

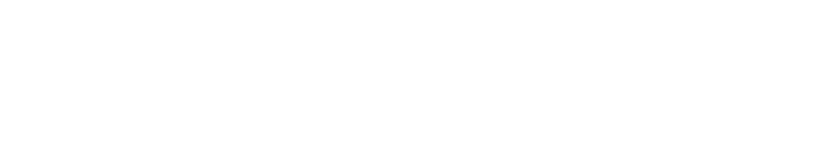


**MODUL PEMBELAJARAN KEBUTUHAN FISIOLOGIS DASAR MANUSIA**



# Semester GENAP TA 2020/2021

**PENYUSUN**



Dzakiyatul Fahmi Mumtaz, S.Kep., Ns., M.Kep

NAMA : ……………..………………….……..

NIM : ……………..…………………..……..

# PROGRAM STUDI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI

# PROGRAM SARJANA TERAPAN

# FAKULTAS ILMU KESEHATAN

**UNIVERSITAS ‘ASIYIYAH**

**YOGYAKARTA 2021**

## HALAMAN PENGESAHAN

**MODUL PEMBELAJARAN KEBUTUHAN FISIOLOGIS DASAR MANUSIA**

**SEMESTER GENAP TA 2020/2021**



**Modul Pembelajaran Mata Kuliah Kebutuhan Fisiologis Dasar Manusia ini digunakan sebagai Panduan dalam Pelaksanaan praktikum pada Semester II TA 2020/2021**

**Program Studi Keperawatan Anestesiologi Program Sarjana Terapan**

**Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta**

**YOGYAKARTA, 25 Januari 2021**

**DISETUJUI OLEH, DISUSUN OLEH**

dr. Joko Murdiyanto, Sp.An., MPH Dzakiyatul Fahmi M, S,Kep., Ns., M.Kep

## KATA PENGANTAR

*Bismillahirrahmaanirrahim*

*Assalaamu’alaikum warahmatullahi wabarakaatuh*

Alhamdulillahirobbil ‗alaamiin segala puji syukur bagi Allah atas segala nikmat yang selalu dilimpahkan kepada hamba-hambaNya. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurah kepada Rasulullah Muhammad SAW, keluarga, para sahabat dan pengikut beliau yang istiqomah sampai akhir nanti, Aamiin

Modul Pembelajaran Mata Kuliah Kebutuhan Fisiologis Dasar Manusia (KFDM) ini disusun sebagai acuan proses pembelajaran praktikum MK Kebutuhan Fisiologis Dasar Manusia di Prodi Keperawatan Anestesiologi. Dalam buku panduan ini dijelaskan mengenai berbagai prosedur keterampilan yang dibutuhkan untuk pemenuhan kebutuhan dasar manusia dan digunakan oleh mahasiswa di semester II.

Kami menyadari masih terdapat kekurangan dalam buku ini, untuk itu kritik dan saran terhadap penyempurnaan buku ini sangat diharapkan. Semoga buku ini dapat memberi maanfaat bagi mahasiswa Prodi Keperawatan Anestesiologi khususnya dan bagi semua pihak yang membutuhkan.

Terimakasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku panduan ini. Semoga buku panduan ini dapat meningkatkan kualitas proses pembelajaran Mata Kuliah KFDM serta dapat mendukung tercapainya kompetensi dasar penata anestesi.

Wassalamu‘alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Yogyakarta, 25 Januari 2021

Penulis



**DAFTAR ISI**

HALAMAN JUDUL ..........................................................................................................i

HALAMAN PENGESAHAN ............................................................................................ii

KATA PENGANTAR ........................................................................................................iii

DAFTAR ISI.......................................................................................................................iv

VISI DAN MISI..................................................................................................................vii

## BAB I. PENDAHULUAN................................................................................................ 1

1. Informasi Mata Ajar
2. Deskripsi Pembelajaran
3. Capaian Pembelajaran
4. Bahan Kajian
5. Topic Tree (Bahan Kajian)
6. Evaluasi dan Penilaian
7. Tata Tertib
8. Tim Pengajar

## BAB II. MATERI PRAKTIKUM

1. **KETERAMPILAN 1 HEAD TO TOE TERBATAS 6**
   1. PENGERTIAN
   2. TUJUAN
   3. PROSEDUR PELAKSANAAN
2. **KETERAMPILAN 2 PEMERIKSAAN FISIK THORAX 6**

PROSEDUR PELAKSANAAN

1. **KETERAMPILAN 3 PEMERIKSAAN FISIK ABDOMEN 6**

PROSEDUR PELAKSANAAN

1. **KETERAMPILAN 4 UNIVERSAL PRECAUTION14**
   1. PENGERTIAN
   2. TUJUAN
   3. PERSIAPAN
   4. PROSEDUR PELAKSANAAN

## KETERAMPILAN 5 PENGUKURAN TANDA VITAL (TTV) 26

* 1. PENGERTIAN
  2. TUJUAN
  3. KEBIJAKAN/INDIKASI/KONTRA INDIKASI
  4. PERSIAPAN
  5. PROSEDUR PELAKSANAAN

## KETERAMPILAN 6 PENGENALAN ALAT OKSIGENASI 35

* 1. PENGERTIAN
  2. TUJUAN
  3. KEBIJAKAN/INDIKASI/KONTRA INDIKASI
  4. PERSIAPAN
  5. PROSEDUR PELAKSANAAN

## KETERAMPILAN 7 TRANSPORTASI PASIEN 45

* 1. PENGERTIAN
  2. TUJUAN
  3. PROSEDUR PELAKSANAAN

## KETERAMPILAN 8 PENGATURAN POSISI (*POSITIONING*) 50

* 1. PENGERTIAN
  2. PROSEDUR PELAKSANAAN

## KETERAMPILAN 9 FISIOTERAPI DADA DAN BATUK EFEKTIF 67

* 1. PENGERTIAN
  2. TUJUAN
  3. KEBIJAKAN/INDIKASI/KONTRA INDIKASI
  4. PERSIAPAN
  5. PROSEDUR PELAKSANAAN

## KETERAMPILAN 10 *ORAL HYGIENE* 67

* 1. PENGERTIAN
  2. TUJUAN
  3. KEBIJAKAN/INDIKASI/KONTRA INDIKASI
  4. PERSIAPAN
  5. PROSEDUR PELAKSANAAN

## KETERAMPILAN 11 PENGKAJIAN LUKA & TANDA INFLAMASI 78

* 1. PENGERTIAN
  2. TUJUAN
  3. PROSEDUR PELAKSANAAN

## KETERAMPILAN 12 PENGKAJIAN NYERI 78

* 1. PENGERTIAN
  2. TUJUAN
  3. PROSEDUR PELAKSANAAN

## KETERAMPILAN 13 *RANGE OF MOTION* (ROM) AKTIF & PASIF 91

* 1. PENGERTIAN
  2. TUJUAN
  3. KEBIJAKAN/INDIKASI/KONTRA INDIKASI
  4. PERSIAPAN
  5. PROSEDUR PELAKSANAAN

## DAFTAR PUSTAKA (DAFTAR RUJUKAN)......................................................................9

**VISI DAN MISI**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI**

**PROGRAM SARJANA TERAPAN**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

**UNIVERSITAS ‘AISYIYAH YOGYAKARTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. VISI | : | Menjadi Program Studi Keperawatan Anestesiologi Program Sarjana Terapan, pilihan dan unggul dalam penerapan kesehatan bencana berdasarkan nilai–nilai Islam Berkemajuan Pada Tahun 2035 di Tingkat Nasional. |
| 1. MISI | : | 1. Mengutamakan pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat dalam bidang Kesehatan masyarakat demi kebaikan masyarakat. 2. Memberikan dukungan ilmu Program Studi Keperawatan Anestesiologi Program Sarjana Terapan pada kebijakan, tata kelola dan pelayanan Kesehatan pada AUM/A bidang kesehatan masyarakat. 3. Mengembangkan kebijakan public bidang Kesehatan bagi komunitas Muhammadiyah/’Aisyiyah 4. Mengembangkan kompetensi tenaga pengajar dan sumber daya manusia lainnya di bidang Kesehatan. |
| 1. TUJUAN | : | 1. Menghasilkan lulusan berakhlak mulia, menguasai ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang keperawatan anestesi, unggul dalam penerapan Kesehatan bencana, professional, berjiwa entrepreneur dan menjadi kekuatan penggerak (*driving force*) dalam memajukan kehidupan bangsa. 2. Menghasilkan karya-karya ilmiah di bidang keperawatan anestesiologi yang menjadi rujukan dalam pemecahan masalah. 3. Menghasilkan karya inovatif dan aplikatif di bidang keperawatan anestesiologi yang berkontribusi pada pemberdayaan dan pencerahan. 4. Menghasilkan tata kelola Program Studi keperawatan Anestesiologi Program Sarjana Terapan yang baik, amanah dan berkelanjutan. 5. Menghasilkan jejaring institusi baik di dalam maupun diluar negeri yang mendukung peningkatan Program Studi Keperawatan Anestesiologi Program Sarjana Terapan. |

## BAB I

## PENDAHULUAN

1. **INFORMASI MATA AJAR**

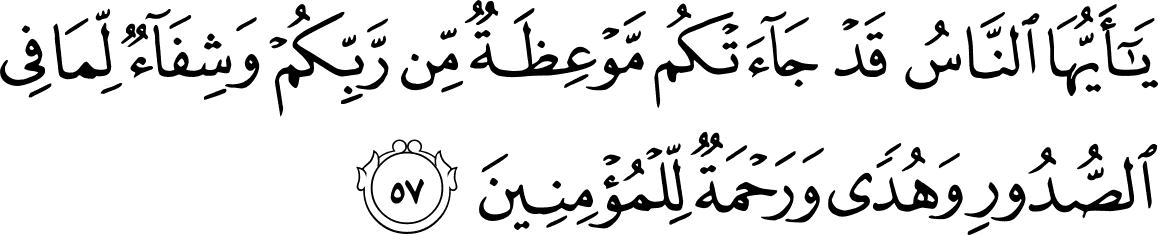
Kebutuhan Fisiologis Dasar Manusia merupakan salah satu mata kuliah dasar di Program Studi Keperawatan Anestesiologi. Mata Kuliah ini membahas konsep dasar kebutuhan dasar kebutuhan manusia dalam konteks sehat sakit, baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial kultural, dan spiritual sebagai dasar mahasiswa untuk mengembangkan konsep kesehatan dengan mengkaji pola-pola kesehatan manusia.

Setelah mengikuti perkuliahan kebutuhan fisiologis dasar manusia, mahasiswa diharapkan mampu mengetahui, memahami, menguasai dan mengimplementasikan teori, konsep dan prinsip dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia baik fisik, psikologis, sosial budaya dan spiritual yang diperlukan dalam praktek asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan dan memodifikasi sesuai dengan perkembangan ilmu dan pengetahuan terkini.

Praktikum adalah cara penyampaian bahan ajar dengan memberikan kesempatan berlatih kepada mahasiswa untuk meningkatkan keterampilan sebagai penerapan pengetahuan yang telah mereka pelajari sebelumnya mencapai tujuan pengajaran. Selain itu mahasiswa dibekali kemampuan analisis masalah berdasarkan *critical thinking* dan kemampuan komunikasi terapeutik serta sikap *caring* ada klien pada saat melakukan interaksi dalam asuhan keperawatan anestesiologi.

