahwa jarum telah memasuki vena. Turunkan jarum sampai hampir menyentuh kulit. Dorong abbocath secara pelan-pelan menarik secara pelan-pelan jarum yang ada pada abbocath, hingga plastik abbocath masuk semua dalam vena dan jarum keluar semua	
18	Segera menyambungkan abbocath dengan selang infus	
19	Melepaskan torniquet, menganjurkan pasien membuka tangannya dan melonggarkan klem untuk melihat kelancaran tetesan	
20	Melekatkan pangkal jarum pada kulit dengan plester	
21	Mengatur tetesan sesuai kebutuhan	
22	Menutup tempat tusukan dengan kassa steril dan direkatkan dengan plester	
23	Mengatur letak anggota badan yang dipasang infus supaya tidak digerak-gerakkan agar jarum infus tidak bergeser dan bila perlu memasang spalk	
24	Membereskan alat dan merapikan pasien	
25	Melepas sarung tangan, merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit	
26	Mencuci tangan dengan sabun da air megalir, mengeringkan dengan handuk bersih	
27	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan	

### Prosedur Pelepasan Infus

No	Langkah Kerja	SKOR
1	Mempersiapkan alat : a. Plester b. Gunting plester c. Alkohol d. Bengkok e. Kapas f. Sarung tangan	
2	Memberitahu dan menjelaskan prosedur kepada pasien tindakan yang akan dilakukan dan membawa kedekat pasien	
3	Memasang sampiran	
4	Mengatur posisi pasien nyaman mungkin	
5	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih	
6	Menggunakan sarung tangan	
7	Membasahi plester yang melekat pada kulit dengan kapas alkohol, melepas plester dan kassa dari kulit	
8	Menekan tempat tusukan dengan kapas alkohol dan mencabut infus pelan-pelan	
9	Merekatkan kapas alkohol dengan plester	
10	Membereskan alat dan merapikan pasien	
11	Melepas sarung tangan, merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit	
12	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih	
13	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan	

## PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan atau membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien dalam melakukan pemeriksaan fisik terdapat teknik dasar yang perlu dipahami, diantaranya:

- 1) Inspeksi adalah pemeriksaan dengan menggunakan indera penglihatan, pendengaran dan penciuman. Inspeksi umum dilakukan saat pertama kali bertemu pasien. Fokus inspeksi pada setiap bagian tubuh meliputi : ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi, kesimetrisan, dan penonjolan /bengkak.
- 2) Palpasi adalah pemeriksaan dengan menggunakan indera peraba dengan meletakkan tangan pada bagian untuk menentukan ketahanan, kekenyalan, kekerasan, tekstur, dan mobilitas. Palpasi membutuhkan kelembutan dan sensitivitas. Untuk itu, hendaknya menggunakan permukaan palmar jari, yang dapat digunakan untuk mengkaji tekstur, posisi, bentuk, dan masa. Pada telapak tangan dan ulnar lebih sensitif terhadap getaran. Sedangkan untuk mengkaji temperatur sebaiknya menggunakan bagian luar telapak tangan.
- 3) Perkusi adalah pemeriksaan dengan jalan mengetuk bagian permukaan tubuh tertentu untuk membandingkan dengan bagian tubuh lainnya (kiri/kanan) dengan menghasilkan suara. Ada dua cara untuk melakukan perkusi yaitu cara langsung dan cara tidak langsung. Cara langsung dilakukan dengan mengetuk secara langsung menggunakan satu atau dua jari. Sedangkan cara tidak langsung dilakukan dengan menempatkan jari tengah tangan diatas permukaan tubuh dan jari tangan lainnya, telapak tidak pada permukaan kulit. Setelah mengetuk, jari tangan ditarik ke belakang. Secara umum hasil perkusi dibagi menjadi tiga macam, di antara sonor. Sonor adalah suara yang terdengar pada perkusi paru-paru normal, pekak suara yang terdengar pada perkusi otot, dan timpani adalah suara yang terdengar pada abdomen bagian lambung. Selain itu, terdapat suara yang terjadi diantara suara tersebut, seperti redup dan hipersonor. Redup adalah suara antara sonor dan pekak. Sedangkan hipersonor antara sonor dan timpani.

- 4) Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop. Dalam melakukan auskultasi, beberapa hal yang perlu didengarkan diantaranya:
- Frekuensi atau siklus gelombang bunyi.
  - Kekerasan atau amplitudo bunyi.
  - Kualitas dan lamanya bunyi.

#### A. Prosedur Pelaksanaan

##### Prosedur Pemeriksaan Fisik pada Ibu

**Ket :**

- : langkah klinik dilakukan dengan tidak tepat
- : langkah klinik dilakukan dengan benar tapi kurang efektif
- : langkah klinik dilakukan dengan benar

No	Langkah Kerja	SKOR
1	Menyiapkan alat : <ol style="list-style-type: none"> <li>Tempat tidur</li> <li>Pen light</li> <li>Termometer</li> <li>Stetoskop</li> <li>Tensimeter/spigmomanometer</li> <li>Jam/arloji</li> <li>Hammer patella</li> <li>Sarung tangan</li> <li>Kapas sublimat</li> <li>Bengkok</li> <li>Timbangan berat badan</li> <li>Pengukur tinggi badan</li> <li>Metlin/pita ukur untuk LiLA</li> <li>Lenec/doppler</li> <li>Handuk</li> <li>Tempat cuci tangan</li> </ol>	

	q. Larutan klorin 0,5%	
2	Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan	
3	Menutup tirai atau jendela	
4	Mencuci tangan	
5	Menilai keadaan umum dan emosional ibu	
6	Menimbang berat badan, mengukur tinggi badan dan mengukur LiLA (normalnya 23,5 cm)	
7	Memeriksa tanda-tanda vital/TTV (tekanan darah, nadi, suhu, respirasi)	
8	<p>Memeriksa kepala dan leher</p> <p>Kepala :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bentuk mesocephal, kebersihan</li> <li>b. Edema dan pucat pada wajah</li> <li>c. Mata : kelopak bawah (konjungtiva) pucat/merah muda; sklera putih/kuning; pupil : refleks pupil pada saat diberikan cahaya; secret ada/tidak</li> <li>d. Hidung : polip dan secret</li> <li>e. Mulut :</li> </ul> <p>Bibir : kering/tidak, pucat/tidak, stomatitis/ tidak</p> <p>Gigi : karies dentis/tidak</p> <p>Gusi : epulis ada/tidak</p> <p>Pembesaran kelenjar tonsil ada/tidak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>f. Telinga : terdapat serumen dan pendengaran normal atau tidak</li> <li>g. Leher : pembesaran kelenjar tyroid dan limfe dan vena jugularis</li> </ul> <p>Payudara :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bentuk, ukuran, simetris</li> <li>b. Puting payudara : menonjol atau masuk kedalam</li> <li>c. Adanya kolostrum atau cairan lain</li> <li>d. Palpasi payudara : mengetahui adanya massa atau pembuluh darah yang membesar (salah satu tangan dikeataskan pada saat palpasi payudara satu tangan lurus, palpasi dilakukan secara</li> </ul>	

	<p>sirkuler pada kedua payudara sampai ketiak bergantian kanan dan kiri)</p> <p>e. Inspeksi abdomen : memeriksa adanya bekas operasi, apakah terdapat pembesaran atau tidak (pembesaran normal/abnormal)</p> <p>Genitalia eksterna (dengan menggunakan sarung tangan dan didahului dengan melakukan vulva hygiene)</p> <p>a. Luka</p> <p>b. Varises</p> <p>c. Pembesaran kelenjar bartholini</p> <p>d. Pengeluaran pervaginam (warna, konsistensi, jumlah dan bau/ tanda-tanda penyakit menular seksual lainnya)</p> <p>Ekstremitas (tangan dan kaki) :</p> <p>a. Kebersihan kuku</p> <p>b. Edema, pucat pada kuku jari</p> <p>c. Varises</p> <p>d. Turgor kulit</p> <p>e. Refleks patella kanan dan kiri (posisi pasien duduk ditempat tidur dengan kaki kanan dan kiri menjuntai/ menggantung ke bawah)</p> <p>f. Lakukan pengetukan dengan hammer tepat di patellanya dan perhatikan reflek pada kakinya saat diketuk</p>	
9	Bereskan peralatan	
10	Melepaskan sarung tanga dan mencuci tangan	
11	Menjelaskan hasil pemeriksaan ke pasien dan mendokumentasikan	

### Prosedur Pemeriksaan Fisik pada Bayi

No	Langkah Kerja	SKOR
1	Menyiapkan alat : a. Tempat tidur b. Pen light c. Termometer d. Stetoskop e. Jam/arloji f. Sarung tangan g. Kapas sublimite h. Bengkok i. Timbangan berat badan j. Metlin/pita ukur k. Handuk l. Tempat cuci tangan m. Larutan klorin 0,5%	
2	Memberitahu dan menjelaskan pada ibu dan keluarga tindakan yang akan dilakukan	
3	Melakukan anamnesa riwayat dari ibu meliputi faktor genetik, lingkungan sosial, ibu dan perinatal, neonatal	
4	Menyiapkan alat dan bahan secara ergonomis	
5	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih	
6	Menjaga suhu bayi dan lingkungan dalam keadaan hangat	
7	Meletakkan bayi pada tempat yang rata/tempat tidur (mengupayakan tempat untuk pemeriksaan aman, menghindari bayi terjatuh)	
8	Melakukan penimbangan dengan cara meletakkan kain/kertas pelindung dan atur skala timbangan ke titik nol sebelum penimbangan. Hasil timbangan dikurangi dengan berat alas dan pembungkus bayi. Normal BB : 2500-4000 gram	

9	Melakukan pengukuran panjang badan. Meletakkan bayi ditempat yang datar. Mengukur panjang badan bayi menggunakan alat pengukur panjang badan dari kepala sampai tumit dengan kaki/badan bayi diluruskan. Normal PB : 48-52 cm	
10	Mengukur lingkaran kepala. Pengukuran dilakukan dari dahi kemudian melingkari kepala kembali lagi ke dahi. Normal LK : 33-35 cm	
11	Mengukur lingkaran dada dari daerah dada ke punggung kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua puting susu). Normal LD : 30-33 cm	
12	Melakukan pemeriksaan kepala : a. Bentuk : mesocephal, macrocephal, microcephal, hydrocephal b. Caput succedaneum c. Cephal hematoma atau trauma lahir lainnya d. Mata : simetris antara yang kanan dan kiri, tanda-tanda infeksi Sklera : putih/ikterik Konjungtiva : pucat/merah muda, terdapat secret/tidak e. Hidung : pernafasan cuping hidung, ketidak normalan yang lainnya f. Mulut : pucat/tidak, labioskisis dan labiopalatoskisis, gusi dan pertumbuhan gigi, apakah ada tanda-tanda infeksi g. Ada tidaknya serumen, reflek mendengarkannya pada saat dikejutkan	
13	Melakukan pemeriksaan leher. Mengamati apakah ada pembengkakan atau pembesaran kelenjar tyroid atau vena jugularis	
14	Melakukan pemeriksaan dada, memperhatikan bentuk puting, bunyi nafas, bunyi jantung, ada tidaknya retraksi dinding dada	
15	Memeriksa perut, memperhatikan bentuk, pembesaran/penonjolan sekitar pusat, perdarahan tali pusat	
16	Memeriksa genetalia laki-laki, memperhatikan testis sudah turun di	

	skrotum, penis berlubang <i>Atau</i> Memeriksa genetalia perempuan, memperhatikan labia mayora dan minora, vagina berlubang, klitoris, uretra berlubang	
17	Memeriksa tungkai dan kaki, memperhatikan gerakan, jumlah jari, bentuk	
18	Memeriksa punggung terdapat meningokel tidak, memperhatikan adakah pembengkakan atau ada cekungan dan anus, periksa anus terdapat atresia ani atau tidak	
19	Memeriksa kulit, memperhatikan vernik, lanugo, warna kulit, pembengkakan dan bercak hitam, tanda lahir lainnya	
20	Pemeriksaan refleks : a. Refleks morro : terkejut pada saat didengarkan suara b. Refleks graph : menggenggam c. Reflek walking : seolah-olah berjalan saat diangkat d. Reflek tonic neck : kepala menengok kanan kiri e. Refleks rooting : mencari saat menempelkan sesuatu dekat mlutnya f. Refleks sucking : menghisap	
21	Merapikan bayi	
22	Membereskan alat	
23	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih	
24	Menjelaskan pada orang tua hasil pemeriksaan	
25	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan	

## ASUHAN PADA KLIEN MENGHADAPI KEHILANGAN DAN KEMATIAN

### A. LATAR BELAKANG

Lahir, kehilangan, dan kematian adalah kejadian yang uniuersal dan kejadian yang sifatnya unik bagi setiap individual dalam pengalaman hidup seseorang.

Kehilangan dan berduka merupakan istilah yang dalam pandangan umum berarti sesuatu kurang enak atau nyaman untuk dibicarakan. Hal ini dapat disebabkan karena kondisi ini lebih banyak melibatkan emosi dari yang bersangkutan atau disekitarnya.

Dalam perkembangan masyarakat dewasa ini, proses kehilangan dan berduka sedikit demi sedikit mulai maju. Dimana individu yang mengalami proses ini ada keinginan untuk mencari bantuan kepada orang lain.

Pandangan-pandangan tersebut dapat menjadi dasar bagi seorang perawat apabila menghadapi kondisi yang demikian. Pemahaman dan persepsi diri tentang pandangan diperlukan dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif. Kurang memperhatikan perbedaan persepsi menjurus pada informasi yang salah, sehingga intervensi perawatan yang tidak tetap (Suseno, 2004).