Beberapa firman Allah sebagai rujukan dalam melakukan asuhan keperawatan anestesiologi:

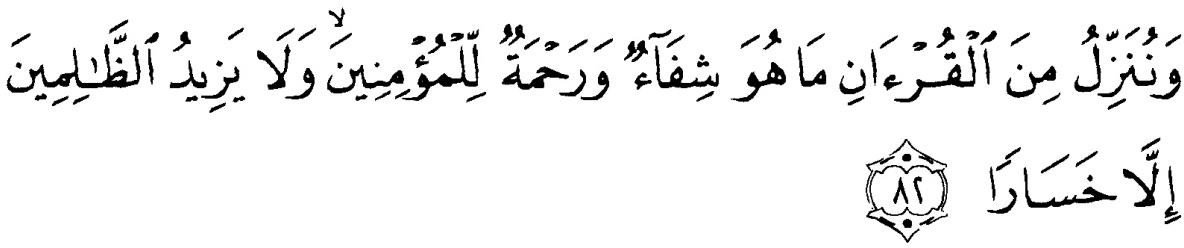
Al Qur‘an Surat Yunus ayat 57



Artinya:

*Hai manusia, sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh bagi penyakit-penyakit (yang berada) dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman.* (QS. Yunus: 57)

Al Qur‘an Surat Al-Isra‘ ayat 82



Artinya:

*“Dan Kami turunkan dari Al Quran suatu yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang-orang yang beriman dan Al Quran itu tidaklah menambah kepada orang-orang yang zalim selain kerugian”*

## DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Metode yang digunakan dalam praktikum ini adalah demonstrasi dan re-demonstrasi. Adapun tujuan penggunaan metode demonstrasi ini adalah mengajarkan proses atau prosedur kepada mahasiswa serta membuat informasi menjadi lebih konkrit. Di akhir demonstrasi yang dilakukan dosen pengampu, diharapkan mahasiswa mengulang prosedur/*skill* secara mandiri (re-demostrasi).

## CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH

## Mahasiswa mampu menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral dan etika, menguasai konsep teoritis dasar keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia , komunikasi efektif, serta pendidikan kesehatan secara logis, kritis dan sesuai dengan standar kompetensi kerja di bidang keperawatan anestesi.

## (S1, S2, S14, S16, PP12, KK5, KK6, KU11, KU12)

## BAHAN KAJIAN

## Head to toe terbatas

## Pemeriksaan fisik thorax

## Pemeriksaan fisik abdomen

## Universal Precaution Bersih

## Universal Precaution Steril

## Pengukuran TTV

## Pengenalan Alat Oksigenasi

## Transportasi Pasien

## Pengaturan Posisi

## Fisioterapi dada dan Batuk Efektif

## Oral Hygiene

## Pengkajian Luka dan Tanda Inflamasi

## Pengkajian Nyeri

## ROM Aktif dan Pasif

## TOPIC TREE (BAHAN KAJIAN)

## EVALUASI DAN PENILAIAN

Evaluasi dalam perkuliahan teori dilakukan pada Ujian Tengah Semester (UTS) dan Ujian Akhir Semester (UAS). Penilaian akhir UTS sebesar 20% dan penilaian akhir UAS sebesar 20%. Terdapat penugasan terstruktur dengan bobot sebesar 20%. Evaluasi dalam perkuliahan praktikum dilakukan dengan Ujian Praktikum dengan bobot sebesar 40%.

## TATA TERTIB

Tata tertib selama melaksanakan praktikum adalah sebagai berikut:

* 1. Praktikum wajib diikuti semua mahasiswa dengan syarat:
     1. Terdaftar sebagai mahasiswa Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta Prodi Keperawatan Anestesiologi Program Sarjana Terapan pada semester yang bersangkutan.
     2. Membawa buku petunjuk praktikum dan alat tulis.
     3. Berpakaian seragam sesuai dengan ketentuan.
     4. Wajib menggunakan jas laboratorium dan menggunakan sepatu tertutup.
  2. Hadir 15 menit sebelum praktikum dimulai. Bila terlambat lebih dari 15 menit tanpa alasan yang dapat diterima, maka dosen pengampu dapat menolak praktikan untuk mengikuti praktikum.
  3. Praktikum dilakukan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Setiap mahasiswa wajib mengikuti 100% kehadiran dari jumlah praktikum yang dilaksanakan dalam satu semester. Kehadiran praktikum 100% sebagai syarat mahasiswa untuk dapat mengikuti evaluasi.
  4. Selama praktikum berlangsung diwajibkan:
     1. Memelihara dan menjaga segala fasilitas peralatan yang ada di laboratorium
     2. Memelihara suasana yang nyaman dan tenang dengan tidak:
        1. Makan, minum, atau mengotori ruangan
        2. Bersuara keras atau gaduh
        3. Hilir mudik yang tidak perlu
        4. Bertindak atau berbicara yang tidak ada hubungannya dengan kegiatan praktikum yang sedang dijalani.
     3. Menciptakan suasana ilmiah dengan:
        1. Bertanya kepada dosen pengampu bila ada suatu masalah yang tidak dimengerti, berkenaan dengan praktikum yang sedang dijalankan.
        2. Mencatat hal-hal yang baru ditemui atau perlu dicatat untuk dipelajari sebagai bahan referensi praktikum yang sedang dijalaninya.
        3. Berusaha semaksimal mungkin utnuk mendapatkan hal-hal yang perlu bagi penunjang teori.
     4. Mencatat data-data praktikum dari hasil praktikum sendiri.
  5. Praktikum yang melakukan pengrusakan atau menghilangkan alat-alat praktikum selama praktikum berlangsung wajib mengganti dengan alat-alat yang sama sebelum melanjutkan praktikum berikutnya.
  6. Pada saat praktikum, praktikan diminta untuk tidak membawa barang-barang berharga.
  7. Mahasiswa yang diperkenankan mengikuti ujian praktikum adalah mahasiswa yang telah menyelesaikan praktikum seluruhnya dan telah menyelesaikan segala masalah, baik administrasi laboratorium, pengulangan dan tugas-tugas lain.
  8. Semua hal yang belum diatur dalam tata tertib ini akan diatur kemudian.

## TIM PENGAJAR

Tim pengajar dalam mata kuliah ini adalah sebagai berikut:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nama Dosen** | **No. HP/Telepon** |
| Dzakiyatul Fahmi Mumtaz, S.Kep., Ns., M.Kep | 085647103003 |
| Vita Purnamasari, S.Kep., Ns., M.Kep | 085743207300 |
| Astika Nur Rohmah, S.Kep., Ns, M.Biomed | 085729960052 |
| Ratih Kusuma Dewi, S.Kep., Ns., M.Biomed | 085641779145 |
| Heri Puspito, S.Kep., Ns., M.KM | 085743939582 |
| Nia Handayani, S.Tr.Kep., M.KM | 082133055176 |

## BAB II

## MATERI PRAKTIKUM

1. **KOMPETENSI DASAR**
   1. **Kompetensi Umum**

Setelah melaksanakan proses pembelajaran ini mahasiswa mampu melakukan proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan fisiologis dasar manusia, meliputi:

* + 1. Mengidentifikasi masalah/kebutuhan pasien
    2. Menegakkan masalah/diagnosis keperawatan pada ranah keperawatan anestesiologi
    3. Menentukan rencana tindakan berdasarkan masalah pasien
    4. Melakukan implementasi tindakan keperawatan dasar dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia pada ranah keperawatan anestesiologi
    5. Melakukan terminasi, evaluasi serta dokumentasi

## Kompetensi Khusus

Target keterampilan dalam mata kuliah kebutuhan fisiologis dasar manusia yang diharapkan diperoleh mahasiswa selama melaksanakan proses praktikum adalah:

## Head to toe terbatas

## Pemeriksaan fisik thorax

## Pemeriksaan fisik abdomen

## *Universal Precaution* Bersih

## *Universal Precaution* Steril

## Pengukuran TTV

## Pengenalan Alat Oksigenasi

## Transportasi Pasien

## Pengaturan Posisi

## Fisioterapi dada dan Batuk Efektif

## *Oral Hygiene*

## Pengkajian Luka dan Tanda Inflamasi

## Pengkajian Nyeri

## ROM Aktif dan Pasif

## MATERI

**KETERAMPILAN 1**

***HEAD TO TOE* TERBATAS**

## PENGERTIAN

Pemeriksaan fisik *Head to toe* adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan professional secara menyeluruh untuk melihat dan mendengar maupun merasakan kondisi badan klien. Pemeriksaan Fisik merupakan salah satu metode atau strategi yang dapat digunakan tenaga kesehatan untuk memperoleh data tentang status kesehatan klien. Pemeriksaan fisik digunakan untuk mendapatkan data objektif dari riwayat keperawatan klien. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan bersamaan dengan wawancara. Fokus pengkajian fisik adalah pada kemampuan fungsional klien.

Misalnya, klien mengalami gangguan sistem muskuloskeletal, maka penata anestesi mengkaji sejauh mana gangguan tersebut mempengaruhi klien dalam melaksanakan kegiatan fungsional sehari-hari. Pemeriksaan fisik *Head to Toe* terbatas akan menghilangkan pemeriksaan thorax dan abdomen yang akan dijelaskan di pertemuan selanjutnya.

Teknik dasar dalam pemeriksaan fisik yaitu:

## Inspeksi

Adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara melihat ( observasi) bagian tubuh yang diperiks. Teknik ini menggunakan penglihatan, penciuman dan pendengaran untuk mengetahui kondisi normal atau adanya deviasi dari bagian tubuh yang diperiksa. Metode ini adalah langkah pertama dalam pemeriksaan fisik. Dalam pengkajian fisik, lakukan pemeriksaan dengan melihat penampilan umum. Perhatikan penampilan umum, setelah penampiilan ini lanjutkan pemeriksaan dengan pengkajian yang sistematis selanjutnya. Cahaya yang adekuat diperlukan agar perawat dapat membedakan warna, bentuk dan kebersihan tubuh klien. Fokus inspeksi pada setiap bagian tubuh meliputi : ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi, simetris. Dan perlu dibandingkan hasil normal dan abnormal bagian tubuh satu dengan bagian tubuh lainnya. Contoh : mata kuning (ikterus), terdapat struma di leher, kulit kebiruan (sianosis), dan lain-lain.

## Palpasi

Palpasi adalah suatu teknik pemeriksaan untuk ‗merasakan‘ dengan menggunakan indera peraba. Tangan dan jari-jari adalah instrumen yang sensitif digunakan untuk

mengumpulkan data, misalnya tentang : temperatur, turgor, bentuk, kelembaban, vibrasi, ukuran.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jenis Palpasi** | | |
| ***Jenis*** | ***Tujuan*** | ***Teknik*** |
| Palpasi Ringan | Digunakan untuk ada tidaknya abnomalitas permukaan (contoh, tekstur, suhu, kelembaban, elastisitas, pulsasi,  organ-oran superfisial, dll) | Tekan kulit ½ hingga ¾ inci dengan ujung jari |
| Palpasi Dalam | Digunakan untuk meraba organ dalam dan masa untuk melihat ukuran, bentuk, simetris atau mobiltasnya | Tekan kulit sedalam 1½ hingga 2 inci dengan tekanan yang mantap.  Mungkin diperlukan juga tangan  lainnya untuk membantu penekanan |
| Palpasi Bimanual | Digunakan untuk mengkaji organ dalam | Gunakan dua tangan, satu tangan pada |
| (gunakan teknik ini | di rongga abdomen. | sisi masing-masing bagian tubuh atau |
| dengan hati-hati karena |  | organ yang diperiksa |
| mungkin akan |  | Tangan yang di bagian atas digunakan |
| merangsang nyeri atau |  | untuk memberikan tekanan ketika |
| mengganggu organ |  | tangan yang di bawah digunakan |
| internal tubuh) |  | untuk memeriksa jaringan yang dalam |
|  |  | Gunakan satu tangan untuk menekan |
|  |  | secara dalam dinding perut abdominal |
|  |  | untuk menggerakkan jaringan dalam |
|  |  | arah tangan yang lainnya, dan |
|  |  | gunakan tangan tersebut untuk |
|  |  | merasakan jaringan yang diperiksa |

## Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan dengan jalan mengetuk bagian permukaan tubuh tertentu untuk membandingkan dengan bagian tubuh lainnya (kiri kanan) dengan tujuan menghasilkan suara.

Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan berdasarkan variasi suara sesuai dengan ketebalan atau isi jaringan di bawahnya. Perawat menggunakan kedua tangannya sebagai alat untuk menghasilkan suara.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TEKNIK PERKUSI** | | |
| ***JENIS PERKUSI*** | ***TUJUAN*** | ***TEKNIK PEMERIKSAAN*** |
| Perkusi Secara Langsung | Untuk memeriksa nyeri tekan atau nyeri | Secara langsung lakukan ketukan ke bagian tubuh yang dicurigai dengan satu  atau dua jari secara lembut |
| Perkusi Tidak Langsung | Digunakan untuk memeriksa suara di dada atau abdomen; timpani, resonans, hiperresonan, pekak, suara datar. | Letakkan jari tengah di bagian tubuh yang diperiksa  Kemudian dengan jaringan yang lain ketuk jari yang menempel di tubuh (gunakan tangan yang dominan ini). Tekuk pergelangan tangan. Dengarkan suara yang dihasilakan oleh ketukan jari (dilakukan dengan menggerakan pergelangan tangan secara cepat seperti  saat melakukan suntikan IM) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SUARA PERKUSI** | | | |
| ***Jenis*** | ***Penyebab*** | ***Suara*** | ***Contoh*** |
| Timpani | Udara di bawah jaringan | Seperti suara  gendang | Udara di lambung yang kembung, atau udara di  saluran usus |
| Resonan | Sebagian seperti campuran air  dan jaringan padat | Hollow | Suara normal paru |
| Hiperresonan | Bagian udara lebih banyak | Booming | Paru yang mengalami emfisema |
| Dullness | Jaringan padat | Suara pekak | Hati, limpa, jantung |

## Auskultasi

Adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Hal-hal yang didengarkan adalah : bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus. Ketika melakukan auskultasi terhadap pasien, evaluasi frekuensi, intensitas, durasi, dan kualitas suara. Auskultasi menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop yang berfungsi menghantarkan, mengumpulkan, dan memilih frekwensi suara.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Penggunaan Stetoskop Sisi Diafragma dan Bell** | | |
|  | ***Tujuan*** | ***Teknik*** |
| Diafragma | Untuk mendeteksi suara yang tinggi (seperti suara napas, jantung  normal dan suara usus) | Tempelkan dan tekan secara mantap di bagian tubuh yang  diperiksa |
| Bell | Mendengarkan suara yang rendah  (contoh suara abnormal jantung dan ‗bruits‘) | Letakkan bagian bell di atas bagian tubuh secara halus |

|  |  |
| --- | --- |
| **Auskultasi Saluran Pernafasan** | |
| ***Suara*** | ***Penyebab*** |
| Wheezing (‗mengi‘) | Konstriksi (penyempitan) pada bronkhiali di paru-paru |
| Snoring (‗ngorok‘) | Sumbatan sebagian saluran napas atas oleh lidah di dekat faring |
| Crackles (‗kumur‘) | Adanya cairan di saluran napas atas |
| Crowing or Stridor  (suaran kasar dan jelas) | Adanya penyumpatan di saluran napas atas di dekat laring  Partial obstruction of the upper airway at the level of the larynx |

## TUJUAN PEMERIKSAAN FISIK

* 1. Memperoleh data tentang status kesehatan klien
  2. Mengidentifikasi masalah klien untuk menegakan diagnosa dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan.
  3. Membuat penilaian klinik terkait dengan perubahan status kesehatan klien

## PERSIAPAN ALAT

## Alat

## Meteran, Penlight, Stetoskop, Tensimeter/Spighmomanometer, thermometer, arloji/stopwatch, hammer, otoskop, hanscoen bersih (jika perlu) tisu, buku catatan.

## Lingkungan

## Pastikan ruangan dalam keadaan nyaman, cukup penerangan dan menjaga privasi klien. Bantu klien untuk mengenakan baju periksa dan anjurkan klien untuk rileks.

## PROSEDUR PELAKSANAAN

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Pemeriksaan | Prosedur Pelaksanaan | Nilai | | |
| 0 | 1 | 2 |
| 1 | kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut dan leher | PEMERIKSAAN KEPALA  **Inspeksi**: ukuran lingkar kepala, bentuk, kesimetrisan kepala, adanya lesi atau tidak, kebersihan rambut dan kulit kepala, warna, rambut, jumlah dan distribusi rambut.  *Normal: simetris, bersih, tidak ada lesi, tidak menunjukkan tanda-tanda kekurangan gizi (rambut jagung dan kering)*  **Palpasi**: adanya pembengkakan/penonjolan, dan tekstur rambut.  *Normal: tidak ada penonjolan /pembengkakan, rambut lebat dan kuat/tidak rapuh.*  Setelah diadakan pemeriksaan kepala evaluasi hasil yang di dapat dengan membandingkan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan yang didapat.  PEMERIKSAAN WAJAH  **Inspeksi**: warna kulit, pigmentasi, bentuk, dan kesimetrisan. *Normal: warna sama dengan bagian tubuh lain, tidak pucat/ikterik, simetris.*  **Palpasi**: nyeri tekan dahi, dan edema, pipi, dan rahang  *Normal: tidak ada nyeri tekan dan edema.* Setelah diadakan pemeriksaan wajah evaluasi hasil yang di dapat dengan membandikan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan yang didapat tersebut.  PEMERIKSAAN MATA  **Inspeksi:**  bentuk, kesimestrisan, alis mata, bulu mata, kelopak mata, kesimestrisan, bola mata, warna konjunctiva dan sclera (anemis/ikterik), penggunaan kacamata / lensa kontak, dan respon terhadap cahaya.  *Normal: simetris mata kika, simetris bola mata kika, warna konjungtiva pink, dan sclera berwarna putih.*  **Tes Ketajaman Penglihatan menggunakan Snellen chart.**  1. Memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud tujuan pemeriksaan.  2. Meminta pasien duduk menghadap kartu Snellen dengan jarak 6 meter.  3. Memberikan penjelasan apa yang harus dilakukan (pasien diminta mengucapkan apa yang akan ditunjuk di kartu Snellen) dengan menutup salah satu mata dengan tangannya tanpa ditekan (mata kiri ditutup dulu).  4. Pemeriksaan dilakukan dengan meminta pasien menyebutkan simbol di kartu Snellen dari kiri ke kanan, atas ke bawah.  5. Jika pasien tidak bisa melihat satu simbol maka diulangi lagi dari barisan atas. Jika tetap maka nilai visus oculi dextra = barisan atas/6.  6. Jika pasien dari awal tidak dapat membaca simbol di Snellen chart maka pasien diminta untuk membaca hitungan jari dimulai jarak 1 meter kemudian mundur. Nilai visus oculi dextra = jarak pasien masih bisa membaca hitungan/60.  7. Jika pasien juga tidak bisa membaca hitungan jari maka pasien diminta untuk melihat adanya gerakan tangan pemeriksa pada jarak 1 meter (Nilai visus oculi dextranya 1/300).  8. Jika pasien juga tetap tidak bisa melihat adanya gerakan tangan, maka pasien diminta untuk menunjukkan ada atau tidaknya sinar dan arah sinar (Nilai visus oculi dextra 1/tidak hingga). Pada keadaan tidak mengetahui cahaya nilai visus oculi dextranya nol.  9. Pemeriksaan dilanjutkan dengan menilai visus oculi sinistra dengan cara yang sama.  10. Melaporkan hasil visus oculi sinistra dan dextra. (Pada pasien vos/vodnya “x/y” artinya mata kanan pasien dapat melihat sejauh x meter, sedangkan orang normal dapat melihat sejauh y meter).  **Pemeriksaan pergeraka bola mata dilakukan dengan cara Cover-Uncover Test / Tes Tutup-Buka Mata**  1. Minta pasien untuk selalu melihat dan memperhatikan titik fiksasi, jika objek jauh kurang jelas, maka gunakan kacamata koreksinya.  2. Pemeriksa menempatkan dirinya di depan pasien sedemikian  rupa, sehingga apabila terjadi gerakan dari mata yang barusa saja ditutup dapat di lihat dengan jelas atau di deteksi dengan jelas.  3. Perhatian dan konsentrasi pemeriksa selalu pada mata yang ditutup.  4. Sewaktu tutup di buka, bila terlihat adanya gerakan dari luar (temporal) kearah dalam (nasal) pada mata yang baru saja di tutup, berarti terdapat kelainan **EXOPHORIA.** Exophoria dinyatakan dengan inisial = **X** (gambar D)  5. Sewaktu tutup di buka, bila terlihat adanya gerakan dari dalam (nasal) luar ke arah (temporal) pada mata yang baru saja di tutup, berarti terdapat kelainan **ESOPHORIA.**Esophoria dinyatakan dengan inisial = **E** (gambar C)  6. Sewaktu tutup di buka, bila terlihat adanya gerakan dari atas (superior) kearah bawah (inferior)) pada mata yang baru saja di tutup, berarti terdapat kelainan **HYPERPHORIA.** Hyperphoria dinyatakan dengan inisial = **X** (gambar E)  7. Sewaktu tutup di buka, bila terlihat adanya gerakan dari bawah (inferior) kearah atas (superior) pada mata yang baru saja di tutup, berarti terdapat kelainan **HYPOPHORIA.** Hypophoria dinyatakan dengan inisial = **X** (gambar F)  8. Untuk mendeteksi Heterophoria yang kecil, seringkali kita tidak dapat mengenali adanya suatu gerakan, seolah kondisi mata tetap di tempat. Untuk itu metode ini sering kita ikuti dengan metode tutup mata bergantian (Alternating Cover Test).  9. Setelah diadakan pemeriksaan mata evaluasi hasil yang di dapat dengan membandikan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan yang didapat tersebut.  PEMERIKSAAN TELINGA  **a. Inspeksi**: bentuk dan ukuran telinga, kesimetrisan, integritas, posisi telinga, warna, liang telinga (cerumen/tanda-tanda infeksi), alat bantu dengar.  *Normal: bentuk dan posisi simetris kika, integritas kulit bagus, warna sama dengan kulit lain, tidak ada tanda-tanda infeksi, dan alat bantu dengar.*  **b. Palpas**i: nyeri tekan aurikuler, mastoid, dan tragus  *Normal: tidak ada nyeri tekan.* Setelah diadakan pemeriksaan telinga evaluasi hasil yang di dapat dengan membandikan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan yang didapat tersebut.  **Pemeriksaaan Telinga Dengan Menggunakan Garpu Tala**  1. Pemeriksaan Rinne  a. Pegang agrpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari tangan yang berlawanan.  b. Letakkan tangkai garpu tala pada prosesus mastoideus klien.  c. Anjurkan klien untuk memberi tahu pemeriksa jika Ia tidak merasakan getaran lagi.  d. Angkat garpu tala dan dengan cepat tempatkan di depan lubang telinga klien 1-2 cm dengan posisi garpu tala parallel terhadap lubang telinga luar klien.  e. Instruksikan klien untuk member tahu apakah Ia masih mendengarkan suara atau tidak.  f. Catat hasil pemeriksaan pendengaran tersebut.  2. Pemeriksaan Webber  a. Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari yang berlawanan.  b. Letakkan tangkai garpu tala di tengah puncak kepala klien.  c. Tanyakan pada klien apakah bunyi terdengar sama jelas pada kedua telinga atau lebih jelas pada salah satu telinga.  d. Catat hasil pemeriksaan dengan pendengaran tersebut  PEMERIKSAAN HIDUNG DAN SINUS  **Inspeksi**  : hidung eksternal (bentuk, ukuran, warna, kesimetrisan), rongga, hidung ( lesi, sekret, sumbatan, pendarahan), hidung internal (kemerahan, lesi, tanda2 infeksi)  *Normal: simetris kika, warna sama dengan warna kulit lain, tidak ada lesi, tidak ada sumbatan, perdarahan dan tanda-tanda infeksi.*  **Palpasi  dan Perkusi**frontalis dan, maksilaris  (bengkak, nyeri, dan septum deviasi).  *Normal: tidak ada bengkak dan nyeri tekan.*  setelah diadakan pemeriksaan hidung dan sinus evaluasi hasil yang di dapat dengan membandikan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan yang didapat tersebut.  PEMERIKSAAN MULUT DAN BIBIR  **Inspeksi dan palpasi struktur luar**: warna mukosa mulut dan bibir, tekstur, lesi, dan stomatitis.  *Normal: warna mukosa mulut dan bibir pink, lembab, tidak ada lesi dan stomatitis*  **Inspeksi dan palpasi strukur dalam**: gigi lengkap/penggunaan gigi palsu, perdarahan/ radang gusi, kesimetrisan, warna, posisi lidah, dan keadaan langit2.  *Normal:* *gigi lengkap, tidak ada tanda-tanda gigi berlobang atau kerusakan gigi, tidak ada perdarahan atau radang gusi, lidah simetris, warna pink, langit2 utuh dan tidak ada tanda infeksi.*  PEMERIKSAAN LEHER  **Inspeksi leher:** warna integritas, bentuk simetris.  *Normal: warna sama dengan kulit lain, integritas kulit baik, bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjer gondok.*  **Inspeksi dan auskultasi arteri karotis:** lokasi pulsasi  *Normal:* *arteri karotis terdengar.*  **Inspeksi dan palpasi kelenjer tiroid** (nodus/difus, pembesaran,batas, konsistensi, nyeri, gerakan/perlengketan pada kulit), kelenjer limfe (letak, konsistensi, nyeri, pembesaran), kelenjer parotis (letak, terlihat/ teraba)  *Normal: tidak teraba pembesaran kel.gondok, tidak ada nyeri, tidak ada  pembesaran kel.limfe, tidak ada nyeri.*  **Auskultasi :**bising pembuluh darah.  Setelah diadakan pemeriksaan leher evaluasi hasil yang di dapat dengan membandikan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan yang didapat tersebut. |  |  |  |
|  | Ekstremitas atas (bahu, siku, tangan) | * **Inspeksi struktur muskuloskletal :**simetris dan pergerakan, Integritas ROM, kekuatan dan tonus otot. * *Normal: simetris kika, integritas kulit baik, ROM aktif, kekuatan otot penuh.* * **Palapasi:** denyutan a.brachialis dan a. radialis .   *Normal: teraba jelas*  **Tes reflex**: tendon trisep, bisep, dan brachioradialis.  *Normal: reflek bisep dan trisep positif*  Setelah diadakan pemeriksaan ekstermitas atas evaluasi hasil yang di dapat dengan membandikan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan yang didapat tersebut. |  |  |  |
|  | Ekstremitas bawah (panggul, lutut, pergelangan kaki dan telapak kaki) | * STRUKTUR MUSKULUSKELETAL * **Inspeksi struktur muskuloskletal :**simetris dan pergerakan, integritas kulit, posisi dan letak, ROM, kekuatan dan tonus otot   *Normal****:****simetris kika, integritas kulit baik, ROM aktif, kekuatan otot penuh*   * **Palpasi**: a. femoralis, a. poplitea, a. dorsalis pedis: denyutan   *Normal: teraba jelas*   * **Tes reflex**:tendon patella dan archilles.   *Normal: reflex patella dan archiles positif*   * Setelah diadakan pemeriksaan ekstermitas bawah evaluasi hasil yang di dapat dengan membandingkan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan yang didapat tersebut.   PANGGUL DAN LUTUT  Inspeksi dan palpasi masing masing lutut, termasuk   * Area kantung supratelar * Rongga pada masing masing sisi patela * Patela   PERGELANGAN KAKI DAN TELAPAK KAKI  **Inspeksi** sendi pergelangan kaki.  **Palpasi** setiap sendi.  **Raba** sepanjang tendon Achilles.  **Pencet** masing masing kaki bawah, sehingga menekan sendi metatar sofalangeus; kemudian hallus valgus, corns, calluses. Nyeri sendi pada artritis dan kondisi lain.  Palpasi setiap sendi antara ibu jari dan jari Anda.  **Kaji** batas gerak.   * Dorsofleksi dan plantarfleksikan kaki terhadap pergelangannya (sendi tibiotalar). * Stabilkan pergelangan kaki dengan satu tangan dan putar ke dalam dan ke luar tumit (sendi subtalar). |  |  |  |
|  | Genitalia (genital, anus, rectum) | 1. **Wanita:**   **Inspeksi genitalia eksternal**: mukosa kulit, integritas kulit, contour simetris, edema, pengeluaran.  *Normal: bersih, mukosa lembab, integritas kulit baik, semetris tidak ada edema dan tanda-tanda infeksi (pengeluaran pus /bau)*  **Inspeksi vagina dan servik** : integritas kulit, massa, pengeluaran  **Palpasi vagina, uterus dan ovarium**: letak ukuran, konsistensi dan,  massa  **Pemeriksaan anus dan rectum**: feses, nyeri, massa edema, haemoroid, fistula ani pengeluaran dan perdarahan.  *Normal: tidak ada nyeri, tidak terdapat edema /  hemoroid/ polip/ tanda-tanda infeksi dan pendarahan.*  Setelah diadakan pemeriksaan di adakan pemeriksaan genitalia evaluasi hasil yang di dapat dengan membandikan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan yang didapat tersebut.  **Pria:**  **Inspeksi dan palpasi penis:**Integritas kulit, massa dan pengeluaran  *Normal: integritas kulit baik, tidak ada masa atau pembengkakan, tidak ada pengeluaran pus atau darah*  **Inspeksi dan palpassi skrotum:** integritas kulit, ukuran dan bentuk, turunan testes dan mobilitas, massa, nyeri dan tonjolan  **Pemeriksaan anus dan rectum :**feses, nyeri, massa, edema, hemoroid, fistula ani, pengeluaran dan perdarahan.  *Normal:  tidak ada nyeri , tidak terdapat edema /  hemoroid/ polip/ tanda-tanda infeksi dan pendarahan.*  Setelah diadakan pemeriksaan dadadan genitalia wanita evaluasi hasil yang di dapat dengan membandikan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan yang didapat tersebut. |  |  |  |