Perawat berkerja sama dengan klien yang mengalami berbagai tipe kehilangan. Mekanisme koping mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menghadapi dan menerima kehilangan. Perawat membantu klien untuk memahami dan menerima kehilangan dalam konteks kultur mereka sehingga kehidupan mereka dapat berlanjut. Dalam kultur Barat, ketika klien tidak berupaya melewati duka cita setelah mengalami kehilangan yang sangat besar artinya, maka akan terjadi masalah emosi, mental dan sosial yang serius.

Kehilangan dan kematian adalah realitas yang sering terjadi dalam lingkungan asuhan keperawatan. Sebagian besar perawat berinteraksi dengan klien dan keluarga yang mengalami kehilangan dan dukacita. Penting bagi perawat memahami kehilangan dan dukacita. Ketika merawat klien dan keluarga, perawat juga mengalami kehilangan pribadi ketika hubungan klien-kelurga-perawat berakhir karena perpindahan, pemulangan, penyembuhan atau kematian. Perasaan pribadi, nilai dan pengalaman pribadi mempengaruhi seberapa jauh perawat dapat mendukung klien dan keluarganya selama kehilangan dan kematian

## B. TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan memiliki keterampilan untuk dapat melakukan asuhan pada klien menghadapi kehilangan dan kematian. Adapun tujuan khusus pembelajaran ini adalah agar mahasiswa mampu:

1. Mampu melakukan perawatan jenazah
2. Mahasiswa mampu melakukan tindakan pada keluarga yang ditinggalkan

## C. TEORI DASAR KEHILANGAN DAN KEMATIAN

Kehilangan merupakan suatu kondisi dimana seseorang mengalami suatu kekurangan atau tidak ada dari sesuatu yang dulunya pernah ada atau pernah dimiliki. Kehilangan merupakan suatu keadaan individu berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada menjadi tidak ada, baik sebagian atau seluruhnya.

Faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi kehilangan, tergantung:

1. Arti dari kehilangan
2. Sosial budaya
3. kepercayaan / spiritual
4. Peran seks
5. Status social ekonomi
6. kondisi fisik dan psikologi individu

### **Rentang Respon Kehilangan**

Denial—> Anger—> Bargaining—> Depresi—> Acceptance

Fase denial

- a. Reaksi pertama adalah syok, tidak mempercayai kenyataan
- b. Verbalisasi:” itu tidak mungkin”, “ saya tidak percaya itu terjadi ”.
- c. Perubahan fisik; letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernafasan, detakjantung cepat, menangis, gelisah.

Fase anger / marah

- a. mulai sadar akan kenyataan
- b. marah diproyeksikan pada orang lain
- c. reaksi fisik: muka merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan mengepal
- d. perilaku agresif

Fase bargaining / tawar- menawar.

Verbalisasi; “ kenapa harus terjadi pada saya ? “ kalau saja yang sakit bukan saya  
“ seandainya saya hati-hati “.

Fase depresi

- a. Menunjukkan sikap menarik diri, tidak mau bicara atau putus asa.
- b. Gejala ; menolak makan, susah tidur, letih, dorongan libido menurun.

Fase acceptance

- a. Pikiran pada objek yang hilang berkurang.
- b. Verbalisasi ;” apa yang dapat saya lakukan agar saya cepat sembuh”, “ yah, akhirnya saya harus operasi “

## CEKLIST PERAWATAN JENAZAH

Batas lulus adalah B ( $\geq 68$ )

- 1 : kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Kegiatan dilakukan dengan benar tapi ragu-ragu
- 3 : Kegiatan dilakukan dengan benar dan percaya diri

Merupakan posisi dengan setengah duduk/ duduk, dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi

No	LANGKAH / TUGAS	SKOR
1	<p><b>Persiapan Alat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kasa/ perban</li> <li>b. Sarung tangan</li> <li>c. Kapas</li> <li>d. Plastik jenazah atau pembungkus jenazah</li> <li>e. Plester penahan untuk menutup luka atau pungsi</li> <li>f. Tas plastik untuk tempat barang-barang klien</li> <li>g. Air dalam baskom</li> <li>h. Sabun</li> <li>i. Handuk</li> <li>j. Peniti</li> <li>k. Sisir</li> <li>l. Bajubersih</li> <li>m. Celemek</li> <li>n. Bengkok</li> <li>o. Selimutmandi</li> <li>p. Kainkafan</li> <li>q. Daftarbarang</li> <li>r. Tempatpakaiankotor</li> <li>s. Waslap</li> </ul>	
2	<p><b>Prosedur Pelaksanaan</b></p> <p>Cuci tangan</p>	

3	Gunakan celemek dan sarung tangan	
4	Atur lingkungan sekitar tempat tidur	
5	Tempatkan dan atur jenazah pada posisi anatomis	
6	Pakaian atau alat tenun singkirkan	
7	Semua alat kesehatan dilepas	
8	Bersihkan tubuh dari noda	
9	Tempatkan kedua tangan diatas abdomen dan ikat pergelangannya (tergantung dari kepercayaan atau agama)	
10	Tempatkan satu bantal dibawah kepala	
11	Kelopak mata ditutup jika tidak ada tutup dengan kapas basah	
12	Ambil gigi palsu, rahang atau mulut dikatupkan dan ikat kemudian letakkan gulungan handuk dibawah dagu bila tidak bisa menutup	
13	Letakkan alas dibawah glutea	
14	Tutup sampai sebatas bahu, kepala ditutup dengan kain tipis	
15	Semua milik pasien dilepaskan dan di catat kemudian berikan kepada keluarga	
16	Rapikan rambut dengan sisir rambut	
17	Ganti balutan yang kotor apabila ada balutan	
18	Bungkus dengan kain panjang	
19	Beri label pada bagian luar, dengan mengisi lengkap formulir jenazah seperti nama, jenis kelamin, tanggal/ jam meninggal, asal ruangan dan lain- lain	
20	Pindahkan jenazah ke kamar jenazah (pada beberapa rumah sakit memberikan jenazah dikamar sampai petugas kamar jenazah mengambilnya)	
21	Membereskan dan membersihkan peralatan dan kamar pasien	
22	Melepaskan sarung tangan	
23	Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir	
24	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan	
	<b>SKOR NILAI = <math>\frac{\sum \text{NILAI}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%</math></b>	

	<b>72</b>	
	<b>TANGGAL</b>	
	<b>PARAF TUTOR</b>	

## INJEKSI

### INJEKSI INTRA VENA

1. Injeksi ini dilakukan dengan menyuntikkan obat kedalam pembuluh darah vena
2. Injeksi intravena diberikan jika diperlukan reaksi obat yang cepat
3. Sudut penyuntikan  $15^{\circ}$ - $30^{\circ}$  kemudian sejajar dengan vena
4. Tempat penyuntikan pada vena yang terlebih dahulu dicari vena bagian distal kemudian ke bagian proksimal

#### PERSIAPAN

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1.	<b>ALAT</b> a. S spuit dengan jarum no.22-25 b. Kapas alkohol c. Obat dari ampul atau vial d. Sarung tangan bersih e. Catatan pengobatan f. Tourniquet g. Bak injeksi h. Bengkok i. Perlak	
2.	Pasien a. Sapa pasien dengan senyum ramah b. Jelaskan prosedur tindakan	
3.	Kerja a. Tutup tirai atau pintu b. Cuci tangan c. Ambil obat sesuai dosis d. Pakai sarung tangan e. Posisikan pasien nyaman dan rileks f. Tentukan vena yang akan ditusuk ( vena basilika dan vena chefalika), syarat vena: tidak bercabang, bukan bekas tusukan, kulit tidak berbulu.	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>g. Pasang pernak di bawah area yang akan disuntik</li> <li>h. Bila vena sudah ditemukan ( misal vena basilika) atur lengan lurus dan pasang tourniquet sampai vena benar-benar dapat dilihat dan diraba</li> <li>i. Siapkan spuit yang sudah berisi obat, bila masih terdapat udara dalam spuit, maka udara harus dikeluarkan</li> <li>j. Bila klien terpasang veinflon, bersihkan port penyuntikan yang mengarah ke aliran iv yang utama dengan kapas alkohol.</li> <li>k. Buka aliran port i.v tersebut dan buka jarum spuit kemudian masukkan spuit tanpa jarum ke dalam veinflon dan suntikkan obat.</li> <li>l. Tusukkan jarum ke dalam vena dengan posisi jarum sejajar dengan vena dengan sudut 15-30°</li> <li>m. Lakukan aspirasi dengan cara menarik plunger spuit. Bila darah sudah terhisap lepaskan tourniquet dan dorong obat pelan-pelan ke dalam vena</li> <li>n. Setelah obat masuk vena, segera tarik spuit, usap dengan kapas alkohol dengan sedikit menekan</li> <li>o. Kembalikan pasien pada posisi yang nyaman.</li> <li>p. Tutup dan buang spuit, ampul / vial ditempat yang telah tersedia (sampah medis untuk benda tajam)</li> <li>q. Observasi respon pasien terhadap penyuntikan</li> <li>r. Lepas sarung tangan dan cuci tangan</li> <li>s. Dokumentasikan prosedur (5T+1W: Tepat obat, tepat dosis, tepat pasien, tepat waktu, tepat cara pemberian dan waspada)</li> <li>t. Observasi efek samping obat (kemerahan, nyeri dan panas</li> </ul>	
<p><b>4.</b></p>	<p><b>Terminasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan pujian pada klien</li> <li>b. Ucapkan terima kasih</li> </ul>	

## INJEKSI INTRA MUSCULAR

1. Injeksi ini dilakukan dengan menyuntikkan obat pada jaringan otot
2. Vaskularisasi pada otot lebih baik daripada subcutan sehingga absorpsi pada jaringan otot akan lebih cepat. Absorpsi obat cair pada IM akan terjadi sekitar 10-30 menit, sedangkan secara SC bisa mencapai hingga 30 menit.
3. Jarum yang digunakan adalah nomor 21-23, sedangkan untuk klien kurus digunakan ukuran jarum lebih kecil dan pendek.
4. Sudut penyuntikan 90o dengan melewati lapisan SC hingga masuk ke lapisan otot dalam
5. Injeksi IM lebih toleran terhadap jumlah volume lebih banyak daripada secara SC sehingga bisa disuntikkan obat 4 cc atau lebih
6. Jika memberikan obat yang dapat mengiritasi, gunakan teknik Z-track saat menyuntik yaitu dengan cara menghisapkan 0,5 ml udara ke dalam spuit untuk membentuk sumbatan udara. Tarik kulit dibawahnya dan jaringan subkutan 2,5 cm-3,5 cm ke arah lateral ke samping. Tahan bagian belakang kulit dan suntikan jarum dengan cepat.

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1.	<b>Alat</b> a. Jarum ukuran diameter 20-30 b. Kaps alkohol c. Obat dari ampul atau vial (0.5 mL) d. Sarung tangan bersih e. Catatan pengobatan f. Bak injeksi g. Bengkok h. Perlak i. Spuit dengan jarum no.22-25	
2.	<b>Pasien</b> a. Sapa pasien dengan senyum ramah b. Jelaskan prosedur tindakan	
3.	<b>Kerja</b> a. Tutup tirai atau pintu	

<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Cuci tangan</li> <li>c. Ambil obat sesuai dosis</li> <li>d. Pakai sarung tangan</li> <li>e. Kaji Area penyuntikan: tidak ada lesi, tidak terdapat infeksi, tidak terdapat penonjolan tulang, tidak terdapat saraf dan pembuluh darah</li> <li>f. Posisikan pasien nyaman dan rileks disesuaikan dengan area penyuntikan yang akan digunakan: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ventro gluteal: posisi tengkurap atau miring dengan lutut fleksi</li> <li>b) Vastus lateralis: posisi flat, supine dengan lutut sedikit fleksi</li> <li>c) Dorso gluteal: posisi prone dengan lutut fleksi</li> <li>d) Deltoid: posisi duduk atau berbaring dengan lengan fleksi, rileks atau diletakkan diatas abdomen</li> </ul> </li> <li>g. Pasang perlak di bawah area yang akan disuntik</li> <li>h. Lakukan Z-track dengan tangan tidak dominan</li> <li>i. Bersihkan tempat penyuntikan dengan kapas alkohol dengan mengusap secara sirkular arah keluar sekitar 5 cm</li> <li>j. Letakkan kapas alkohol pada tangan non dominan. Buka tutup spuit dan pegang spuit pada tangan dominan (antara ibu jari dan telunjuk)</li> <li>k. Injeksikan jarum dengan sudut 90° (vastus lateralis jarum masuk dengan kedalaman 1,5-2,5 cm; ventro gluteal jarum masuk dengan kedalaman: 1,25- 2,5 cm; dorso gluteal jarum masuk dengan kedalaman: 1,25-3,75 cm; deltoid jarum masuk dengan kedalaman: 1,25-2,5 cm)</li> <li>l. Setelah jarum masuk ke dalam otot, pindahkan tangan non dominan kebawah spuit ( untuk memfiksasi agar posisi jarum tidak bergerak) dan tangan dominan pindah ke bagian pengokang spuit untuk siap mengaspirasi</li> <li>m. Aspirasi spuit untuk memastikan jarum tidak menusuk</li> </ul>	
--	--

	<p>pembuluh darah, jika tidak terdapat darah injeksikan obat tersebut dengan kecepatan 10 detik/mL. Jika terdapat darah segera cabut spuit dan ganti pada posisi penyuntikan lainnya</p> <p>n. Tarik spuit, usap dengan kapas alkohol dengan sedikit menekan</p> <p>o. Kembalikan pasien pada posisi yang nyaman.</p> <p>p. Tutup dan buang spuit, ampul / vial ditempat yang telah tersedia (sampah medis untuk benda tajam)</p> <p>q. Observasi respon pasien terhadap penyuntikan</p> <p>r. Lepas sarung tangan masukkan kedalam larutan klorin dan cuci tangan</p> <p>s. Dokumentasikan prosedur (5T+1W: Tepat obat, tepat dosis, tepat pasien, tepat waktu, tepat cara pemberian dan waspada)</p> <p>t. Observasi efek samping obat (kemerahan, nyeri dan panas</p>	
<b>4.</b>	<p><b>Terminasi</b></p> <p>a. Berikan pujian atas kerjasama klien</p> <p>b. Ucapkan terima kasih</p>	