**KETERAMPILAN 2**

**PEMERIKSAAN FISIK THORAX**

1. **Sistem Respirasi**

**Tujuan :**

1. Mengetahui bentuk, kesimetrisan, ekspansi, keadaan kulit, dan dinding dada
2. Mengetahui frekuensi, sifat, irama pernafasan,
3. Mengetahui adanya nyeri tekan, masa, peradangan, traktil premitus

**Posisi klien:** berdiri, duduk dan berbaring

**Persiapan alat :**

1. Stetoskop
2. Penggaris (dalam satuan sentimeter)
3. Pensil penanda

**Prosedur Pelaksanaan:**

**Inspeksi** : kesimetrisan, bentuk/postur  dada, gerakan nafas (frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya  pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), warna kulit, lesi, edema, pembengkakan/ penonjolan.

*Normal: simetris, bentuk dan postur normal, tidak ada tanda-tanda distress pernapasan, warna kulit sama dengan warna kulit lain, tidak ikterik/sianosis, tidak ada pembengkakan/penonjolan/edema*

**Palpasi**: Simetris, pergerakan dada, massa dan lesi, nyeri, tractile fremitus.

(perawat berdiri dibelakang pasien, instruksikan pasien untuk mengucapkan angka “tujuh-tujuh” atau “enam-enam” sambil melakukan perabaan dengan kedua telapak tangan pada punggung pasien.)

*Normal: integritas kulit baik, tidak ada nyeri tekan/massa/tanda-tanda peradangan, ekspansi simetris, taktil vremitus cendrung sebelah kanan lebih teraba jelas.*

**Perkusi**: paru, eksrusi diafragma (konsistensi dan bandingkan satu sisi dengan satu sisi lain pada tinggi yang sama dengan pola berjenjang sisi ke sisi)

*Normal: resonan (“dug dug dug”), jika bagian padat lebih daripada bagian udara=pekak (“bleg bleg bleg”), jika bagian udara lebih besar dari bagian padat=hiperesonan (“deng deng deng”), batas jantung=bunyi rensonan----hilang>>redup.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SUARA PERKUSI Paru** | | | |
| ***Jenis*** | ***Penyebab*** | ***Suara*** | ***Contoh*** |
| Resonan | Sebagian seperti campuran air  dan jaringan padat | Hollow | Suara normal paru |
| Hiperresonan | Bagian udara lebih banyak | Booming | Paru yang mengalami emfisema |
| Dullness | Jaringan padat | Suara pekak | Hati, limpa, jantung |

**Auskultasi**: suara nafas, trachea, bronchus, paru. (dengarkan dengan menggunakan stetoskop di lapang paru kika, di RIC 1 dan 2, di atas manubrium dan di atas trachea)

*Normal: bunyi napas vesikuler, bronchovesikuler, brochial, tracheal.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Auskultasi Saluran Pernafasan Abnormal** | |
| ***Suara*** | ***Penyebab*** |
| Wheezing (‗mengi‘) | Konstriksi (penyempitan) pada bronkhiali di paru-paru |
| Snoring (‗ngorok‘) | Sumbatan sebagian saluran napas atas oleh lidah di dekat faring |
| Crackles (‗kumur‘) | Adanya cairan di saluran napas atas |
| Crowing or Stridor  (suaran kasar dan jelas) | Adanya penyumpatan di saluran napas atas di dekat laring  Partial obstruction of the upper airway at the level of the larynx |

Setelah diadakan pemeriksaan dada evaluasi hasil yang di dapat dengan membandikan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan yang didapat tersebut.

1. **Sistem Kardiovaskuler**

**Tujuan :** a)    Mengetahui ketifdak normalan denyut jantung

      b)     Mengetahui ukuran dan bentuk jantug secara kasar

      c)     Mengetahui bunyi jantung normal dan abnormal

     d)     Mendeteksi gangguan kardiovaskuler

**Persiapan alat :** a)     Stetoskop

    b)     Senter kecil

**Prosedur pelaksanaan**

**Inspeksi :**Muka bibir, konjungtiva, vena jugularis, arteri karotis

**Palpasi:**denyutan

*Normal untuk inspeksi dan palpasi: denyutan aorta teraba.*

**Perkusi:** ukuran, bentuk, dan batas jantung (lakukan dari arah samping ke tengah dada, dan dari atas ke bawah sampai bunyi redup)

*Normal: batas jantung: tidak lebih dari 4,7,10 cm ke arah kiri dari garis mid sterna, pada RIC 4,5,dan 8.*

**Auskultasi:** bunyi jantung, arteri karotis. (gunakan bagian diafragma dan bell dari stetoskop untuk mendengarkan bunyi jantung.

*Normal: terdengar bunyi jantung I/S1 (lub) dan bunyi jantung II/S2 (dub), tidak ada bunyi jantung tambahan (S3 atau S4).*

Setelah diadakan pemeriksaan system kardiovaskuler evaluasi hasil yang di dapat dengan membandikan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil  pemeriksaan yang didapat tersebut.

1. **Mamae**

**Tujuan :** a)     Mengetahui adanya masa atau ketidak teraturan dalam jaringan payudara

     b)     Mendeteksi awal adanya kanker payudara

**Persiapan alat** :   Sarung tangan sekali pakai (jika diperlukan)

**Prosedur pelaksanaan**

* **Inspeksi payudara**: Integritas kulit
* **Palpasi payudara**: Bentuk, simetris, ukuran mamae, aerola, putting, dan penyebaran vena
* **Inspeksi dan palpasi aksila:**nyeri, perbesaran nodus limfe, konsistensi.

Setelah diadakan pemeriksaan dadadan aksila evaluasi hasil yang di dapat dengan membandikan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan yang didapat tersebut.

**KETERAMPILAN 3**

**PEMERIKSAAN FISIK ABDOMEN**

**Posisi klien:** Berbaring

**Tujuan :** a)     Mengetahui betuk dan gerakan-gerakan perut

     b)     Mendengarkan suara peristaltic usus

     c)     Meneliti tempat nyeri tekan, organ-organ dalam rongga perut benjolan dalam perut.

**Persiapan :** a)     Posisi klien: Berbaring

    b)     Stetoskop

    c)      Penggaris kecil

     d)     Pensil gambar

    e)     Bntal kecil

    f)      Pita pengukur

**Prosedur pelaksanaan**

* **Inspeksi** : kuadran dan simetris, contour, warna kulit, lesi, scar, ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus,  dan gerakan dinding perut.

*Normal: simetris kika, warna dengan warna kulit lain, tidak ikterik tidak terdapat ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus.*

* **Auskultasi** : suara peristaltik (bising usus) di semua kuadran (bagian diafragma dari stetoskop) dan suara pembuluh darah dan friction rub :aorta, a.renalis, a. illiaka (bagian bell).

*Normal:  suara peristaltic terdengar setiap 5-20x/dtk, terdengar denyutan arteri renalis, arteri iliaka dan aorta.*

* **Perkusi semua kuadran**: mulai dari kuadran kanan atas bergerak searah jarum jam, perhatikan jika klien merasa nyeri dan bagaiman kualitas bunyinya.
* **Perkusi hepar**: Batas hepar
* **Perkusi Limfa**: ukuran dan batas limfa
* **Perkusi ginjal**: rasa nyeri

*Normal: timpani, bila hepar dan limfa membesar=redup dan apabila banyak cairan =* *hipertimpani*

* **Palpasi semua kuadran**(hepar, limfa, ginjal kiri dan kanan): massa, karakteristik organ, adanya asistes, nyeri irregular, lokasi, dan nyeri.dengan cara perawat menghangatkan tangan terlebih dahulu

*Normal: tidak teraba penonjolan tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa dan penumpukan cairan*

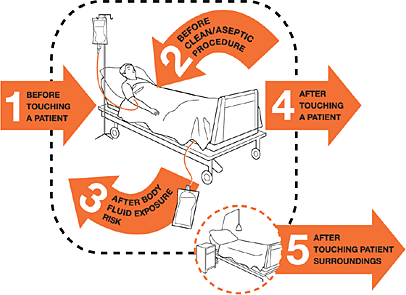
Setelah diadakan pemeriksaan abdomen evaluasi hasil yang di dapat dengan membandikan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan yang didapat tersebut.

**KETERAMPILAN 4**

***UNIVERSAL PRECAUTION* (UP)**

1. **PENGERTIAN**

***Universal Precaution*** adalah tindakan pencegahan universal**,** dalam rangka perlindungan, pencegahan dan memperkecil infeksi silang antara petugas kesehatan-pasien. Prinsip *Universal Precaution* (UP) adalah darah dan seluruh jenis cairan tubuh, secret, kulit yang mengalami perlukaan dan selaput lendiri pasien dianggap sebagai sumber potensial untuk penularan infeksi. UP meliputi : mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, menggunakan sarung tangan (*Handscoen)* pada pemeriksaan yang terkait dengan cairan tubuh dan darah, menggunakan pelindung seperti masker, gaun/apron (*gown*), pelindung mata dan pelindung wajah (*google*) untuk melindungi membran mukosa mulut, hidung dan mata selama tindakan diperlukan.



Gambar: *Five moments* mencuci tangan



1. **TUJUAN**
2. Untuk mengendalikan infeksi secara konsisten
3. Untuk memastikan standar adekuat bagi pasien yang tidak berisiko terkena penyakit menular
4. Untuk mengurangi risiko bagi petugas Kesehatan dan pasien
5. Untuk mencegah infeksi nosokomial
6. **PERSIAPAN**
7. *Hand wash*
8. *Hand rub*/sikat
9. *Handscoen* bersih dan steril
10. Tisu
11. Tempat sampah medis
12. Tromol berisi handuk steril
13. *Gown (regular gown dan surgery gown*)
14. Masker
15. Pelindung mata
16. *Google* (pelindung wajah)
17. **PROSEDUR PELAKSANAAN**

Ket: Penilaian

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten

2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

1. **Teknik Bersih**
2. **Cuci tangan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **ASPEK YANG DINILAI** | **NILAI** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| **A.** | **Menyiapkan Alat dan Diri perawat** |  |  |  |
| 1 | 1. Menyiapkan diri perawat: kuku pendek, tanpa aksesoris tangan |  |  |  |
| 2 | 2. Menyiapkan alat: towel tissu, sabun *hand hygiene/handsrub* |  |  |  |
| **B** | **Prosedur *handrub*** |  |  |  |
| 1 | 1. Menuangkan handrub sejumlah cekungan telapak tangan |  |  |  |
| 2 | 2. Menggosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan  kanan dan sebaliknya. |  |  |  |
| 3 | 3. Menggosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari. |  |  |  |
| 4 | 4. Mengaitkan kedua tangan, menggosok dorsum phalank |  |  |  |
| 5 | 5. Menggosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam genggaman  tangan kanan dan sebaliknya |  |  |  |
| 6 | 6. Menggosok ujung jari dan kuku pada tangan kanan, dan sebaliknya |  |  |  |
| 7 | 7. Waktu melakukan handrub 20-30 detik |  |  |  |
| **C** | **Prosedur Handwash** |  |  |  |
| 1 | 1. Membasahi tangan dengan air mengalir dan usapkan sabun pada kedua telapak tangan hingga merata |  |  |  |
| 2 | 2. Menggosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan  kanan dan sebaliknya. |  |  |  |
| 3 | 3. Menggosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari. |  |  |  |
| 4 | 4. Mengaitkan kedua tangan, menggosok dorsum phalank |  |  |  |
| 5 | 5. Menggosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam genggaman tangan kanan dan sebaliknya |  |  |  |
| 6 | 6. Menggosok ujung jari dan kuku pada tangan kanan, dan sebaliknya |  |  |  |
| 7 | 7. Waktu melakukan handwash 40-60 detik |  |  |  |

1. **Masker/respirator**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Prosedur** | **Nilai** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| MASKER | | | | |
| 1 | Letakkan masker menutupi hidung, mulut dan dagu |  |  |  |
| 2 | Eratkan pengait pembatas hidung mengikuti lekuk batang hidung secara erat |  |  |  |
| 3 | Tali dengan erat di belakang kepala |  |  |  |
| 4 | Memastikan bahwa masker sudah menutup dengan sempurna |  |  |  |
| RESPIRATOR | | | | |
| 1 | Pilih respirator dan pastikan dalam keadaan baik |  |  |  |
| 2 | Letakkan menutupi hidung dan mulut |  |  |  |
| 3 | Eratkan pembatas hidung mengikuti lekuk batang hidung |  |  |  |
| 4 | Pasang dengan erat tali ke belakang kepala |  |  |  |
| 5 | Memastikan respirator terpasang dengan baik |  |  |  |
| 6 | Mengecek bahwa sudah terpasang dengan baik, maka saat kita melakukan inspirasi respirator seharusnya akan kolaps. Lakukan ekspirasi dan cek ada kebocoran aliran udara |  |  |  |

1. **Gaun/apron (*gown*)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Prosedur** | **Nilai** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| 1 | Pilih tipe dan ukuran yang sesuai |  |  |  |
| 2 | Letakkan bagian yang terbuka di belakang badan |  |  |  |
| 3 | Pastikan daerah leher dan pergelangan tangan terlindung dengan baik |  |  |  |
| 4 | Jika gaun terlalu kecil, kenakan 2 gaun: gaun yang pertama ditali didepan dan gaun yang ke-2 ditali di belakang |  |  |  |

1. **Sarung tangan (*handscoen*) bersih**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Prosedur** | **Nilai** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| 1 | Sarung tangan merupakan **prosedur paling akhir** yang dilakukan saat menggunakan **Alat Pelindung Diri (APD)** |  |  |  |
| 2 | Pilih jenis dan ukuran yang sesuai |  |  |  |
| 3 | Masukkan tangan ke dalam sarung tangan |  |  |  |
| 4 | Rapikan sarung tangan hingga menutupi lengan *gown* |  |  |  |