## INJEKSI SUB CUTAN

1. Injeksi ini dilakukan dengan menyuntikkan obat pada jaringan di bawah kulit
2. Pada sub cutan terdapat sedikit sirkulasi darah sehingga obat akan diabsorpsi secara lambat (tidak secepat jika diberikan secara IM)
3. Obat yang diberikan secara SC biasanya bersifat isotonic, noniritatif, larut dalam air, dan dapat ditoleransi hingga 0,5-1 cc
4. Contoh obat yang diberikan secara SC adalah: insulin, TT (tetanus toxoid), epineprin, obat-obat alergi dan heparin (dapat diabsorpsi dengan baik melalui SC dan IM)
5. Lokasi penyuntikan SC: deltoid, abdomen, paha, area scapula, ventral gluteal
6. Lokasi penyuntikan harus tidak terdapat lesi, tidak ada infeksi, bukan pada penonjolan tulang dan jaringan dibawahnya tidak terdapat syaraf dan pembuluh darah
7. Sudut penyuntikan 45o. Untuk klien yang gemuk bisa dengan sudut 90o. Pada klien yang kurus sebaiknya di abdomen bagian atas

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1.	<b>Alat</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. S spuit dengan jarum no.22-25</li> <li>b. Kapas alkohol</li> <li>c. Obat dari ampul atau vial (0.5 mL)</li> <li>d. Sarung tangan bersih</li> <li>e. Catatan pengobatan</li> <li>f. Bak injeksi</li> <li>g. Bengkok</li> <li>h. Perlak</li> </ol>	
2.	<b>Pasien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sapa pasien dengan senyum ramah</li> <li>b. Jelaskan prosedur tindakan</li> </ol>	
3.	<b>Kerja</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kerja Tutup tirai atau pintu</li> <li>b. Cuci tangan</li> <li>c. Ambil obat sesuai dosis</li> <li>d. Pilih tempat penyuntikan : deltoid, abdomen di tempat yang tidak ada lesi, tidak terdapat infeksi, tidak terdapat</li> </ol>	

	<p>penonjolan tulang, tidak terdapat saraf dan pembuluh darah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>e. Posisikan pasien nyaman dan rileks</li> <li>f. Pasang perlak di bawah area yang akan disuntik</li> <li>g. Pakai sarung tangan</li> <li>h. Bersihkan tempat penyuntikan dengan kapas alkohol dengan mengusap secara sirkular arah keluar sekitar 5 cm atau swab satu kali arah proksimal ke distal</li> <li>i. Letakkan kapas alkohol pada tangan non dominan. Buka tutup spuit dan pegang spuit pada tangan dominan ( antara ibu jari dan telunjuk)</li> <li>j. Dengan tangan non dominan cubit area deltoid</li> <li>k. Injeksikan obat dengan sudut 45-90°</li> <li>l. Aspirasi spuit untuk memastikan jarum tidak menusuk pembuluh darah, jika tidak terdapat darah injeksikan obat tersebut. Jika terdapat darah segera cabut spuit dan ganti pada posisi penyuntikan lainnya</li> <li>m. Tarik spuit, usap dengan kapas alkohol dengan sedikit menekan</li> <li>n. Kembalikan pasien pada posisi yang nyaman</li> <li>o. Tutup dan buang spuit, ampul / vial ditempat yang telah tersedia (sampah medis untuk benda tajam)</li> <li>p. Observasi respon pasien terhadap penyuntikan</li> <li>q. Lepas sarung tangan dan cuci tangan</li> <li>r. Dokumentasikan prosedur (5T+1W: Tepat obat, tepat dosis, tepat pasien, tepat waktu, tepat cara pemberian dan waspada)</li> <li>s. Observasi efek samping obat (kemerahan, nyeri dan panas)</li> </ol>	
<b>4.</b>	<p><b>Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan pujian pada klien atas kerjasamanya</li> <li>b. Ucapkan terima kasih</li> </ol>	

## INJEKSI INTRA DERMAL / INTRA CUTAN

1. Injeksi ini dilakukan dengan menyuntikkan obat dibawah permukaan kulit antebrachii bagian dalam
2. Digunakan untuk skin test atau tes tuberculin
3. Intradermal memiliki sirkulasi darah yang minimal dan obat akan diabsorpsi secara perlahan (sangat lambat). Bermanfaat untuk skin tes karena beberapa klien akan mengalami reaksi anafilaktik jika obat masuk kedalam tubuh secara cepat
4. Menggunakan jarum ukuran kecil (1/4-1/2 inci) atau jarum khusus tes tuberculin
5. Sudut penyuntikan 5-15o
6. Tempat penyuntikan: permukaan kulit yang terang, sedikit rambut, tidak ada lesi dan oedem
7. Jumlah cairan yang disuntikkan 0,01-0,1 cc  
Contoh: 1 gram ampicillin diencerkan 5 cc aquades. Ambil larutan tersebut 0,1 cc kemudian diencerkan hingga 1 cc. Masukkan obat secara intradermal/intracutan 0,01-0,1 cc

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1.	<b>Alat</b> a. S spuit dengan jarum no.22-25 b. Kapas alkohol c. Obat dari ampul atau vial (untuk usia <1 tahun:0.05mL, untuk usia >1 tahun:0.10 mL) d. Sarung tangan bersih e. Catatan pengobatan f. Pensil kulit g. Bak injeksi h. Bengkok i. Perlak	
2.	<b>Pasien</b> a. Sapa pasien dengan senyum ramah b. Jelaskan prosedur tindakan	
3.	<b>Kerja</b> a. Tutup tirai atau pintu	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Cuci tangan</li> <li>c. Ambil obat sesuai dosis</li> <li>d. Pilih tempat penyuntikan ( permukaan kulit yang terang, sedikit rambut, tidak ada lesi atau udem ) 3-4 jari dibawah ante kubital</li> <li>e. Posisikan pasien nyaman dengan siku ekstensi dan letakkan lengan diatas permukaan yang rata</li> <li>f. Pakai sarung tangan</li> <li>g. Bersihkan tempat penyuntikan dengan kapas alkohol dengan mengusap secara sirkular arah keluar sekitar 5 cm atau swab satu kali arah proksimal ke distal</li> <li>h. Letakkan kapas alkohol pada tangan non dominan. Buka tutup spuit dan pegang spuit pada tangan dominan ( antara ibu jari dan telunjuk )</li> <li>i. Dengan tangan non dominan regangkan permukaan kulit</li> <li>j. Injeksikan obat dengan sudut 5-15°, jarum masuk <math>\pm</math> 3 mm. Masuknya jarum bisa tampak dari permukaan kulit</li> <li>k. Hasil yang tepat adalah terdapat undulasi pada tempat penyuntikan</li> <li>l. Tarik spuit, usap dengan kapas alkohol tetapi tidak boleh ditekan</li> <li>m. Kembalikan pasien pada posisi yang nyaman, berikan tanda pada kulit dengan menggunakan pensil. Anjurkan klien untuk tidak membasuh tempat penyuntikan tersebut</li> <li>n. Tutup dan buang spuit, ampul / vial ditempat yang telah tersedia (sampah medis untuk benda tajam)</li> <li>o. Lepas sarung tangan dan cucu tangan</li> <li>p. Evaluasi : hasil tes positif jika terdapat kemerahan, bengkak .</li> <li>q. Dokumentasikan prosedur (5T+1W: Tepat obat, tepat dosis, tepat pasien, tepat waktu, tepat cara pemberian dan waspada)</li> <li>r. Observasi efek samping obat (kemerahan, nyeri dan panas)</li> </ul>	
<b>4.</b>	<b>Terminasi</b>	

	a. Berikan pujian pada klien atas kerjasamanya	
	b. Ucapkan terima kasih	

## PEMBERIAN OBAT

### A. PEMBERIAN OBAT ORAL

Adapun tindakan pemberian obat secara oral/bukal dan sub lingual sebagai berikut :

NO	LANGKAH/ KERJA	SKOR
1	<b>Persiapan pasien</b> a. Memberitahu tujuan pemberian obat melalui oral b. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan	
2	<b>Persiapan Alat</b> a. Baki berisi obat-obatan b. Cangkir disposable untuk tempat obat c. Martil + stemper (bila diperlukan) d. Kartu obat/catatan e. Segelas air, jus cairan yang dipilih f. Sedotan g. Serbet kertas	
3	<b>Prosedur Tindakan</b> a. Siapkan peralatan dan cuci tangan b. Memperhatikan etiket dan nama obat* c. Mencocokkan nama pasien dengan kartu obat* d. Menghitung dosis obat* e. Menuangkan obat ke dalam gelas obat f. Menghaluskan obat dalam bentuk tablet g. Mencampur obat puyer dengan cairan disisi tempat tidur h. Membawa obat ke pasien dilengkapi dengan sendok i. Mengecek kembali: Nama pasien, Nama obat, dosis obat, jam pemberian, cara pemberian* j. Memasang serbet di bawah dagu pasien, k. Meyuapkan obat sedikit demi sedikit sampai habis pada pemberian obat secara oral l. Meletakkan obat dibawah lidah pada pemberian obat sub lingual	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>m. Meletakkan obat antara gigi dan mukosa pipi bagian dalam pada pemberian obat secara bukal.</li> <li>n. Mengawasi apakah obat ditelan/dimuntakan</li> <li>o. Memberi minum air putih/sirup/teh manis untuk menghilangkan rasa pahit karena obat</li> <li>p. Menganjurkan pasien agar tidak menelan/menguntah pada pemberian obat sub lingual/ bukal</li> <li>q. Membersihkan mulut</li> <li>r. Mengangkat serbet</li> <li>s. Membereskan alat-alat</li> <li>t. Mencuci tangan</li> <li>u. Mencatat dalam status : jenis obat, dosis obat, jam pemberian obat</li> </ul>	
--	--	--

Keterangan :

Tanda \* yang ada pada setiap format penilaian merupakan *Critical Point* yaitu hal-hal prinsip yang harus dilakukan

## B. PEMBERIAN OBAT TOPICAL

Pemberian obat secara topical merupakan pemberian obat yang dilakukan dengan cara digosokkan, ditepukkan, disemprotkan dan dioleskan pada kulit.

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1	Persiapan Pasien a. Memberitahu tujuan pemberian obat melalui kulit b. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan persiapan alat	
2	Persiapan Alat dan Bahan : a. Obat topikal yang dibutuhkan b. Bak instrumen yang berisi spatel bila obat salep krim didalam botol obat, perban steril, pinset anatomi, kapas lidi, sarung tangan steril. c. Baskom berisi air hangat, lap, handuk dan sabun yang tidak mengeringkan d. Kain perban, plester, gunting e. Bengkok f. Perlak dan alasnya g. Waskom berisi larutan chlorin 0,5%	
3	<b>Prosedur Tindakan</b> a. Mengatur posisi pasien b. Memasang pengalas dibawah daerah yang akan di obati c. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk d. Memakai sarung tangan e. Membersihkan bagian badan tersebut dengan sabun dengan air hangat kemudian keringkan dengan kassa steril* f. Mengambil obat dengan spatel/kapas lidi* g. Mengoleskan obat pada kulit secara merata h. Menutup dengan kassa steril dan di plester* i. Merapikan pasien dan mengatur dalam posisi yang nyaman	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>j. Membereskan peralatan</li> <li>k. Melepaskan sarung tangan dan merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit</li> <li>l. Mencuci tangan</li> <li>m. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan</li> </ul>	
--	---	--

Keterangan :

Tanda \* yang ada pada setiap format penilaian merupakan *Critical Point* yaitu hal-hal prinsip yang harus dilakukan

### C. PEMBERIAN OBAT MATA

Pemberian obat mata merupakan bagian dari persiapan obat melalui mukosa. Selain melalui mata pemberian obat mukosa dapat juga berupa pemberian obat tetes pada mulut, hidung dan tenggorokan. Pelaksanaan pemberian obat melalui mata adalah seperti dibawah ini.

#### Persiapan alat :

1. Botol obat dengan penetes steril atau salep dalam tube
2. Kapas steril atau tisu
3. Kapas basah
4. Baskom cuci dengan air hangat
5. Kasa steril dan plester
6. Sarung tangan sekali pakai
7. Bengkok
8. Waskom berisi larutan chlorin 5%

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1	Persiapan pasien a. Memberitahu tujuan pemberian obat melalui mata b. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan	
2	Persiapan Alat a. Botol obat dengan penetes steril atau salep dalam tube b. Kapas steril atau tisu c. Kapas basah d. Baskom cuci dengan air hangat e. Kasa steril dan plester f. Sarung tangan sekali pakai g. Bengkok h. Waskom berisi larutan chlorin 5%	
3	Prosedur Tindakan a. Mengatur posisi pasien (tengadah, memiringkan kepala kearah mata yang sakit)	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk.</li> <li>c. Memakai sarung tangan</li> <li>d. Mengakaji mata pasien (mengamati gangguan pada mata)</li> <li>e. Membersihkan kelopak mata dan bulu mata dengan kapas yang dibasahi dengan cairan steril dari arah kantung dalam menuju kantung luar sampai bersih</li> <li>f. Menganjurkan pasien untuk melihat kelagit-langit</li> <li>g. Membuka mata dengan cara menarik kelopak mata bawah dengan jempol atau jari tangan yang tidak memegang obat.*</li> <li>h. Memegang obat tetes atau salep dengan tangan satunya</li> <li>i. Mendekatkan obat ke mata sampai jarak 1-2 cm teteskan obat 1-2 tetes pada konjungtiva bawah</li> <li>j. Bila obat berupa salep oleskan sepanjang tepi dalam kelopak mata bawah pada konjungtiva</li> <li>k. Menganjurkan pasien untuk menutup mata secara mata secara perlahan</li> <li>l. Membersihkan mata dengan kasa steril dan diplester</li> <li>m. Mengkaji respon pasien</li> <li>n. Membereskan peralatan*</li> <li>o. Merapikan pasien dan mengatur dalam posisi yang nyaman</li> <li>p. Melepas sarung tangan dan merendalm dalam larutan chlorin 0,5 % selama 10 menit</li> <li>q. Mencuci tangan</li> <li>r. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan</li> </ul>	
--	---	--

Keterangan :

Tanda \* yang ada pada setiap format penilaian merupakan *Critical Point* yaitu hal-hal prinsip yang harus dilakukan

#### D. PEMBERIAN OBAT HIDUNG

Pemberian obat pada hidung dengan cara memberikan tetes hidung, yang dapat dilakukan pada seseorang dengan peradangan hidung (rhinitis) atau nasofaring.