1. **Teknik Steril**
2. **Cuci tangan steril**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **ASPEK YANG DINILAI** | **NILAI** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| **A.** | **Menyiapkan Alat dan Diri perawat** |  |  |  |
| 1 | 1. Menyiapkan diri perawat: kuku pendek, tanpa aksesoris tangan |  |  |  |
| 2 | 2. Menyiapkan alat: towel tissu, sabun *hand hygiene* |  |  |  |
| **B.** | **Prosedur Hand washing dengan teknik steril** |  |  |  |
| 1 | 1. Menyiapkan alat dan bahan 2. Memeriksa kembali bak cuci tangan dengan handle kran putar/geser dan air bersih yang mengalir, handuk steril pada tromol steril, tempat sampah medis, tempat sampah non medis, sabun cair biasa/batangan, sabun antiseptik cair/batangan, keranjang kain kotor, sikat steril siap pakai. 3. Memastikan aliran kran air pada kran putar dengan cara membuka/ memutar kran secara perlahan-lahan dengan semua ujung jari tangan dominan memegang handle kran putar ke arah kiri sampai melihat adanya air bersih yang mengalir dengan lancar kemudian menutup kran dengan memutar kran ke arah kanan. · Memastikan   aliran kran air pada kran geser dengan cara membuka / menggeser ujung handle kran geser ke arah kanan / luar dengan menggunakan siku tangan dominan berada pada ujung handle kran sebelah kiri / dalam secara perlahan-lahan sampai melihat adanya air bersih yang mengalir dengan lancar kemudian menutup kran dengan menggeser ujung handle kran ke arah dalam / kiri.   1. Menempatkan diri berdiri tegak didepan wastafel dengan jarak kurang lebih 15 cm dari bibir wastafel. 2. Membuka kran    1. Apabila menggunakan handle kran putar membuka kran air dengan semua ujung jari tangan dominan dengan cara memutar kran ke arah kiri atau berlawanan arah dengan jarum jam secara perlahan sehingga air bersih cukup mengalir keluar untuk membasahi kedua tangan.    2. Apabila menggunakan handle kran geser: Membuka kran dengan meletakkan siku tangan dominan ke ujung sisi dalam (kiri) handle kran air kemudian menggesernya kearah luar siku (kanan) tangan dominan tersebut secara perlahan sehingga air bersih cukup mengalir keluar untuk membasahi kedua tangan. 3. Membasahi kedua tangan   Membasahi bagian lengan bawah tangan dominan di bawah air   * 1. bersih yang mengalir pada kran dan lengan bawah tangan dominan secara perlahan-lahan diangkat ke atas sampai 90˚ sehingga air mengalir membasahi ujung tangan sampai siku (siku tangan berada di dalam wastafel) secara berulang-ulang sehingga seluruh sisi ujung tangan sampai siku basah oleh air.   2. Lakukan juga langkah tersebut untuk lengan bawah pada tangan non dominan. d. Menyabuni tangan dan lengan sampai ke siku  1. Mengambil sabun 2. Apabila menggunakan sabun cair antiseptik dengan cara meletakkan tangan dominan di bawah tube botol sabun cair untuk menampung sabun dan menekan tube botol sabun cair antiseptik dengan tangan non dominan sebanyak 2 ml (1-2 kali tekan). B) 3. Meratakan sabun pada kedua telapak tangan dan menggosok-gosok sebanyak 10 kali dalam 10-15 detik hingga berbusa 4. Apabila menggunakan sabun antiseptik batangan dengan cara mengambil sabun yang sudah siap digunakan dari tempatnya dengan menggunakan tangan dominan, kemudian basahi sabun dibawah air bersih yang mengalir dan digosok-gosok pada kedua telapak tangan sebanyak ± 5 kali   (sampai berbusa)   1. Simpan sabun pada tempatnya kembali (usahakan sabun tidak membawa air dengan cara ditiriskan terlebih dahulu) 2. Meratakan sabun.    1. Meratakan sabun antiseptik dengan tangan dominan yang penuh busa sabun pada siku,lengan sampai pergelangan tangan non dominan, serta punggung tangan,sela-sela jari sampai ujung jari tangan non dominan    2. Meratakan juga busa sabun antiseptik yang ada pada telapak tangan non dominan ke siku, lengan sampai pergelangan tangan dominan, serta punggung tangan, sela-sela jari sampai ujung jari tangan dominan    3. Mengoleskan sabun pada punggung sikat 3. Mengambil sikat pada tempatnya menggunakan tangan dominan kemudian tengadahkan bulu-bulu sikat kearah atas dibawah tube botol sabun cair dengan tangan non dominan menekan tube botal sabun sebanyak 2 kali.   (Apabila menggunakan sabun antiseptik batangan ambil sabun pada tempatnya menggunakan tangan non dominan kemudian gosokan sabun sebanyak 2 kali diatas punggung bulu-bulu sikat)   1. Menyikat tangan dengan sikat.    1. Menyikat siku,lengan sampai pergelangan tangan non dominan dengan cara tangan dominan mengambil sikat steril siap pakai, kemudian mulai menyikat siku,lengan dan pergelangan secara searah dari siku ke pergelangan tangan melalui sisi-sisi lengan sebayak 5 kali selama 10-15 detik.    2. Membilas sikat, dengan cara pegang punggung sikat dengan kelima ujung jari tangan dominan bilas dibawah air yang mengalir kemudian ditiriskan sebentar (tetap di atas wastafel   ±15cm)   * 1. Menyikat telapak tangan,garis-garis tangan, dan sela-sela jari bagian dalam telapak tangan dengan cara pertama menyikat dari pangkal telapak ibu jari tangan non dominan kearah ujung ibu jari secara searah sebanyak 5 kali, kemudian dilanjutkan menyikat telapak tangan dan empat jari tangan dengan cara yang sama juga sebanyak 5 kali, langkah ketiga barulah menyikat garis-garis tangan dengan cara searah mengikuti arah garis tangan sebanyak 5 kali (semuanya dilakukan dalam waktu 10-15 detik)   2. Membilas sikat, dengan cara pegang punggung sikat dengan kelima ujung jari tangan dominan bilas dibawah air yang mengalir kemudian ditiriskan sebentar (tetap di atas wastafel   ±15cm)  Menyikat punggung tangan dan sela-sela jari tangan non dominan dengan cara menyikat punggung tangan dimulai.  dari pergelangan tangan dan empat punggung jari tangan non dominan secara searah dari pergelangan tangan ke ujung jari sebanyak 5 kali (posisi jari-jari sedikit merenggang), dilanjutkan dari pergelengan tangan ke arah ujung ibu jari juga disikat secara searah sebanyak 5 kali, semua dilakukan dalam waktu 10-15 detik.   1. Membilas sikat, dengan cara pegang punggung sikat dengan kelima ujung jari tangan non dominan bilas dibawah air yang mengalir kemudian ditiriskan sebentar (tetap di atas wastafel   ±15cm)   1. Menyikat ujung kuku tangan non dominan dengan cara empat ujung kuku tangan non dominan sejajar dan merapat kemudian disikat secara searah dari ujung kuku jari telunjuk tangan non dominan kearah kelingking sebanyak 5 kali selama 5-10 detik. Dilanjutkan menyikat ujung kuku ibu jari dengan cara menyikat dariarah kiri kekanan senanyak 5 kali selama 5-10 detik. 2. Membilas sikat, dengan cara pegang punggung sikat dengan kelima ujung jari tangan dominan bilas dibawah air yang mengalir kemudian ditiriskan sebentar (tetap di atas wastafel   ±15cm)   1. Menyikat telapak tangan dan garis-garis tangan non dominan dengan cara menyikat telapak jari-jari tangan dimulai dari ujung tangan dengan disikat dari telapak jari telunjuk ke arah kelingking,dilanjutkan bagian bawahnya (menuju ke telapak tangan) menyikat dengan cara yang sama sampai pada batas pergelangan tangan. 2. Menyikat tangan dominan dengan langkah-langkah yang sama seperti tangan non dominan. · Membuang sikat yang sudah dipakai pada tempat sampah medis dengan jarak   ±30cm dari atautempat sampah g. Mencuci tangan selama 10 menit 1) g. G.   1. Mengambil sabun    1. Apabila menggunakan sabun cair dengan cara meletakkan tangan dominan di bawah tube botol sabun cair untuk menampung sabun dan menekan tube botol sabun cair biasa dengan tangan non dominan sebanyak 3 ml (2-3 kali tekan).    2. Meratakan sabun pada kedua telapak tangan dan menggosok-gosok sebanyak 10 kali dalam 10-15 detik hingga berbusa.    3. Apabila menggunakan sabun batangan dengan cara mengambil sabun yang sudah siap digunakan dari tempatnya dengan menggunakan tangan dominan, kemudian basahi sabun dibawah air bersih yang mengalir dan digosok-gosok   pada kedua telapak tangan sebanyak ± 5 kali (sampai berbusa). Lalu simpan sabun pada tempatnya kembali (usahakan sabun tidak membawa air dengan cara ditiriskan terlebih dahulu)   1. Membersihkan siku sampai pergelangan tangan non dominan dengan cara telapak tangan dominan memegang siku tangan non dominan kemudian menggosok-gosok secara memutar (kearah kiri dan kekanan) sampai pergelangan tangan non dominan sebanyak 5kali selama 5-10 detik, lakukan hal yang sama pada pergelangan tangan dominan. 3) Membersihkan kedua telapak tangan dan sela-sela jari 2. Membersihkan telapak tangan dengan menyatukan kedua telapak tangan dan kedua telapak tangan saling menggosok-gosok sebanyak 10 kali dalam 10-15 detik. 3. Membersihkan sela-sela jari-jari dengan cara kedua telapak tangan menyatu dan jari-jari tangan meregang kemudian kedua jari-jari tangan saling masuk ke sela-sela jari (telapak tangan tetap menyatu) kemudian gosok-gosok sebanyak 10 kali dalam 10-15 detik. 4) Membersihkan punggung tangan dan sela-sela jari 4. Membersihkan punggung tangan non dominan dengan cara telapak tangan dominan menempel pada punggung tangan non dominan kemudian menggosok-gosok punggung tangan non dominan sebanyak 10 kali dalam 10-15 detik 5. Membersihkan sela-sela jari punggung tangan non dominan dengan cara meregangkan jari-jari tangan non dominan dan punggung tangan dominan masih menempel pada telapak tangan dominan, kemudian jari-jari tangan dominan berada di sela-sela jari tangan non dominan dan lakukan gerakan menggosok dengan arah keatas dan kebawah. · Lakukan hal yang sama pada punggung tangan dominan. 6. Membersihkan persendian jari tangan non dominan dengan cara menekuk tangan non dominan dan menempelkan telapak tangan dominan kemudian menggosok punggung tangan non dominan dengan menggerakkan telapak tangan dominan di batas pergelangan tangan lalu turun ke punggung jari tangan dominan sampai kuku secara bolak-balik dilakukan sebanyak 10 kali dalam 10-15 detik, lakukan hal yang sama pada persendian jari tangan dominan. 7. Membersihkan ibu jari tangan non dominan dan area sekitarnya dengan cara menggenggam ibu jari tangan non dominan dengan tangan dominan dan tangan dominan menggosok memutar mengelilingi ibu jari tangan non dominan sebanyak 10 kali dalam 10-15 detik, lakukan secara bergantian pada ibu jari tangan dominan. 8. Membersihkan ujung jari dan garis-garis tangan Membersihkan garis-garis tangan dengan cara ujung jari-jari tangan dominan di kuncupkan lalu ditempelkan pada telapak tangan non dominan, kemudian ujung jari tangan dominan tersebut menggosok secara searah garis tangan non dominan. 9. Membersihkan ujung jari beserta ujung kuku dengan cara merapatkan ke empat jari-jari tangan non dominan kemudian menempelkan pada telapak tangan dominan lalu menggosok-gosok secara searah (dari atas / dekat ibu jari tangan dominan ke bawah / arah kelingking tangan dominan) 10. Membersihkan ujung ibu jari tangan non dominan dengan cara menempelkan pada telapak tangan dominan lalu menggosok-gosok secara searah (dari atas / dekat ibu jari tangan dominan ke bawah/kearah kelingking tangan dominan) 11. Melakukan semua langkah di atas sebanyak 10 kali dalam 10-15 detik, dan melakukan secara bergantian pada ujung jari tangan dominan dan garis tangan dominan. 12. Membilas kedua tangan di bawah air mengalir dengan cara telapak tangan saling menggosok-gosok dibawah air yang mengalir kemudian menegakkan kedua lengan tangan bagian bawah sampai siku membentuk sudut 90 sehingga ujung jari tangan sampai siku dan semua sisi telapak tangan serta sisi-sisi lengan bawah terbilas oleh air (siku berada didalam atas wastafel). Dapat dilakukan secara berulang sampai busa sabun hilang dan tangan terasa tidak licin. 13. Menutup keran menggunkan tissue:     1. Apabila menggunakan handle kran putar : Mengambil tissue secukupnya ± 2 sheet dan membersihkan kedua telapak tangan terlebih dahulu (apabila telapak tangan masih basah maka dapat mengambil kembali tissue), kemudian mengambil tissue lalu menempelkan tissue pada handle kran putar dengan seluruh ujung jari tangan dominan berada diatas handle kran putar yang sudah di alasi tissue kemudian memutar kran ke arah kanan atau searah dengan jarum jam. Kemudian tissue dibuang pada tempat sampah non medis dengan cara menjatuhkan tissue tepat di atas tempat sampah dengan jarak ±1m.     2. Apabila menggunakan handle kran geser: Menutup kran dengan meletakkan siku tangan dominan ke ujung handle kran air kemudian menggesernya kearah dalam siku tangan dominan tersebut.   v. Mengeringkan tangan menggunakan handuk steril Ambil handuk steril pada tempatnya, gunakan handuk untuk mengeringkan satu tangan secara menyeluruh,gerakkan dari jari ke siku. Keringkan dengan gerakkan melingkar. Ulangi metode pengeringan untuk  tangan yang lain, gunakan area handuk yang lain atau handuk  steril baru.  Menengadahkan tangan kearah atas . Pertahankan tangan lebih tinggi dari siku dan sejauh ±15cm dari tubuh anda dengan menegadahkan tangan kearah atas atau dengan kedua tangan bersatu. Tangan siap melakukan tindakan selanjutnya. |  |  |  |

1. **Masker, Pelindung mata dan pelindung wajah (*google*)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Prosedur** | **Nilai** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| 1 | Meletakkan masker menutupi hidung, mulut dan dagu. Mengeratkan kawat pelindung ke lekuk batang hidung. Ditalikan di belakang kepala. Memastikan masker sudah menutupi dengan sempurna |  |  |  |
| 2 | Memakai pelindung mata |  |  |  |
| 3 | Memakai pelindung wajah (*google*) |  |  |  |
| 4 | Memastikan semuanya sempurna, baru menggunakan *gown* |  |  |  |

1. ***surgery gown***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Prosedur** | **Nilai** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| 1 | Dengan 1 tangan mengambil jubah operasi dan hanya menyentuh bagian paling luar *gown* |  |  |  |
| 2 | Memegang *gown* dan pastikan tidak menyentuh tubuh dan benda lain yang tidak steril |  |  |  |
| 3 | Masukkan kedua lengan pada lengan *gown* |  |  |  |
| 4 | (dengan bantuan asisten) ujung jari tidak menyentuh bagian luar ujung *gown* |  |  |  |
| 5 | (asisten akan membantu merapikan *gown*). Perhatikan bahwa asisten hanya boleh menyentuh permukaan bagian dalam *gown* |  |  |  |

1. **Sarung tangan (*handscoen*) steril**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Prosedur** | **Nilai** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| 1 | Buka bagian dalam *package* yang berisi *handscoen* dan ambil salah satu dengan tangan tertutup gown, jika sudah cuci tangan steril, maka ambil sarung tangan pertama hanya dengan menyentuh bagian luar lipatan yang akan menjadi bagian daalam setelah dipakai |  |  |  |
| 2 | Masukkan tangan tanpa menyentuh bagian luar sarung tangan tersebut. jika tangan yang mengambil sarung tangan kanan, maka tangan kiri yang dimasukkan pertama ke dalam sarung tangan tersebut |  |  |  |
| 3 | Ambil sarung tangan kedua dari dalam lipatan, masukkan tangan satunya |  |  |  |
| 4 | Perhatikan sarung tangan pertama tidak boleh menyentuh bagian kulit tangan yang belum bersarung tangan |  |  |  |
| 5 | Betulkan letak sarung tangan sampai tepat ke jari-jari |  |  |  |

## KETERAMPILAN 5

## PENGUKURAN TANDA-TANDA VITAL

1. **PENGERTIAN**

Tanda – tanda vital atau sering dikenal dengan *vital sign* meliputi empat hal yaitu :

* 1. Tekanan darah
  2. Denyut nadi
  3. Pernafasan
  4. Temperatur tubuh

1. Tekanan Darah

Tekanan darah merupakan kekuatan yang dihasilkan dinding arteri dengan memompa darah dari jantung. Pemeriksaan tekanan darah indikator penting dalam menilai fungsi kardiovaskuler.

Untuk pengukuran tekanan darah alat yang diperlukan adalah sebuah sphygmomanometer dan stetoskop. Sphygmomanometer memiliki beberapa bentuk yaitu sphygmomanometer merkuri (air raksa), aneroid, atau elektronik. Untuk menentukan tekanan darah dengan tepat harus diperhatikan ukuran manset yang sesuai, manset harus dapat mengembang paling sedikit 2/3 ke Tekanan darah pada sistem arteri bervariasi sesuai dengan siklus jantung, yaitu memuncak pada waktu sistolik dan sedikit menurun pada waktu diastolik. Beda antara tekanan sistolik dan diastolik disebut tekanan nadi.

Pada waktu ventrikel berkonstraksi, darah akan dipompakan ke seluruh tubuh. Keadaaan ini disebut keadaan sistolik, dan tekanan aliran darah pada saat itu disebut tekanan darah sistolik. Pada saat ventrikel sedang rileks, darah dari atrium masuk ke ventrikel, tekanan aliran darah pada waktu ventrikel sedang rileks disebut tekanan darah diastolik.

Tingginya tekanan darah dipengaruhi oleh beberapa faktor, misalnya aktifitas fisik, keadaan emosi, nyeri, suhu sekitar, penggunaan obat-obatan dan diet dll.

Tabel kisaran tekanan darah pada berbagai usia

|  |  |
| --- | --- |
| Usia | Tekanan darah |
| 1 bulan | 85/54 mmHg |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 tahun | 95/65 mmHg |
| 6 tahun | 105/65 mmHg |
| 10-13 tahun | 110/65 mmHg |
| 14-17 tahun | 120/75 mmHg |
| >18 tahun | 120/ 80 mmhg |

## Denyut Nadi

Denyut nadi merupakan denyutan atau dorongan yang dirasakan dari proses pemompaan darah jantung ke sirkulasi tubuh oleh ventrikel kiri dan paru oleh ventrikel kanan. Melalui ventrikel kiri, disemburkan darah ke aorta dan kemudian diteruskan ke arteri di seluruh tubuh. Sebagai akibatnya, timbullah suatu gelombang tekanan yang bergerak cepat pada arteri dan dapat dirasakan sebagai denyut nadi. Dengan menghitung frekuensi denyut nadi, dapat diketahui frekuensi denyut jantung dalam 1 menit.

Lokasi pemeriksaan nadi dapat dilakukan pada: a.radialis, a.karotis, a.brakialis, a.femoralis,a.poplitea, a.tibialis posteriior, a.dorsalis pedis. Pada prinsipnya, pulsasi arteri dapat diraba jika arteri tersebut memiliki dasar yang keras. Dalam praktek sehari-hari, pemeriksaan pulsasi a.radialis paling sering dilakukan.

Pemeriksaan nadi seharusnya dilakukan dalam keadaan tidur atau istirahat. Kondisi hipertermia dapat meningkatkan denyut nadi sebanyak 15 – 20 kali per menit setiap peningkatan suhu 1 derajat celcius.

Tabel kisaran denyut nadi pada berbagai usia

|  |  |
| --- | --- |
| Usia | Frekwensi Denyut Nadi |
| >3 tahun | 120-160 x/menit |
| Anak | 90-140 x/ menit |
| Pra sekolah | 80-110 x/ menit |
| Sekolah | 75-100 x/ menit |
| Remaja | 60-90 x/menit |
| Dewasa | 60-100x/menit |

## Pernapasan

Merupakan pemeriksaan yang dilakukan untuk menilai proses pengambilan oksigen dan pengeluaran karbondioksida. Menilai frekuensi, irama, kedalaman dan tipe atau

pola pernapasan. Pernapasan yang normal akan memiliki kriteria antara lain: frekwensi sesuai rentang nilai untuk masing-masing tingkat usia, irama teratur dan kedalaman pergerakan dada seimbang kiri kanan.

Tabel kisaran frekwensi pernafasan pada berbagai usia

|  |  |
| --- | --- |
| Usia | Frekwensi Pernafasan |
| >3 tahun | 30-60 x/menit |
| Anak | 30-50 x/ menit |
| Pra sekolah | 25-32 x/ menit |
| Sekolah | 20-30 x/menit |
| Remaja | 16-19 x/ menit |
| Dewasa | 12-20 x/ menit |

|  |  |
| --- | --- |
| Pola Nafas | Keterangan |
| Normal | 8 – 20 per menit dan teratur |
| Dipsnea | Susah bernafas yang menunjukan adanya retraksi |
| Apneu | Tidak ada pernapasan |
| Bradipneu | < 8 / menit dan teratur |
| Tachypnea | > 20 / menit dan teratur |
| Hiperventilasi | Kecepatan dan kedalaman meningkat |
| Hipoventilasi | Kecepatan dan kedalaman menurun |
| Cheyne-Stokes | Adanya periode antara apneu and hiperventilasi |
| Kussmaul | Napas yang sangat dalam dengan ritme teratur |
| Pernpasan Biot‘s (ataxia) | Apneu yang berselang seling dengan munculnya napas yang kedalamanya bervariasi (sebagian besar dangkal), serta tidak  teratur |

## Pemeriksaan suhu

Temperatur tubuh adalah keseimbangan badan yang diperoleh, diproduksi dan yang hilang dari tubuh. Berbagai kegiatan memberikan tekanan pada otot untuk menghasilkan panas. Produksi panas yang timbul dapat juga dari penyakit, hal ini merupakan hal yang perlu diingat bila mengadakan pengkajian temperatur tubuh.

Pemeriksaan suhu digunakan untuk menilai kondisi metabolisme di dalam tubuh, dimana tubuh menghasilkan panas secara kimiawi melalui metabolisme darah. Keseimbangan suhu harus diatur dalam pembuangan dan penyimpanannya di dalam tubuh yang diatur oleh hipotalamus.

## TUJUAN

* 1. Untuk menentukan pengkajian status kesehatan pada klien
  2. Untuk mengetahui beberapa pergantian dari pengukuran yang lalu (menilai perkembangan kesehatan klien)

## KEBIJAKAN

* 1. Lakukan kaliberasi alat secara teratur untuk menjaga validitas hasil pengukuran.
  2. Pengukuran tanda vital memperhatikan waktu dan posisi pengukuran.
  3. Pengukuran dilakukan secara benar dan akurat serta dicatat dengan tepat oleh tenaga profesional atau orang – orang tertentu. Perawat bertanggung jawab memberikan pendidikan pada klien atau keluarga tentang cara dan kegunaan dari setiap pengukuran.

## PERSIAPAN ALAT

* 1. Manset (*a blood pressure cufe*)
  2. Sphygmomanometer
  3. Pulpen dan buku catatan
  4. Stetoskop
  5. Termometer
  6. Jam / stopwach
  7. Larutan disenfektan
  8. Tissue
  9. Bengkok