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1	<p>Persiapan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Memberitahu tujuan pemberian obat melalui mata</li><li>Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan</li><li>Periksa program obat dari dokter meliputi : nama pasien, nama obat, konsentrasi larutan, jumlah tetesan dan waktu pemberian obat.</li><li>Merujuk pada catatan medis untuk menentukan hidung mana yang perlu diobati.</li></ol>	
2	<p><b>Persiapan alat :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>Obat tetes hitung</li><li>Kapas kering dan basah steril/tisu</li><li>Pinset hidung</li><li>Sarung tangan steril</li><li>Bengkok</li><li>Persiapan alat</li><li>Waskom yang berisi larutan chlorin</li></ol>	
3	<p>Prosedur Tindakan</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Cuci tangan.</li><li>Periksa identifikasi pasien dengan menanyakan nama pasien.</li><li>Kenakan sarung tangan, inspeksi hidung dan sinus palpasi adanya nyeri tekan sinus.</li><li>Jelaskan mengenai prosedur tentang pengaturan posisi dan sensasi yang akan timbul seperti rasa terbakar/tersengat pada mukosa/sensasi tersedak ketika obat menetas ke tenggorokan.</li><li>Meletakkan baki yang berisi alat-alat dan obat disisi tempat tidur.</li></ol>	

	<p>f. Instruksikan pasien untuk menghembuskan udara kecuali dikontraindikasikan (mis: resiko peningkatan tekanan intra kranial atau hidung berdarah).</p> <p>g. Bantu pasien mengambil posisi terlentang.</p> <p>h. Atur posisi kepala yang tepat. Faring posterior (belakang) &gt; tekuk kepala pasien ke belakang.</p> <p>i. Sinus ethmoidal atau sphenoid &gt; tekuk kepala kebelakang diatas pinggiran tempat tidur atau tempatkan bantal dibawah bahu dan tekuk kepala kebelakang.</p> <p>j. Sinus frontal dan maksilaris &gt; tekuk kepala kebelakang diatas pinggiran tidur atau kepala ditenggorokan ke sisi yang akan diobati. Sangga kepala pasien dengan tangan yang tidak dominan.</p> <p>k. Instruksikan pasien untuk bernafas melalui mulut</p> <p>l. Pegang obat tetes 1cm diatas nares dan masukan jumlah tetesan yang diinstruksikan melalui garis tengah tulang ethmoidal.</p> <p>m. Minta pasien berbaring terlentang selama 5 menit.</p> <p>n. Tawarkan tisu wajah untuk menengeringkan hidung yang berair (ingusan)tetapi peringatkan pasien untuk menghembuskan nafas dari hidung selama beberapa menit.</p> <p>o. Cara memberikan obat tetes hidung pada bayi</p> <p>p. Tengadahkan sedikit kepala bayi</p> <p>q. dengan perlahan teteskanlah obat ke lubang hidung satu demi Satu</p> <p>r. jangan lupa hitung jumlah tetesan yang masuk ke dalam hidung, biasanya dua atau tiga kali sudah cukup.</p> <p>s. Agar ketika ditetaskan dan masuk ke lubang hidung bayi/anak tidak terlalu kaget, rendam obat tetes tersebut dengan posisi tegak dalam tabung air suam-suam kuku selama beberapa menit sebelum di teteskan.</p>	
--	---	--

## E. PEMBERIAN OBAT TETES TELINGA

Merupakan bagian dari prosedur pemberian obat melalui mukosa.

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan pasien</b> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Memberitahu tujuan pemberian obat melalui mata</li><li>b. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan</li><li>c. Periksa program obat dari dokter meliputi : nama pasien, nama obat, konsentrasi larutan, jumlah tetesan dan waktu pemberian obat.</li><li>d. Merujuk pada catatan medis untuk menentukan hidung mana yang perlu diobati.</li></ul>	
2	<b>Persiapan alat</b> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Obat dalam tempatnya</li><li>b. Penetes</li><li>a. Spekulum telinga</li><li>b. Pinset anatomi dalam tempatnya</li><li>c. Korentang dalam tempatnya</li><li>d. Plester, sarung tangan</li><li>e. Kain kasa, lidi kapas dan kapas</li><li>f. Kertas tisu</li><li>g. Balutan</li></ul>	
3	<b>Prosedur Tindakan</b> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Cuci tangan</li><li>b. Kenakan sarung tangan</li><li>c. Kaji kondisi struktur telinga luar dan salurannya</li><li>d. Jelaskan prosedur kepada pasien</li><li>e. Atur alat-alat di tempat tidur</li><li>f. Bersihkan telinga bagian luar dengan menggunakan air hangat atau kain lembab dengan hati-hati, kemudian dikeringkan</li></ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>g. Minta klien mengambil posisi miring dengan telinga yang akan diobati berada diatas</li> <li>h. Luruskan saluran telinga dengan menarik daun telinga kebawah dan kebelakang (pada anak-anak) atau ke atas dan keluar (pada dewasa).</li> <li>i. Masukkan tetesan obat yang diresepkan, pegang alat tetes 1 cm diatas saluran telinga</li> <li>j. Minta klien mengambil posisi miring 2 sampai 3 menit tekan secara lembut kulit penutup kecil telinga atau gunakan kapas steril untuk menyumbat lubang telinga</li> <li>k. Lepaskan kapas dalam 15 menit.</li> <li>l. Buang suplai dan sarung tangan yang kotor dan cuci tangan</li> <li>m. Evaluasi kondisi telinga luar diantara pemasukan obat.</li> <li>n. Dokumentasikan tindakan : konsentrasi obat, jumlah tetesan, waktu pemberian, telinga mana yang dimasukan obat dan kondisi saluran telinga. Cara pemberian obat tetes telinga pada bayi agak sedikit berbeda. Sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Baringkan bayi pada salah satu sisi dengan lubang telinga terinfeksi berada di atas</li> <li>b. Teteskan obat dalam lubang telinga yang sakit.</li> <li>c. Buat bayi tetap diam, agar obat benar-benar masuk ke lubang telinga bagian dalam</li> <li>d. Agar ketika ditetaskan dan masuk ke lubang telinga bayi/anak tidak terlalu kaget rendam obat tersebut dengan posisi tegak pada tabung air hangat selama beberapa menit sebelum ditetaskan.</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

## F. PEMBERIAN OBAT MELALUI REKTUM

Obat yang diberikan melalui rectum dapat berupa enema atau supositoria.

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan pasien</b> a. Memberitahu tujuan pemberian obat melalui anus b. Menjelaskan prosedur c. Tinjau ulang nama obat, dosis dan rute pemberian	
2	<b>Persiapan alat</b> a. Baki berisi obat supositorial rectal b. Jelly pelumas, pengalas c. Sarung tangan disposable d. Tissue, kain kasa e. Duk, bengkok f. Catatan pemberian obat g. Waskom berisi larutan chlorine 0,5 %	
3	<b>Prosedur Tindakan</b> a. Cuci tangan b. Minta klien untuk melakukan posisi miring atau sims c. Memasang pengalas dibawah bokong d. Periksa kondisi anus eksternal dan palpasi dinding rectal. e. Kenakan sepasang sarung tangan baru f. Lepaskan supositorial dari wadahnya dan beri pelumas pada sekitar ujung dengan jelly g. Beri pelumas sarung tangan pada jari telunjuk tangan dominan anda h. Minta klien untuk menarik nafas perlahan melalui mulut dan untuk merilekskan sfingter anal. i. Regangkan bokong klien dengan tangan non dominan masukkan supositorial dengan perlahan melalui anus pada dewasa $\pm$ 7-8 cm dan $\pm$ 5cm anak-anak dan bayi j. Tarik jari anda dan bersihkan area	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>k. Menjepit kedua bokong pasien untuk sementara dengan ibu jari dan jari telunjuk salah satu tangan</li> <li>l. Intruksikan klien untuk tetap berbaring terlentang atau miring selama 5 menit</li> <li>m. Membersihkan daerah anus dengan tisu</li> <li>n. Merapikan pasien dan mengatur dalam posisi yang nyaman</li> <li>o. Membereskan peralatan</li> <li>p. Melepas sarung tangan dan merendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit</li> <li>q. Mencuci tangan</li> <li>r. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan</li> </ul>	
--	--	--

## G. PEMBERIAN OBAT MELALUI VAGINA

Pemberian obat melalui vagina sangat mengutamakan hubungan saling percaya dan menjaga privacy pasien.

NO	KOMPONEN	SKOR
1	<b>Persiapan pasien</b> a. Memberitahu tujuan pemberian obat melalui anus b. Menjelaskan prosedur c. Tinjau ulang nama obat, dosis dan rute pemberian	
2	<b>Alat dan bahan</b> a. Aplikator plastik b. Handuk kertas c. Pispot dan bengkok d. Dug e. Wadah douche f. Pelumas larut air g. Sarung tangan sekali pakai h. Tisu i. Pembalut j. Waskom berisi larutan clhorin 0,5%	
3	<b>Prosedur Tindakan</b> a. Cuci tangan b. Minta klien berbaring dalam posisi dorsal rekumben c. Pertahankan abdomen dan ekstremitas bawah tertutup d. Gunakan sarung tangan sekali pakai e. Lepaskan supositoria dari pembungkusnya dan berikan sejumlah pelumas larut air untuk melunakan atau pada sekitar ujungnya. Beri jari bersarung tangan pelumas pada telunjuk tangan dominan f. Dengan tangan nondominan bersarung tangan regangkan lipatan labia	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>g. Masukkan supositoria sepanjang didnding kanal vagina posterior sesuai panjang jari telunjuk (7,5 sampai 10cm)</li> <li>h. Tarik jari dan bersihkan pelumas sisa pada sekitarorifisium dan labia.jika memakai krim vagina</li> <li>i. Isi aplikator krim, ikuti petunjuk dalam wadahnya. Rasional: dosis diresepkan oleh volume dalam aplikator .</li> <li>j. Dengan tangan dominan yang memakai sarung tangan, perlahan regangkan lipatan labia.</li> <li>k. Dengan tangan dominan anda yang bersarung tangan, masukan aplikator kurang lebih 5-7,5 cm. Dorong penarik aplikator untuk menyimpan obat.</li> <li>l. Tarik aplikator dan tempatkan pada handuk kertas. Bersihkan sisa krim pada labia atau orifisium vagina.</li> <li>m. Instruksikan klien untuk tetap pada posisi terlentang selama sedikitnya 10 menit</li> <li>n. Berikan pembalut sebelum klien melakukan ambulasi</li> </ul>	
--	--	--

## PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

### A. Pemeriksaan Kadar Hemoglobin

#### Bahan pemeriksaan :

1. Darah kapiler
2. Darah vena
3. Darah tepi

NO	KOMPONEN	SKOR
1	<b>Persiapan pasien</b> a. Memberitahu tujuan pemeriksaan untuk mendapatkan kerja sama dari pada klien b. Menjelaskan prosedur	
2	<b>Persiapan alat</b> 1. Haemometer set terdiri dari : a) Tabung pengukur b) 2 tabung standar warna c) Pipet Hb dengan pipa karetanya d) Pipet HCl e) Batang pengaduk f) Botol tempat HCl dan aquadest g) Sikat pembersih 2. Perlak kecil dan pengalas 3. Kapas alcohol 70% 4. Jarum/Lancet 5. Handscoon steril 6. Kapas kering 7. Bengkok	
3	<b>Prosedur kerja :</b> a. Masukkan larutan HCl 0,1N dengan pipet HCl kedalam tabung pengencer sampai pada angka 2 b. Memberitahu pasien dan menjelaskan tujuan dan langkah	

	<p>prosedur pemeriksaan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>c. Membawa alat-alat ke dekat pasien</li> <li>d. Mencuci tangan</li> <li>e. Memasang perlak dan pengalas di bawah tangan pasien yang akan diambil darahnya</li> <li>f. Menyiapkan bengkok</li> <li>g. Memakai handscoon steril</li> <li>h. Menyiapkan jari klien dan mengumpulkan darah ke bagian jari tangan dengan cara memijat</li> <li>i. Menghapus hamakan ujung jari yang akan di ambil darahnya dengan alcohol</li> <li>j. Menusukkan jarum pada ujung jari sebelah tepi sampai darah keluar</li> <li>k. Menghapus darah yang pertama kali keluar dengan kapas kering</li> <li>l. Dengan pipet Hb mengisap darah sampai angka 20 cm. jangan sampai ada gelembung udara yang sampai ikut terhisap</li> <li>m. Hapus darah yang melekat pada ujung pipet dengan menggunakan kapas kering</li> <li>n. Menuangkan darah tersebut ke dalam tabung pengencer yang sudah berisi HCl0,1 N dengan posisi tegak lurus dan hidarkan darah mengenai dinding tabung</li> <li>o. Sisa darah yang mungkin masih melekat di dalam lumen pipet Hb di bilas dengan jalan meniup dan menyedotnya</li> <li>p. Tunggu sampai 1 menit</li> <li>q. Tambahkan aquadest sedikit demi sedikit, pada setiap kali penambahan warna dari larutan asam hematin yang terjadi, bandingkan dengan warna larutan standar</li> <li>r. Pada saat warna tersebut sama, maka penambahan aquadest dihentikan dan kadar Hb dibaca skala itu dengan satuan pembacaan gr%</li> <li>s. Mengambil perlak dan pengalas. Merapikan alat-alat Rasional: agar tempat pasien rapi dan aman</li> </ol>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>t. Melepaskan handscoon</li> <li>u. Mencuci tangan</li> <li>v. Evaluasi dan dokumentasi</li> </ul>	
--	---	--

## B. Pengambilan Darah Vena

NO	KOMPONEN	SKOR
1	<p><b>Persiapan pasien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memberitahu tujuan pemeriksaan untuk mendapatkan kerja sama dari pada klien</li> <li>b. Menjelaskan prosedur</li> <li>c. Pasien di dudukan dalam keadaan tenang.</li> </ul>	
2	<p><b>Persiapkan alat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Spuit injeksi 3 ml/ 5 ml</li> <li>b. Botol penampung darah</li> <li>c. Karet pembendung (tourniquet)</li> <li>d. Kapas</li> <li>e. Alcohol 70%</li> <li>f. Plester</li> </ul> <p>Mempersiapkan antikoagulansia, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Na-EDTA 10%</li> <li>b. Na-citras 3,8% (dimasukkan ke dalam botl penempung darah)</li> </ul>	
3	<p><b>Prosedur tindakan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencari lokasi tusukkan yaitu vena yang bagus</li> <li>2. Meletakkan tanagan pasien lurus serta ekstensikan dengan diganjal handuk/lain</li> <li>3. Mengatur telapak tanagan menghadap ke atas sambil mengepal</li> <li>4. Melakukan desinfeksi daerah yang akan ditusuk dengan kapas steril yang dibasahi alcohol 70%</li> <li>5. Melakukan pembendungan pada daerah proximal kira-kira 4-5 jari dari tempat penusukan</li> </ol>	

	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Meletakkan simpul tourniquet kearah atas pembendungan tidak boleh terlalu lama (maksimal 2 menit, terbaik 1 menit)</li> <li>7. Mengambil spuit dengan ukuran sesuai jumlahdarah yang akan diambil, cek jarum dan karetinya</li> <li>8. Memegang spuit dengan tanagn akan, lalu mengencangkan posisi jarum spuit</li> <li>9. Melakukan fiksasi pembuluh darah yang kan ditusuk dengan ibu jaritangan kiri</li> <li>10. Menusukkan jarum dengan sisi menghadap ke atas membentuk sudut 150-300</li> <li>11. Melakukan fiksasi spuit dengan tanagan kiri dengan memebentuk sudut</li> <li>12. Menarik penghisap spuit pelan-pelan sampai didapatkan volume darah yang diinginkan</li> <li>13. Meminta pasien untuk membuka kepalan tangan</li> <li>14. Melepaskan bendungan</li> <li>15. Meletakkan kapas alcohol 70% di atas jarum</li> <li>16. Mencabut jarum dengan menekan kapas beberapa menit</li> <li>17. Menganjurkan pasien menekan dengan telunjuk dan ibu jari penderita selama 5 menit</li> <li>18. Lepaskan jarum alirkan darah dalam wadah melalui dindingnya</li> <li>19. Menuangkan darah kedalam botol penampung yang volumenya sesuai dengan jenis pemeriksaan yang diminta</li> <li>20. Jika menggunakan antikogulan kocok botol bebrapa menit agar antikoagulan tercampur dengan darah dan tidak terjadi bekuan</li> <li>21. Membereskan alat</li> <li>22. Mencuci tangan</li> <li>23. Evaluasi dan dokumentasi</li> </ol>	
--	---	--

## Tes Glukosa Urine

Metode sederhana yang sering digunakan tes glukosa urine dengan menggunakan metode fehling

### Prinsip pemeriksaan :

- 1) Dalam suasana alkali, glukosa mereduksi kupri menjadi kuprokemudian membentuk  $\text{Cu}_2\text{O}$  yang mengendap dan berwarna merah.
- 2) Intensitas warna merah dari ini secara kasar menunjukkan kadar glukosa dalam urine yang diperiksa

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1	<b>Persiapan pasien</b> a. Memberitahu tujuan pemeriksaan untuk mendapatkan kerja sama dari pada klien b. Menjelaskan prosedur c. Pasien di dudukan dalam keadaan tenang.	
2	<b>Persiapan Alat dan Bahan</b> a) Alat : 1. Tabung reaksi 2. Api Bunsen 3. Pipet volume 4. Ball filler b) Bahan 1. Sampel urine 2. Reagen fehling A 3. Fehling B	
3	<b>Prosedur Pelaksanaan</b> a. Ambil 1 mL fehling A dan fehling B, dan dicampurkan dalam tabung reaksi hingga homogen (untuk pemeriksaan tida sampel) b. Dipipet masing-masing 1 mL larutan tersebut dalam tiga tabung reaksi c. Ditambahkan masing-masing 0,5 mL sampel urine dalam tiga tabung reaksi tersebut	

	<ul style="list-style-type: none"><li>d. Ketiga tabung dipanaskan diatas api bunsen hingga mendidih</li><li>e. Setelah dingin, diamati perubahan warna yang terjadi pada ketiga tabung</li><li>f. Membereskan alat-alat</li><li>g. Mencuci tangan</li></ul>	
--	---	--

## PEMERIKSAAN PRE & PASCA BEDAH

### A. Persiapan Prosedur Tindakan Pre-Operasi

Pada pasien pre operasi persiapan yang dilakukan merupakan prosedur tindakan. Sehingga merupakan satu kesatuan. Persiapan prosedur tindakan pada pasien pre operasi, adalah :

#### a. Menyiapkan kondisi umum klien

1. Melakukan konsultasi dengan dokter obstetrik dan dokter anestesi
2. Memberikan obat pramedikasi
3. Melakukan perawatan kandung kemih dan usus
4. Melakukan prosedur tindakan stoking kompresi
5. Mengidentifikasi dan melepas prosthesis

#### b. Persiapan fisik berbagai persiapan fisik yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum operasi antara lain :

1. Melakukan pengkajian status kesehatan fisik secara umum dan menyeluruh
2. Melakukan persiapan status nutrisi pasien, dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lipat kulit trisep, lingkaran lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin) dan keseimbangan nitrogen
3. Melakukan pengkajian keseimbangan cairan dan elektrolit dalam kaitannya dengan input dan output cairan
4. Memperhatikan kebersihan lambung dan kolon, diantaranya adalah pasien dipuaskan dan dilakukan tindakan pengosongan lambung dan kolon dengan tindakan enema / lavement
5. Melakukan pencukuran daerah operasi
6. Memperhatikan personal hygiene, dengan melakukan mandi besar
7. Melakukan prosedur pengosongan kandung kemih, dengan melakukan pemasangan kateter
8. Melakukan latihan pra operasi, antara lain latihan nafas dalam, latihan batuk efektif dan latihan gerak sendi.

#### c. Prosedur persiapan psikologis klien

Melibatkan keluarga dalam setiap langkah tindakan :

1. Melakukan tindakan psikologis kesiapan mental pasien dan keluarga

2. Melakukan pengkajian tentang persepsi klien atas prosedur tindakan, rasa kepercayaan terhadap petugas dan dokter

**d. Latihan-latihan yang pasien diberikan**

Mengajari pasien latihan pernafasan digragmatik, spirometri insentif, pengontrolan batuk, membalik tubuh, dan latih kaki.

Alat yang perlu disiapkan adalah sebagai berikut :

1. Bantal (opsional)
2. Spirometer insentif
3. Stocking elastis atau manset kompresi pneumatik

**e. Prosedur tindakan sebagai berikut :**

1. Pernapasan Diafragmatik

Membantu pasien pada posisi nyaman semi-fowler atau fowler tinggi dengan lutut fleksi. Tunjukkan langkah berikut, mintalah pasien mengulangi.

- a) Duduk / berdiri tegak, tempatkan telapak tangan saudara sepanjang batas prosesus xipoius / bawah kurva iga depan. Minta klien bernapas panjang dan lambat melalui hidung, hindari hiperventilasi
- b) Beri perhatian pada gerakan kebawah normal dan diafragma selama inspirasi. Organ abdominal menurun, dan toraks meluas dengan perlahan
- c) Hindari menggunakan dada dan bahu ketika inspirasi
- d) Ambil napas panjang dan pada hitungan ke-3 hembuskan melalui mulut dengan perlahan
- e) Ulangi latihan 3 sampai 5 kali

2. Spirometri insentif

- a) Memberikan posisi semi fowler atau fowler tinggi
- b) Menempatkan bagian mulut spirometri pada mulut pasien sehingga bibir-bibir benar menutup bagian spirometri
- c) Bila inspirasi maksimal dicapai pasien menahan nafas selama 2-3 detik dan kemudian mengeluarkan dengan perlahan, jumlah pernapasan tidak harus lebih 10-12 kali permenit
- d) Mengajarkan pasien bernafas dengan normal selama periode pendek
- e) Menganjurkan pasien mengulangi gerakan dan beritahu tentang pentingnya spirometri insentif selama 2 jam saat bangun periode paksa operasi

### 3. Pengontrolan batuk

- a) Menjelaskan mempertahankan posisi tegak ditempat tidur / disamping tempat tidur.
- b) Mengajarkan batuk efektif, dengan mengambil dua atau 3 nafas pendek, menarik napas dalam, tahan nafas dan pada hitungan 3 batuk sekali dan kemudian batuk lagi
- c) Bila nantinya insisi pembedahan didada atau area abdomen, tempatkan satu tangan diatas area insisi dan tangan lain diatas tangan pertama. Selama inspirasi dan batuk tekan dengan perlahan pada area tersebut untuk membebat insisi
- d) Mengajarkan pasien mempraktikan batuk nantinya ketika terjaga selama periode pasca operasi

### 4. Membalik

- a) Mengajarkan pasien untuk melakukan posisi terlentang pada setengah kanan tempat tidur
- b) Menempatkan tangan kiri klien diatas area insisi untuk membebat
- c) Meminta klien mempertahankan kaki kirinya lurus dan fleksi lutut kanan dan diatas kaki kiri
- d) Memegang pagar tempat tidur pada sisi kiri tempat tidur dengan tangan kananya, klien menarik kearah kiri dan menggelinding kesisi kirinya
- e) Memberitahu klien pentingnya membalik setiap dua jam saat bangun selama periode post partum

### 5. Latihan kaki

- a) Bila pembedahan klien meliputi satu atau dua ekstremitas, pesanan ahli bedah diperlukan sebelum latihan dapat dilakukan pada saat post operasi
- b) Kaki yang tidak dioperasi dapat dengan aman dilatih
- c) Berikut ini pedoman untuk latihan kaki
  - 1) Tempatkan telentang tempat tidur. Demonstrasikan latihan kaki dengan gerakan rentang sendi pasif
  - 2) Rotasikan tiap sendi pergelangan kaki pada lingkaran yang lengkap seolah-olah menggambar lingkaran dengan ibu jari kakinya

- 3) Ubah-ubah dorso fleksi dan fleksi pada kaki. Klien akan merasa otot betisnya berkontraksi dan kemudian rileks
- 4) Mintalah klien mempleksikan dan ekstensi lututnya
- 5) Mempertahankan kaki klien lurus, klien kemudian secara bergantian meninggikan tiap kaki dari permukaan tempat tidur dan biarkan turun dengan perlahan
- 6) Instruksikan klien untuk melakukan latihan kaki tiap 2 jam saat terbangun
- 7) Untuk semua latihan post operasi, observasi kemampuan klien untuk melakukan semua latihan secara mandiri

### B. Prosedur Tindakan Pasca Operasi

Perawatan pasca operasi yang paling sering dilakukan adalah perawatan luka steril.

Misalnya luka secsio caesaria, apendektomi dan atau luka operasi lainnya.

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1	<p><b>Persiapan pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan inform consent lisan pada pasien/keluarga dan intruksikan pasien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril.</li> <li>b. Menutup ruangan atau tirai tempat tidur sekat disekitar tempat tidur. Tutup semua jendela.</li> <li>c. Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dan tutupi bagian tubuh selain bagian luka dengan selimut mandi. Beritahu pasien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril.</li> <li>d. Mengambil kantung sampah dan tempatkan dalam jangkauan area kerja</li> </ol>	
2	<p><b>Persiapan Alat</b></p> <p><b>Alat steril dalam bak instrumen ukuran sedang tertutup</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pinset anatomis</li> <li>b. Handscoon steril</li> <li>c. Com steril (2 buah)</li> </ol>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Kassa dan kapas steril secukupnya</li> <li>e. Gunting jaringan / gunting up hecing (jika diperlukan)</li> </ul> <p><b>Alat lain :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gunting verband / plester</li> <li>b. Arteri klem</li> <li>c. Plester</li> <li>d. Pinset anatomi dan chirurgi</li> <li>e. Nierbekken (bengkok)</li> <li>f. Lidi kapas</li> <li>g. Wash bensin</li> <li>h. Alas / perlak</li> <li>i. Selimut mandi</li> <li>j. Kapas alkohol dalm tempatnya</li> <li>k. Betadine dalam tempatnya</li> <li>l. Larutan dalam botolnya (NaCL 0,9%)</li> <li>m. Lembar catatan pasien</li> <li>n. Kantung tahan air untuk sampah</li> </ul>	
	<p><b>Prosedur Tindakan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mencuci tangan.</li> <li>b. Mendekatkan nampan berisi peralatan ke meja tempat tidur atau sisi pasien.</li> <li>c. Siapkan plester untuk fiksasi (bila perlu).</li> <li>d. Pasang alas/perlak selanjutnya dekatkan nierbekken (bengkok)</li> <li>e. Membuka bak instrument lalu kenakan sarung tangan sekali pakai.</li> <li>f. Membuka larutan lama <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Membasahi plester yang melekat dengan wash bensin dengan lidi kapas</li> <li>b) Melepaskan plester dengan melepaskan ujungnya dan menarik secara perlahan, sejajar dengan kulit ke arah balutan.</li> <li>c) Mempertahankan permukaan kotor jauh dari penglihatan</li> </ul> </li> </ul>	

	<p style="text-align: center;">pasien</p> <p>d) Kemudian buang balutan ke kantong sampah.</p> <p>g. Obsevasi luka:          Jenis, tipe luka, luas/kedalaman luka, grade luka, warna luka, fase proses penyembuhan, tanda-tanda infeksi perhatikan kondisinya, letak drain, kondisi jahitan, bila perlu palpasi luka dengan tangan non dominan untuk mengkaji ada tidaknya puss.</p> <p>h. Lepas handscoon dan masukkan ke dalam bengkok berisi larutan clorin 5%</p> <p>i. Membersihkan luka:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Menuang larutan NaCl/ normal salin (NS) ke kom kecil ke 1</li> <li>b) Pakai handscoon</li> <li>c) Ambil pinset anatomi</li> <li>d) Membuat kapas lembab secukupnya untuk membersihkan luka, (dengan cara memasukan kapas ke dalam kom berisi NaCl 0,9% dan memerasnya dengan menggunakan pinset)</li> <li>e) Lalu mengambil kapas basah dengan pinset</li> <li>f) Luka dibersihkan menggunakan kapas lembab dengan kapas terpisah untuk sekali usapan. Gunakan teknik dari area kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi</li> </ol> <p>14. Menutup luka</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Bila sudah bersih, luka dukeringkan dengan kassa steril keringyang diambil dengan pinset anatomis</li> <li>b) Beri topikal therapy bila diperlukan/sesuai indikasi</li> <li>c) Tutup dengan kassa kering (kurang lebih dua lapis) kemmudian pasang bantalan kassa yang lebih tebal</li> <li>d) Luka diberi plester secukupnya atau dibalut dengan pembalut dengan balutan yang tidak terlalu</li> </ol>	
--	--	--

	ketat	
	15. Membereskan alat-alat, melepaskan sarung tangan dan membuang ketong sampah	
	16. Membantu pasien untuk berada dalam posisi yang nyaman	
	17. Membuang semua perlengkapan dan mencuci tangan	

### Membantu Latihan Otot

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1	<p><b>Persiapan Pasien</b></p> <p>a. Memberitahu tujuan pencukuran</p> <p>b. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan</p>	
2	<p><b>Prosedur Tindakan</b></p> <p>a. Mencuci tangan</p> <p>b. Gerakan fleksi dan ekstensi pada leher</p> <p>c. Memutar kepala</p> <p>d. Gerakan fleksi dan ekstensi dari bahu dan siku</p> <p>e. Memutar siku ke dalam dan keluar</p> <p>f. Menggerakkan jari-jari</p> <p>g. Melakukan pergerakan pada ekstremitas bawah</p> <p>h. Gerakan fleksi dan ekstensi dari lutut dan tumit</p> <p>i. Gerakan abduksi dan rotasi dari pangkal paha</p> <p>j. Gerakan fleksi dan ekstensi dari pergerakan kaki</p> <p>k. Memutar pergelangan kaki</p> <p>l. Melakukan prosedur dengan tidak meninggalkan rasa sakit</p> <p>m. Menciptakan rasa nyaman</p> <p>n. Mencuci tangan</p> <p>o. Membuat laporan</p>	

### C. Angkat Jahitan / Up Heating

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1	<p><b>Persiapan Pasien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memberitahu tujuan angkat jahitan</li> <li>b. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan</li> </ul>	
2	<p><b>Persiapan Alat dan Bahan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bak instrumen steril berisi : set perawatan luka dan angkat jahitan</li> <li>b. Sarung tangan steril</li> <li>c. Pinset 4 (2 anatomis, 2 sirugis)</li> <li>d. Gunting up heating</li> <li>e. Lidi waten</li> <li>f. Kom 2 buah</li> <li>g. Kassa steril</li> <li>h. Plester</li> <li>i. Gunting perban</li> <li>j. Bengkok 2 buah</li> <li>k. Larutan NaCl</li> <li>l. Perlak atas</li> <li>m. Iodin povidon/betadin</li> <li>n. Korentang</li> <li>o. Alkohol 70%</li> <li>p. Waskom berisi larutan klorin 0,5%</li> </ul>	
3	<p><b>Prosedur Tindakan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dekatkan semua peralatan yang diperlukan</li> <li>b. Tutup ruangan dengan tirai disekitar tempat tidur</li> <li>c. Bantu pasien pada posisi nyaman</li> <li>d. Cuci tangan secara menyeluruh</li> <li>e. Pasang perlak dan alas</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>f. Gunakan sarung tangan bersih sekali pakai dan lepaskan plester, angkat balutan dengan pinset</li> <li>g. Lepaskan plester dengan melepaskan ujung dan menariknya dengan perlahan, sejajar dengan kulit yang mengarah pada balutan</li> <li>h. Bila balutan lengket pada luka, lepaskan dengan menggunakan NaCl</li> <li>i. Observasi karakter dan jumlah drainase</li> <li>j. Buang balutan kotor pada bengkok, lepaskan sarung tangan dan buang pada bengkok yang berisi cairan klorin 5%</li> <li>k. Buka bak instrumen, siapkan betadin dan larutan NaCl pada kom, siapkan plester</li> <li>l. Kenakan sarung tangan steril</li> <li>m. Inspeksi luka, perhatikan kondisinya, letak drain, integritas jahitan dan karakter drainase serta palpasi luka</li> <li>n. Bersihkan luka dengan NaCl dan betadin dengan menggunakan pinset</li> <li>o. Gunakan satu kassa untuk sekali usapan</li> <li>p. Bersihkan dari daerah yang kurang terkontaminasi</li> <li>q. Gunakan kassa baru untuk mengeringkan luka, melepaskan jahitan satu persatu selang seling dengan cara menjepit simpul jahitan dengan pinset sirugis dan tariks edikit ke atas kemudian menggunting benang tepat dibawah simpul yang berdekatan dengan kulit/pada sisi lain yang tidak ada simpulnya</li> <li>r. Olesi luka dengan betadin</li> <li>s. Menutup luka dengan kassa steril dan di plester</li> <li>t. Merapikan pasien</li> <li>u. Membersihkan alat-alat</li> <li>v. Melepaskan sarung tangan</li> <li>w. Cuci tangan</li> </ul>	
--	--	--

#### D. Perawatan Luka Bersih Pasca Operasi

NO	KOMPONEN	SKOR
1	<b>Persiapan Pasien</b> a. Memberitahu tujuan perawatan luka b. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan c. Melakukan inform consent lisan pada pasien/keluarga d. Atur posisi yang nyaman bagi pasien dan tutupi bagian tubuh selain bagian luka dengan selimut mandi e. Beritahu pasien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril	
2	<b>Persiapan Alat dan Bahan</b> Bak instrumen berisi : a. Pinset anatomis, arteri klem b. Handscoon steril, lidi kapas c. Kom steril (2 buah) d. Kassa dan kapas steril secukupnya e. Gunting jaringan / gunting up heating f. Gunting verband/plester g. Pinset cirugi h. Nierbekken (bengkok) i. Alas/perlak, selimut mandi j. Kapas alkohol dan tempatnya k. Betadine dalam tempatnya l. Larutan NaCl 0,9% m. Lembar catatan pasien n. Kantung tahan air untuk sampah o. Waskom berisi larutan klorin 0,5%	
3	<b>Prosedur Tindakan</b> a. Membawa peralatan kedekat pasien b. Ambil kantong sampah dan tempatkan dalam jangkauan area	

	<p>kerja</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Mencuci tangan</li> <li>d. Siapkan plester untuk fiksasi (bila perlu)</li> <li>e. Pasang alas/perlak selanjutnya dekatkan bengkok</li> <li>f. Buka bak instrumen lalu kenakan sarung tangan sekali pakai</li> <li>g. Membuka balutan lama basahi plester yang melekat dengan lidi kapas</li> <li>h. Lepaskan plester dengan melepaskan ujungnya dan menarik secara perlahan, sejajar dengan kulit ke arah balutan</li> <li>i. Observasi Luka: Jenis, tipe luka, luas/kedalaman luka, grade luka, warna dasar luka, fase proses penyembuhan, tanda-tanda infeksi perhatikan kondisinya, letak drain, kondisi jahitan, palpasi luka dengan tangan non dominan untuk mengkaji ada pus.</li> <li>j. Pakai sarung tangan</li> <li>k. Membersihkan luka dengan larutan NaCl/normal salin (NS) di tuang ke kom kecil.</li> <li>l. Bersihkan luka menggunakan kapas lembab/DTT usapan sampai bersih.</li> <li>m. Gunakan teknik dari area kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi, gerakan dalam tekanan progresif menjauh dari insisi atau tepi luka.</li> <li>n. Keringkan luka dengan kassa steril kering</li> <li>o. Beri topikal terapi sesuai indikasi</li> <li>p. Tutup dengan kassa kering (kurang lebih 2 lapis) lalu plester/ di balut dengan pembalut dengan balutan yang tidak terlalu ketat.</li> <li>q. Masukkan alat-alat berisi larutan chlorin 0,5 %. Sarung tangan dan buang ke tempat sampah</li> <li>r. Bantu pasien dalam posisi yang nyaman</li> <li>s. Cuci tangan</li> <li>t. Dokumentasikan hasil observasi luka, balutan dan atau drainase, waktu melakukan penggantian balutan, Respon pasien</li> </ul>	
--	---	--

## **PERAWATAN LUKA**

### **A. Pengertian luka**

Luka adalah rusaknya kesatuan/ kesatuan jaringan, dimana secara spesifik terdapat substansi jaringan ruang rusak atau hilang. Luka adalah satuan gangguan dari kondisi normal pada kulit (Taylor 1997). Luka adalah kerusakan kontinuitas kulit, mukosa membran dan tulang atau organ tubuh lainnya (Kozier 1995). Luka adalah kerusakan anatomi karena hilangnya kontinuitas jaringan oleh sebab dari luar

### **B. Tujuan Perawatan Luka**

1. Melindungi luka dari trauma mekanik
2. Mengobilisasi luka
3. Mengabsorpsi drainase
4. Membantu homeostasis
5. Menghambat atau membunuh mikroorganisme
6. Memberikan lingkungan fisiologis yang sesuai untuk penyembuhan luka
7. Mencegah perdarahan
8. Meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis
9. Menilai kerusakan yang terjadi pada struktur yang terkena

### **C. Indikasi Perawatan Luka**

1. Balutan kotor dan basah akibat eksternal
  2. Ada rembesan eksudat
  3. Ingin mengkaji keadaan luka
  4. Dengan frekuensi tertentu untuk mempercepat debridement jaringan nekrotik
- Setelah saudara mengetahui pengertian dan tujuan perawatan luka pelajari terus kegiatan belajar ini agar lebih memahami konsep teori perawatan luka.

### **D. Jenis – jenis Luka**

Berdasarkan sifat kejadiannya luka dibagi menjadi dua jenis yaitu

1. Luka disengaja
  - a. Luka terkena radiasi contohnya: foto rontgen, sinar ultraviolet
  - b. Lukabedah : seksio sasaria, sirkumsisi episotomi, pengambilan fibroma dsb.
2. Luka tidak disengaja. Luka yang tidak disengaja terdiri dari
  - a. Luka tertutup (vulnus oclusum) jika terjadi robekan. Contoh : dislokasi, hematoma, patah tulang tertutup, memar dan sebgainnya.

- b. Luka terbuka (vulvus apertum) : jika terjadi robekan dan kelihatan. Contoh luka abrasi yakni luka akibat gesekan, luka puncture yakni luka akibat tusukan, dan luka hausration yakni luka akibat alat – alat yang digunakan dalam perawatan luka.

### Perawatan Luka Bersih

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1	<p><b>Persiapan Pasien</b></p> <p>a. Lakukan inform consent lisan pada pasien/keluarga dan intruksikan pasien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril. Rasional: agar setiap tindakan yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan.</p> <p>b. Tutup ruangan atau tirai tempat tidur atau atur sekat disekitar tempat tidur. Tutup semua jendela. Rasional: menjaga privacy pasien dan pengurangi udara yang dapat menularkan mikroorganisme.</p> <p>c. Atur posisi yang nyaman bagi pasien dan tutupi bagian tubuh selain bagian luka dengan selimut mandi. Beritahu pasien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril. Rasional: mencegah pergerakan tiba-tiba pasien selama pergantian balutan yang dapat menyebabkan kontaminasi luka atau peralatan.</p>	
2	<p><b>Persiapan Alat</b></p> <p>Alat steril dalam bak instrument ukuran sedang tertutup:</p> <p>a. Pinset anatomis</p> <p>b. Handscoon steril</p> <p>c. Kom steril (2 buah)</p> <p>d. Kassa dan kapas steril secukupnya</p> <p>e. Gunting jaringan/ Gunting Up Hecting (jika diperlukan)</p> <p>f. Gunting Cerband/plester</p> <p>g. Arteri klem</p> <p>h. Plester</p> <p>i. Pinset anatomi dan chirurgic</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>j. Nierbekken (Bengkok)</li> <li>k. Lidi kapas</li> <li>l. Wash bensin</li> <li>m. Alas / Perlak</li> <li>n. Selimut Mandi</li> <li>o. Kapas Alkohol dalam tempatnya</li> <li>p. Betadine dalam tempatnya</li> <li>q. Larutan dalam botolnya (NaCL 0,9%)</li> <li>r. Lembar catatan pasien</li> <li>s. Kantung tahan air untuk sampah</li> </ul>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Prosedur Tindakan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ambil kantung sampah dan tempatkan dalam hangkauan area kerja. Rasional: mempermudah kerja petugas kesehatan agar efektif dan efisien.</li> <li>b. Mencuci tangan. Rasional: mencegah terjadinya infeksi nosocomial.</li> <li>c. Dekatkan nampan berisi peralatan ke meja tempat tidur atau sisi pasien. Rasional: memudahkan pekerjaan nakes.</li> <li>d. Siapkan plester untuk fiksasi (bila perlu) Rasional : mempermudah proses kerja</li> <li>e. Pasang alas/perlak selanjutnya dekatkan nierbekken (bengkok)</li> <li>f. Rasional : menghindari cairan mengotori kasur pasien dan mempermudah kerja</li> <li>g. Buka bak instrument lalu kenakan sarung tangan sekali pakai</li> <li>h. Membuka balutan lama <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Basahi plester yang melekat dengan wash bensin dengan lidi kapas Rasional : pelepasan plester dapat dilakukan dengan mudah dan tidak menimbulkan rasa sakit</li> <li>b) Lepaskan plester dengan melepaskan ujungnya dan menarik secara perlahan, sejajar dengan kulit kearah balutan. Rasional : mengurangi tegangan pada jahitan atau luka</li> <li>c) Pertahankan permukaan kotor jauh dari penglihatan pasien.</li> </ul> </li> </ul>	

	<p>Rasional : penampilan drainase dapat mengganggu pasien secara emosional</p> <p>d) Kemudian buang balutan ke kantong sampah. Rasional : agar tidak terjadi transimin organisme dari balutan kotor</p> <p>i. Observasi luka :</p> <p>j. Jenis, tipe luka, luas/kedalam luka, grade luka, warna dasar luka, fase proses penyembuhan, tanda-tanda infeksi perhatikan kondisinya, letak drain, kondisi jahitan, bila perlu palpasi luka dengan tangan nondominan untuk mengkaji ada tidaknya puss.</p> <p>k. Rasional : memberikan perkiraan hilangnya drainase dan pengkajian kondisi luka.</p> <p>l. Lepas handscoon dan masukan kedalam bengkok berisi larutan klorin 5%. Rasional : mencegah kontaminasi mikroorganisme pathogen.</p> <p>m. Membersihkan luka :</p> <p>a) Larutan NaC/normal salin (NS) di tuang ke kom kecil ke 1</p> <p>b) Pakai handscoon</p> <p>c) Ambil pinset anatomi</p> <p>d) Membuat kapas lembab secukupnya untuk membersihkan luka (dengan cara memasukkan kapas kedalam kom berisi NaCl 0,9% dan memerasnya dengan menggunakan pinset)</p> <p>e) Lalu mengambil kapas basah dengan pinset</p> <p>f) Luka dibersihkan menggunakan kapas lembab dengan kapas terpisah untuk sekali usapan. Gunakan teknik dari area kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi, gerakan dalam tekanan progresif menjauh dari insisi atau tepi luka. Rasional : arah tekanan pembersih mencegah introduksi organisme kedalam luka</p> <p>n. Menutup luka</p> <p>Bila sudah bersih, luka dikeringkan dengan kassa steril kering yang diambil dengan pinset anatomis. Rasional : mengurangi kelembapan pada sisi luka, yang akhirnya dapat menjadi tempat</p>	
--	--	--

	<p>tumbuhnya mikroorganisme</p> <p>o. Beri topical therapy bila diperlukan/sesuai indikasi. Rasional : pemberian langsung secara langsung pada balutan dapat menghambat drainase</p> <p>p. Tutup dengan kasa kering (kurang lebih 2 lapis) kemudian pasang bantalan kasa yang lebih tebal</p> <p>q. Luka diberi plester sekucupnya atau dibalut dengan pembalut dengan pembalutan yang tidak terlalu ketat ketat. Rasional : member sokongan pada luka dan menjamin penutupan lengkap dengan pemaparan minimal pada mikroorganisme.</p> <p>r. Alat-alat dibersihkan dan lepaskan sarung tangan dan buang ke tong sampah. Rasional : mengurangi transmisi mikroorganisme</p> <p>s. Bantu pasien untuk berada dalam posisi yang nyaman</p> <p>t. Buang seluruh perlengkapan dan cuci tangan.</p> <p>u. Dokumentasi</p>	
--	--	--

### Perawatan Luka Bersih

Balutan basah kering adalah tindakan pilihan untuk luka yang memerlukan debridement (pengangkatan benda asing atau jaringan yang mati atau berdekatan dengan lesi akibat trauma atau infeksi sampai sekeliling jaringan yang sehat.

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
<b>1</b>	<p><b>Persiapan Pasien</b></p> <p>a. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan. Rasional : agar pasien mengerti tindakan yang dilakukan dan dapat bekerjasama</p> <p>b. Tutup ruangan sekitar tempat tidur dang pasang sampiran. Rasional : menjaga privacy pasien dan mengurangi udara yang dapat menularkan mikroorganisme</p> <p>c. Bantu pasien pada posisi nyaman. Buka pakaian hanya pada bagian luka dan instruksikan pada pasien supaya tidak menyentuh daerah luka atau peralatan Rasional : menyegahkan pergerakan tiba-tiba</p>	

	pasien selama pergantian balutan yang dapat menyebabkan kontaminasi luka atau peralatan			
<b>2</b>	<b>Persiapan Alat</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bak balutan steril <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Kapas balutan atau kasa persegi panjang</li> <li>b) Kom kecil 2 buah</li> <li>c) Pinset steril</li> <li>d) Salep jika diperlukan</li> </ol> </li> <li>b. Sarung tangan steril jika perlu</li> <li>c. Perlak dan pengalas</li> <li>d. Duk steril (opsional)</li> <li>e. Bengkok 2 buah <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Bengkok 1 berisi desinfektan 0,5 % untuk merendam alat bekas</li> <li>b) Bengkok 2 untuk sampah Larutan NaCl 0,9 %</li> </ol> </li> <li>f. Gunting plester, plester, pengikat/perban sesuai kebutuhan</li> <li>g. Masker</li> <li>h. Celemek</li> </ol>			
<b>2</b>	<b>Prosedur Tindakan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dekatkan peralatan di meja yang mudah dijangkau perawat. Rasional : mempermudah kerja nakes</li> <li>b. Ambil kantong sampah dan tempatkan dalam jangkauan area kerja. Rasional : mempermudah kerja petugas kesehatan agar efektif dan efisien</li> <li>c. Cuci tangan. Rasional : mencegah terjadinya infeksi nosokomial</li> <li>d. Pasang perlak pengalas dibawah area luka. Rasional : menghindari cairan mengotori kasur pasien</li> <li>e. Pakai masker dan celemek, dan pakai sarung tangan bersih, melepaskan plester dengan wash bensin menggunakan lidi kapas, ikatan atau balutan. Rasional : sarung tangan mencegah transmisi organisme, masker untuk meminimalkan bau dari luka basah</li> <li>f. Lepaskan plester dengan melepaskan ujung dan menariknya dengan perlahan sejajar kulit yang mengarah pada balutan. Jika masih</li> </ol>			

	<p>terdapat bekas plester dikulit bersihkan dengan kayu putih.</p> <p>Rasional : mengurangi tegangan pada jahitan atau luka</p> <p>g. Angkat balutan kotor perlahan-lahan dengan menggunakan pinset atau sarung tangan, pertahankan permukaan kotor jauh dari penglihatan pasien. Bila terdapat drain angkat balutan lapis demi lapis. Rasional : penampila n drainase dapat mengganggu pasien secara emosional</p> <p>h. Bila balutan lengket pada luka lepaskan dengan menggunakan normal salin (NaCl 0,9 %). Rasional : balutan basah kekering dibuat untuk luka bersih terkontaminasi atau luka terinfeksi dengan debridement jaringan nektrotik dan eksudat</p> <p>i. Observasi karakter dari jumlah drainase pada balutan. Rasional : memberikan perkiraan hilangnya drainase dan pengkajian kondisi luka</p> <p>j. Buang balutan kotor pada sampah, hindari kontaminasi permukaan luar kantung, lepaskan sarung tangan dan simpan pinset dalam bungkuk yang berisi larutan desinfektan. Rasional : menghindari transmisi organisme</p> <p>k. Tuangkan larutan normal salin steril kedalam mangkok kecil. Tambahkan kasa kedalam normal salin.</p> <p>l. Kenakan sarung tangan steril. Rasional : menyegah infeksi nosokomial.</p> <p>m. Inspeksi keadaan luka, perhatikan kondisinya, letak drain, integritas jahitan atau penutup kulit dan karakter drainase (palpasi luka bila perlu dengan bagian tangan yang nondominan yang tidak akan menyentuh bahan steril). Rasional : memberikan perkiraan hilangnya drainase dan pengkajian kondisi luka.</p> <p>n. Bersihkan luka dengan kapas atau kasa lembab yang telah dibasahi normal salin. Pegang kasa atau kapas yang telah dibasahi dengan pinset. Gunakan kasa atau kapas terprpisah untuk usapan membersihkan. Bersihkan dari area yang kurang terkontaminasi kearea terkontaminasi. Rasional : arah tekanan pembersihan</p>			
--	---	--	--	--

	<p>mencegah introduksi organisme kedalam luka.</p> <p>o. Pasang kassa yang lembab tepat pada permukaan kulit yang luka. Bila luka dalam maka dengan perlahan buat kemasam dengan menekuk tepi kasa dengan pinset secara perlahan masukkan kassa kedalam luka sehingga semua permukaan kontak dengan kassa lembab.</p> <p>p. Luka ditutup dengan kassa kering. Usahakan serat kassa jangan melekat pada luka. Pasang kassa lapisan kedua sebagai lapisan penyerap dan tambahkan lapisan ketiga. Rasional : meningkatkan absorpsi tepat pada drainase dan untuk menjamin penutupan yang tepat dan absorpsi optimal. Sedangkan kasa lapisan ketiga untuk melindungi luka dari masuknya mikroorganisme.</p> <p>q. Luka difikasi dengan plester atau dibalut dengan rapi. Rasional : menigkatkan absorpsi tepat pada drainase dan untuk menjamin penutupan yang tepat dan absorpsi optimal. Sedangkan kasa lapisan ketiga untuk melindungi luka dari masuknya mikroorganisme.</p> <p>r. Lepaskan sarung tangan dan buang ke tempat yang telah disediakan, dan simpan pinset yang telah digunakan pada bengkok perendam. Rasional : mengurangi transmisi mikroorganisme</p> <p>s. Bereskan semua peralatan dan bantu pasien merapikan pakain, dan atur kembali posisi yang nyaman</p> <p>t. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan</p> <p>u. Dokumentasikan hasil, observasi luka, balutan dan drainase, termasuk respon pasien</p>			
--	---	--	--	--

## Menjahit Luka

Penutupan luka atau penjahitan luka mengacu kepada pendekatan jaringan untuk memulihkan anatomi normal setelah pembedahan atau trauma. Tujuan penutupan luka adalah mempercepat penyembuhan dan memulihkan fungsi sementara memperkecil risiko infeksi dan pembentukan jaringan parut. Penjahitan luka adalah suatu tindakan untuk mendekatkan tepi luka dengan benang sampai sembuh dan cukup untuk menahan beban fisiologis. Jahitan digunakan untuk hemostatis atau untuk menghubungkan struktur anatomi yang terpotong.

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR			
1	<b>Persiapan Pasien</b> a. Memberitahu pasien tindakan yang akan dilakukan b. Menutup tirai/sampiran c. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin				
2	<b>Persiapan Alat dan Bahan</b> a. Pisau bedah, pinset anatomis, spuit 5 cc b. Dissecting scissors (gunting bedah) c. Suture scissors (gunting benang) d. Needle holders, fungsi untuk memegang jarum penjahit e. Suture needles, (jarum kulit atau jarum jaringan) f. Towel clamps, fungsi untuk menepit dan menahan jaringan g. Benang side atau cat gut h. Cairan desinfektan : povidon-iodid 10 (betadine) i. Cairan NaCl 0,9% dan perhydrol 5% untuk mencuci luka. j. Anestesi local lidocain 1% atau 2% k. Sarung tangan steril, korentang, cucing (Waskom kecil) l. Kasa steril dan kapas alkohol m. Pengalas, duk steril dan duk lubang n. Waskom berisi larutan chlorine 0,5%				
3	<b>Prosedur Tindakan</b> a. Mencuci tangan dengan sabun dan guyur di air mengalir				

	<p>lalu keringkan dengan handuk</p> <p>b. Rambut sekitar tepi luka dicukur sampai bersih</p> <p>c. Mencuci tangan lagi</p> <p>d. Memakai sarung tangan</p> <p>e. Mengkaji luka kedalaman, luasnya dan keadaan sekitar luka</p> <p>f. Membersihkan luka dengan larutan antiseptic</p> <p>g. Gunakan kassa terpisah untuk setiap usapan, membersihkan luka dari area yang kurang terkontaminasi ke area yang terkontaminasi/kotor</p> <p>h. Lakukan desinfeksi pada uung luka/ daerah yang akan disuntik dengan menggunakan betadine 10%, lalu menggunakan alcohol 70% dimulai dari bagian tengah kemudian menjauh dengan diameter 5cm gerakan melingkar</p> <p>i. Daerah operasi dipersempit dengan duk steril duk steril, sehingga bagian yang terbuka hanya bagian kulit dan luka yang akan dijahit</p> <p>j. Dilakukan anestesi local dengan injeksi infiltrasi kulit sekitar luka</p> <p>k. Melakukan aspirasi, apabila tidak ada darah masukan lidokain secara perlahan-lahan sambil menarik jarum masukan obat secara perlahan sepanjang tepi luka, lakukan pada tepi yang lainnya</p> <p>l. Tunggu 2 menit agar lidokain bereaksi</p> <p>m. Sambil menunggu reaksi siapkan nalpoeder, jarum dan benang</p> <p>n. Uji reaksi obat dengan menggunakan pinset</p> <p>o. Luka dibersihkan dengan caoran perhydrol dan bilas dengan cairan NaCl</p> <p>p. Jaringan kulit, subcutis, fascia yang mati dibuang dengan menggunakan pisau dan gunting</p>				
--	--	--	--	--	--

q.	Luka dicuci ulang dengan perhydrol dan dibilas dengan NaCl				
r.	Jahit luka kurang lebih 1 cm di atas ujung luka digunakan tehnik simple interrupted suture/jahitan simpul tunggal seperti pada contoh gambar jahit luka luka satu persatu dengan jarak yang sama sampai semua luka terjahit				
s.	Jarum ditusukkan pada kulit sisi pertama dengan sudut sekitar 90 derajat, masuk subcutan terus kekulit sisi lainnya				
t.	Jaringan subcutan dijahit dengan benang yang dapat diserap yaitu plain catgut secara simple interrupted suture. Kulit dijahit benang yang tak dapat diserap yaitu silk./side				
u.	Bersihkan darah disekitar luka dengan kapad DTT/garam faali				
v.	Oleskan betadine pada luka lalu tutupluka dengan kassa steril/bebat dengan verban				
w.	Bereskan alat-alat				
x.	Dokumentasikan semua tindakan heating				

### Mengangkat Luka

Suatu penanganan luka yang terdiri dari membersihkan luka, mengangkat jahitan, menutup dan membalut luka sehingga dapat membantu proses penyembuhan luka. Membuka jahitan adalah tindakan untuk mengangkat atau membuka jahitan pada luka yang dijahit atau proses pengambilan benang pada luka berdasarkan lokasi dan hari tindakan. Guna dari mengangkat jahitan adalah untuk mencegah timbulnya infeksi silang dan mempercepat proses penyembuhan. Adapun lama pengangkat jahitan sebagai berikut :

1. Muka atau leher hari ke-5 perut pada hari ke-7 samapi 10
2. Telapak tangan pada hari ke-10
3. Jari tangan pada hari ke-10
4. Tungkai atas hari ke-10
5. Tungkai bawah hari ke-10 samapi 14

6. Dada hari ke-7

7. Punggung hari ke 10-14

NO	LANGKAH/ TUGAS	SKOR
1	<p><b>Persiapan Pasien</b></p> <p>a. Jelaskan prosedur pada pasien dengan menggambarkan langkah-langkah perawatan luka.</p> <p>b. Mengatur posisi sesuai dengan kenyamanan pasien</p> <p>c. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan</p> <p>d. Inform consent</p>	
2	<p><b>Persiapan Lingkungan</b></p> <p>a. Menutup tirai/jendela</p> <p>b. Merapikan tempat tidur</p>	
3	<p><b>Persiapan Alat dan Bahan</b></p> <p>a. Set perawatan luka dan angkat jahitan dalam bak instrument steril :</p> <p>a) Sarung tangan steril</p> <p>b) Pinset 4 ( anatomis, 2 sirurgis)</p> <p>c) Gunting hecting up</p> <p>d) Lidi waten</p> <p>e) Kom 2 buah</p> <p>f) Kassa steril</p> <p>b. Plester</p> <p>c. Gunting perban</p> <p>d. Bengkok 2 buah</p> <p>e. Larutan NaCl</p> <p>f. Perlak alas</p> <p>g. Betadine</p> <p>h. Korentang</p> <p>i. Alcohol 70%</p> <p>j. Kapas bulat dan sarung tangan bersih</p>	
4	<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dekatkan semua peralatan yang diperlukan.</li> <li>b. Dekatkan bengkok didekat pasien.</li> <li>c. Tutup ruangan dengan tirai disekitar tempat tidur.</li> <li>d. Bantu pasien pada posisi nyaman.</li> <li>e. Cuci tangan secara menyeluruh</li> <li>f. Pasang perlak dan alas</li> <li>g. Gunakan sarung tangan bersih sekali pakai dan lepaskan plester, angkat balutan dengan pinset</li> <li>h. Lepaskan plester dengan melepaskan ujung dan menariknya dengan perlahan, sejajar dengan kulit yang mengarah pada balutan</li> <li>i. Dengan sarung tangan atau/pinset, angkat balutan</li> <li>j. Bila balutan lengket pada luka, lepaskan dengan menggunakan NaCl</li> <li>k. Observasi karakter dan jumlah drainase</li> <li>l. Buang balutan kotor pada bengkok, lepaskan sarung tangan dan buang pada bengkok yang berisi klorin 5%</li> <li>m. Buka bak instrument, siapkan betadin dan larutan NaCl pada kom, siapkan plester</li> <li>n. Kenakan sarung tangan steril</li> <li>o. Infeksi luka, perhatikan kondisinya, letak drain, integritas jahitan dan drainase serta palpasi luka (kalau perlu)</li> <li>p. Bersihkan luka dengan NaCL dan betadin dengan menggunakan pinset. Gunakan satu kasa untuk sekali usapan. Bersihkan dari area yang kurang terkontaminasi. Gunakan dalam tekanan progresif menjauh dari insisi/tepi luka</li> <li>q. Gunakan kasa baru untuk mengeringkan luka, usap dengan cara seperti pada langkah 17</li> <li>r. Melepaskan jahitan satu persatu selang seling dengan cara : menjepit simpul jahitan dengan pinset sirurgis dan ditarik sedikit keatas kemudian menggunting benang tepat dibawah simpul yang berdekatan dengan kulit/pada sisi lain yang tidak ada simpulnya.</li> <li>s. Olesi luka dengan betadin</li> <li>t. Menutup luka dengan kasa steril dan diplester</li> </ul>				
--	---	--	--	--	--

	u. Merapikan pasien				
	v. Membersihkan alat-alat dan mengembalikan tempatnya				
	w. Melepaskan sarung tangan				
	x. Cuci tangan				

## DAFTAR PUSTAKA

- AHRQ Quality Indicators.(2018).Guide to patient safety indicators.Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality, March 2017 Version 3.1 Retrieved on March 12, 2018, from:<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>
- Andarmoyo, Sulistyono. 2019. Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Asri Hidayat, dan Muftilah. 2018. *Catatan Kuliah Konsep Kebidanan Plus Materi Bidan Delima*. Yogyakarta: Mitra Cendekia Press
- Australian Institute of Health and Welfare.(2020).Towards national indicators of safety and quality in health care.©Australian Institute of Health and Welfare, PO Box 570 Canberra ACT2601, Phone: (02) 6244 1058, E-mail:Earl.Dudley@aihw.gov.au
- Bakken, S., Cooka, S.S., Curtis, L., Desjardins, K., Hyuna, S., Jenkins, M. et al.(2021). Promoting patient safety through informatics-based nursing education. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 581-589
- Bloom, B. S. (2021). Cost of treating arthritis and NSAID-related gastrointestinal side-effects. *Aliment Pharmacol Therapy*, 1(2), 131-138
- Carstens, D. S.(2020).Patient safety technology gap: Minimizing errors in healthcare through technology innovation, systemic, cybernetics, and informatics. Vol 3(3)
- Chang, A., Schyve, P. M., Croteau, R. J., O'leary, D. S., & Loeb, J. M. (2022). The JCAHO patient safety event taxonomy: A standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *International Journal for Quality in Health Care*, ©International Society for Quality in Health Care and Oxford University Press
- Cunningham, F.G. 2021. *Obstetri Williams* (Ed.22). Jakarta: EGC
- Direktorat Keperawatan dan Keteknikan Medis, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Depkes RI ( 2020 ). *Standar Pelayanan Perawat di ICU*. Jakarta: Depkes
- Elder, N. C., & Dovey, S. M. (2019). Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature. *The Journal of Family Practice*, 51(1)
- Gallagher, T.H., Waterman, A.D., & Ebers, A.G. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *Journal of the American Medical*

- Association,289. Retrieved on November 16,2008,from:<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/289/8/1001>
- Institute Of Medicine.(2019).To err ishuman: Building a safer healthsystem.Copyright by the NationalAcademy of Sciences
- Kozier, B., Erb., & Oliver, R. (2017),Fundamental of nurshing; consept, process and practice, (fourth Edition) California : Addison-Wesley Publishing CO.
- Kreimer, S. (2019).10 best practices forpatient safety.AMN Healthcare, Inc.
- Lohr, K. (2020). Medicare: Astrategy forquality assurance(Vol.1),report of astudy. Washington DC: NationalAcademy Press
- Muttaqin, A.(2022). Pengkajian Keperawatan: Aplikasi PadaPraktik Klinik. Jakarta: Salemba Medika
- Myles. 2021. Text Book for Midwifery
- Potter, P.A, Perry, A.G. (2018). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, Dan Praktik.Edisi 4. Volume 1. Alih Bahasa: Yasmin Asih, dkk. Jakarta : EGC
- PP IBI. 2016. 50 Tahun Ikatan Bidan Indonesia. Jakarta: IBI
- Rowell, P. (2019).Professional nursingassociation’s role in patient safety.Online Journal of Issues in Nursing,8(3)
- Roy,V., Gupta, P., & Srivastava, S. (2017).Medicatuon errors;Causes &prevention.Health Administrator19(1),60-64
- Sudarti. 2022. Buku Ajar: Dokumentasi Kebidanan. Jakarta: Nuha Medika
- Tarwoto & Wartonah. (2022). Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan. Edisi Ke -3. Jakarta: Salemba Medika
- Thomas, E. J.,Studdert, D. M., &Newhouse, P.(2021).Costs ofmedical injuries in Utah andColorado.Inquiry,36,255-264
- The American Organizations of NursesExecutive.(2022).Role of thenurseexecutive in patient safety; Guidingprinciples.Publisher Juli 2022
- Varney, H. 2008. Buku Ajar: Asuhan Kebidanan Ed. 4 Vol 1. Jakarta: EGC
- WHO Collaborating Centre.(2018).Patientsafety solutions preamble.WHOPublisher
- Winkjosastro, H. 2017. Ilmu Kebidanan. Jakarta: YBP-SP
- Wunderlick,G., Sloan, F. & Davis, C.(2016).Nursing staff in hospitals andnursing homes:Is itadequate?.Washington DC: Institute of Medicine

## JADWAL PRAKTIKUM

**JADWAL KULIAH SEMESTER GENAP  
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS dr. SOEBANDI  
TAHUN AKADEMIK 2024/2025**

Semester 2 di Kelas (7 Pekan Pertama)

Semester 2 di Kelas/Laboratorium (7 Pekan Kedua)

Hari	Jam (WIB)	Waktu	Mata Kuliah	Kelas	Hari	Jam (WIB)	Waktu	Mata Kuliah	Kelas/Lab
Senin	08.00 - 09.40	100 menit	Biologi Reproduksi	Luring	Senin	08.00 - 09.40	100 menit	Biologi Reproduksi	Lab. Dasar
	09.40 - 12.10	150 menit	Biologi Reproduksi	Luring		09.40 - 12.10	150 menit	Biologi Reproduksi	Lab. Dasar
	12.30 - 14.10	100 menit	Kewargangaraan	Luring		12.30 - 14.10	100 menit	Kewargangaraan	Ruang Kelas
Selasa	08.00 - 09.40	100 menit	Fisika Kesehatan dan Biokimia	Luring	Selasa	08.00 - 09.40	100 menit	Fisika Kesehatan dan Biokimia	Lab. Farmasi
	09.40 - 12.10	150 menit	Fisika Kesehatan dan Biokimia	Luring		09.40 - 12.10	150 menit	Fisika Kesehatan dan Biokimia	Lab. Farmasi
	12.30 - 14.10	100 menit				12.30 - 14.10	100 menit		
Rabu	08.00 - 09.40	100 menit	Kebutuhan Dasar Manusia	Luring	Rabu	08.00 - 09.40	100 menit	Kebutuhan Dasar Manusia	Lab. Dasar
	09.40 - 11.20	150 menit	Kebutuhan Dasar Manusia	Luring		09.40 - 11.20	150 menit	Kebutuhan Dasar Manusia	Lab. Dasar
	12.30 - 14.10	100 menit	Bahasa Inggris	Luring		12.30 - 14.10	100 menit	Bahasa Inggris	Ruang Kelas
Kamis	08.00 - 09.40	100 menit	KDPK	Luring	Kamis	08.00 - 09.40	100 menit	KDPK	Lab. Dasar
	09.40 - 11.20	100 menit	KDPK	Luring		09.40 - 11.20	100 menit	KDPK	Lab. Dasar
	12.30 - 14.10	100 menit	KDPK	Luring		12.30 - 14.10	100 menit	KDPK	Lab. Dasar
Jumat	08.00 - 09.40	100 menit	Mikrobiologi dan Parasitologi	Luring	Jumat	08.00 - 09.40	100 menit	Mikrobiologi dan Parasitologi	Lab. Farmasi
	09.40 - 12.10	150 menit	Mikrobiologi dan Parasitologi	Luring		09.40 - 12.10	150 menit	Mikrobiologi dan Parasitologi	Lab. Farmasi
	12.30 - 14.10	100 menit				12.30 - 14.10	100 menit		
	14.10 - 15.50	100 menit				14.10 - 15.50	100 menit		