## KOMPETENSI PELAKSANAAN PENGUKURAN TANDA-TANDA VITAL

Ket: Penilaian

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten 2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Aspek yang Dinilai** | **Nilai** | | | **Ket** |
| **0** | **1** | **2** |  |
| ***A.*** | ***Tahap Persiapan*** |  |  |  |  |
|  | 1. Verifikasi order 2. Siapkan inform consent 3. Siapkan alat dan ruangan yang dibutuhkan 4. Persiapan perawat, cuci tangn dan gunakan APD. |  |  |  |  |
| ***B.*** | ***Tahap Orientasi*** |  |  |  |  |
|  | 1. Berikan salam 2. Identifikasi dan validasi kondisi klien 3. Jelaskan prosedur pelaksanaan kepada klien dan keluarga : kegiatan, tujuan , waktu, tempat serta peran perawat dan lien. 4. Menjaga privacy klien 5. Memberikan kesempatan pada klien sebelum dilakukan tindakan 6. Berdoa |  |  |  |  |
| ***C.*** | ***Tahap Kerja*** |  |  |  |  |
|  | ***Pengukuran Tekanan Darah:***   1. Atur posisi klien duduk /tidur terlentang, klien diminta beristirahat dalam posisi tersebut kurang lebih 5 menit 2. Mengatur lengan klien sejajar jantung dan telapak tangan menghadap ke atas 3. Mengukur manset untuk lengan sekali lagi agar panjang dan lebarnya sesuai 4. Memasang manset kurang lebih 2,5 cm di atas arteria brachialis atau popliteal yang teraba 5. Pasang manset pada lengan dengan tepat. Hindarkan jangan sampai terhalang oleh baju. 6. Tempatkan manometer dekat dengan kita 7. Raba arteri brachialis dengan jari jari Lalu pompa manset sampai 20   – 30 mmHg di atas pulse yang sudah tak teraba lagi.   1. Letakkan diagfragma stetoskop di atas tempat nadi . 2. Kendorkan manset 2 – 3 mmHg per denyut 3. Catat bunyi korotkoff‘s sounds I, IV dan V 4. Kendorkan manset sampai nol, jika bunyi sudah tak terdengar 5. Jika perlu mengulang tunggu 30 detik. Luruskan lengan untuk melancarkan aliran darah. Ulangi langkah 9 – 12 6. Lepaskan manset   ***Pengukuran Suhu Tubuh:*** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. Atur posisi klien   Suhu rektal : posisi sim Suhu aksila : posisi supinasi   1. Mengamati termometer dan melakukan kaliberasi sampai air raksa menunjuk pada angka 35 dengan cara:    * memegang erat bagian distal termometer    * mengibaskan termometer dengan menggunakan sendi pergelangan    * mengamati kembali turunnya air raksa   **Pengukuran suhu tubuh melalui oral**   * + 1. Memberitahukan klien agar membuka mulut dan mengangkat lidah sedikit.     2. Meletakkan termometer di bawah lidah (oral thermometer) sampai pentolan masuk     3. Memberitahukan klien agar menutup mulut saja dan jangan menggigit selama 2-3 menit.     4. Mengambil termometer sambil memberitahu klien agar membuka mulut   **Pengukuran suhu tubuh melalui rectal**   1. Melumasi ujung pentolan dengan vaselin sesuai kebutuhan 2. Membuka bagian pantat klien 3. Meraba sphinkter ani dengan ujung pentolan dan memasukkan ujung pentolan hati – hati ke dalam anus    1. Orang dewasa 2,5 cm – 4 cm    2. Anak – anak 1,5 cm – 2,5 cm 4. Memegang temometer 2 – 3 menit 5. Mengambil termometer dari anus   **Pengukuran suhu tubuh melalui aksila**   1. Melap ketiak 2. Meletakkan termometer pada aksila (ketiak) dengan posisi yang tepat 3. Menganjurkan klien untuk merapatkan bahu selama 10 menit 4. Mengambil termometer sambil memberitahu klien agar membuka bahu 5. Melap termometer secara melingkar dengan tissue dari bagian bersih ke bagian kotor ( dari pangkal ke pentolan ) 6. Membaca hasil pengukuran dengan mata sejajar pada skala thermometer 7. Mencuci termometer dengan larutan air sabun,kemudian air bersih dan masukkan ke dalam disinfektan |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Penghitungan Denyut Nadi:***   1. **Mengukur nadi radial**    1. Mengatur posisi klien yang nyaman, lengan lurus, keadaan istirahat dan telapak tangan menghadap ke atas Letakkan tangan di atas dada/perut jika sekaligus menilai pernapasan.    2. Meletakkan tiga jari secara datar di atas kulit klien pada arteri radial    3. Memberi tekanan ringan pada arteri kearah radius dan jaga tekanan serta letakkan jari selama 10 detik untuk merasakan denyutan yang teraba. Jika belum terasa geser jari sampai dirasakan adanya denyutan    4. Bila ditemukan denyutan terkuat, tekan denyutan sampai tak berdenyut kemudian lepaskan sampai denyutan terasa lagi.    5. Raba pulse dan catat kecepatan serta kualitasnya    6. Gunakan tangan lainnya untuk memegang jam dan nilailah denyutannya. 2. **Mengukur nadi brachial** 3. Atur posisi klien, lengan lurus dan keadaan istirahat dengan bagian dalam menghadap ke atas 4. Letakkan ujung – ujung jari tengah yang mendatar pada kulit bagian depan atau atas siku diantara otot bisep dan trisep 5. Memberi tekanan ringan pada arteri kearah radius dan jaga tekanan serta letakkan jari selama 10 detik untuk merasakan denyutan yang teraba. Jika belum terasa geser jari sampai dirasakan adanya denyutan 6. Bila ditemukan denyutan terkuat, tekan denyutan sampai tak berdenyut kemudian lepaskan sampai denyutan terasa lagi 7. Raba pulse dan catat kecepatan serta kualitasnya 8. Gunakan tangan lainnya untuk memegang jam dan nilailah denyutannya. 9. **Mengukur nadi apikal**    1. Membersihkan stetoskop pada bagian telinga dan diafragma dengan alcohol    2. Mengatur posisi klien supinasi    3. Membuka pakaian sebelah kiri    4. Tutup bahu dan dada kanan    5. Menentukan garis midklavikula kiri    6. Palpasi dan hitung SIC (Spasi Inter Costalis V )    7. Meletakkan tangan dan jari di atas area apical, cari sampai pulsenya teraba. Jika tidak dapat menentukan letak apical, klien miring kiri, pulse mungkin ada pada posisi lain    8. Letakkan jari – jari tangan pada daerah tersebut    9. Hangatkan diafragma stetoskop sekali lagi dengan tangan    10. Pasang stetoskop pada telinga    11. Letakkan diafragma pada letak apical dengan tepat    12. Dengarkan bunyi lub dub dari jantung. Abaikan napas dan bunyi lain. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | m. Hitung selama satu menit penuh   1. **Menghitung nadi femoral**    1. Mengatur posisi klien supinasi. Membuka pakaian dan pasang selimutnya.    2. Gunakan ujung jari untuk meraba nadi    3. Tekan nadi sampai tak teraba. Lepaskan sampai pulse teraba kuat    4. Catat irama, kualitas, kuantitas dan volume dengan skala penilaian    5. Dapatkan pulse di tempat lain 2. **Mengukur nadi popliteal**    1. Atur klien dengan posisi prone position    2. Tekan dalam – dalam dengan tiga jari pada fossa popliteal    3. Jika tak dapat diraba, tempatkan klien pada posisi lain    4. Menekan pulse sampai tak teraba, lepaskan sampai teraba kuat    5. Catat irama, kualitas, kuantitas dan volume dengan skala penilaian    6. Dapatkan pulse lain untuk perbandingan 3. **Mengukur nadi dorsalis pedis**    1. Mengatur posisi klien supinasi    2. Meletakkan kaki klien pada posisi dorsi fleksi    3. Meletakkan jari tangan pada dorsalis pedis    4. Memindahkan jari ke samping tendon untuk memastikan letak nadi    5. Gunakan tekanan untuk meraba nadi sekali lagi    6. Catat ada atau tidaknya pulse atau kualitasnya    7. Amati warna kaki, suhu dan kulit    8. Hitung pulse pada tempat lain 4. **Mengukur pulse tibialis posterior**    1. Mengatur posisi klien supinasi    2. Meletakkan kaki klien pada posisi dorsi fleksi    3. Meletakkan jari tangan di belakang maleolus medialis    4. Mulai dengan menekan kuat – kuat dan berkurang secara berangsur-angsur sampai ditemukan pulse    5. Meletakkan jari pada tempat lain sampai pulse ditemukan    6. Catat ada atau tidaknya pulse atau kualitasnya    7. Amati warna kaki, suhu dan kulit    8. Hitung pulse pada tempat lain   ***Menghitung Prenafasan:***   1. Atur posisi klien supinasi 2. Meletakkan tangan datar pada dada dan mengobservasi kedalaman dan kesimetrisan gerakan (jika diperlukan baju bisa dibuka) 3. Menghitung pernapasan, jika pernapasan teratur dihitung selama 10 detik, bila tidak teratur dihitung selama 1 menit 4. Mendengarkan bunyi pernapasan, jika ada bunyi napas abnormal |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***D.*** | ***Tahap Terminasi*** |  |  |  |  |
|  | 1. Rapikan alat dan klien 2. Evaluasi kegiatan dan respon klien 3. Jelaskan RTL dan kontrak selanjutnya. 4. Berdoa dan Salam. |  |  |  |  |
| ***E.*** | ***Dokumentasi*** |  |  |  |  |
|  | Dokumentasikan dengan tepat hasil pengukuran |  |  |  |  |

# KETERAMPILAN 6

# PENGENALAN ALAT OKSIGENASI

# 

## DEFINISI:

Pembersihan oksigen melalui alat nasal kanul atau maskes. Nasal kanul digunakan untuk membersihkan oksigen konsentrasi (FiO2) rendah (bila 24% berikan 1 liter/ menit), bila 28% berikan 2 liter/ menit, dan bila 35-40% mendapat 4-6 liter/ menit). Face Mask digunakan untuk memberikan oksigen dengan konsentrasi lebih dari nasal kanul (30-60%) pada 5-8 liter/ menit.

## TUJUAN:

Pemberian terapi oksigen adalah mencegah terjadinya hipoksia. Oksigen tidak bisa digantikan dengan yang lain, bagaimanapun penggunaan harus berdasarkan indikasi. Seperti halnya obat, dosis dan konsentrasinya harus dimonitor secara terus menerus selama penggunaan.

## KEBIJAKAN

Hal-hal yang perlu diperhatikan pada pemberian terapi oksigen:

* 1. Ketahui rentang normal dari vital sign klien.
  2. Ketahui pola perilaku klien biasanya.
  3. Ketahui riwayat medis klien dan pengobatan yang sedang dilakukan.
  4. Waspadai kondisi lingkungan sekitar.
  5. Kaji bentuk dinding dada yang abnormal apakah temporer atau permanen.
  6. Kaji riwayat merokok klien.
  7. Ketahui angka hemoglobin klien yang terbaru.
  8. Ketahui angka gas darah arteri klien baik yang lama atau terbaru.

Petunjuk Keamanan penggunaan oksigen:

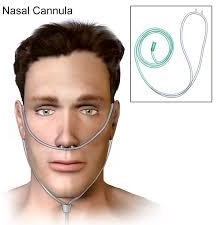
* + 1. Oksigen adalah obat dan harus tidak diubah-ubah tanpa order dokter
    2. Tanda ―*Oxygen in use*‖ harus ditempelkan pada pintu kamar klien dan pada kamar/tempat tidur klien
    3. Sistem pengiriman oksigen harus dijaga 10 kaki (3 meter) dari api
    4. Oksigen mendukung pembakaran; akan tetapi tidak akan meledak
    5. Tanda ―*No smoking*‖ ditempatkan pada pintu klien dan rumah klien. Jika oksigen digunakan di rumah, tanda larangan ini ditempel di pintu rumah.
    6. Ketika tabung oksigen digunakan, mereka harus dijaga sehingga tidak jatuh terguling. Tabung oksigen disimpandalam posisi berdiri, dirantai atau dalam tempatnya yang sesuai.

Metode pemberian oksigen bisa dengan *nasal cannula*, *nasal cathether*, *face mask* atau

*mechanical ventilator*

1. **Pemenuhan kebutuhan oksigenasi menggunakan kanule nasale atau kateter nasal**
2. **Kanule nasal** adalah alat yang sederhana dan nyaman untuk memberikan oksigen kepada

klien. Dua lubang dari kanule, kira-kira dengan panjang 1,5 cm, menonjol dari tengah-tengah slang dan dimasukkan ke dalam dua lubang hidung. Oksigen dialirkan melalui kanule dengan kecepatan sampai 5 – 6 Liter/menit. Konsentrasi oksigen yang disuplai tidak lebih dari 44%. Semakin tinggi aliran oksigen maka akan membuat kering mukosa jalan nafas dan tidak meningkatkan konsentrasi oksigen yang diserap. Ners harus memahami berapa kecepatan aliran oksigen yang diberikan dapat memberikan persentage oksigen yang dibutuhkan. Persentage oksigen ini dapat bervariasi tergantung pada kecepatan dan kedalaman dari pernafasan klien.



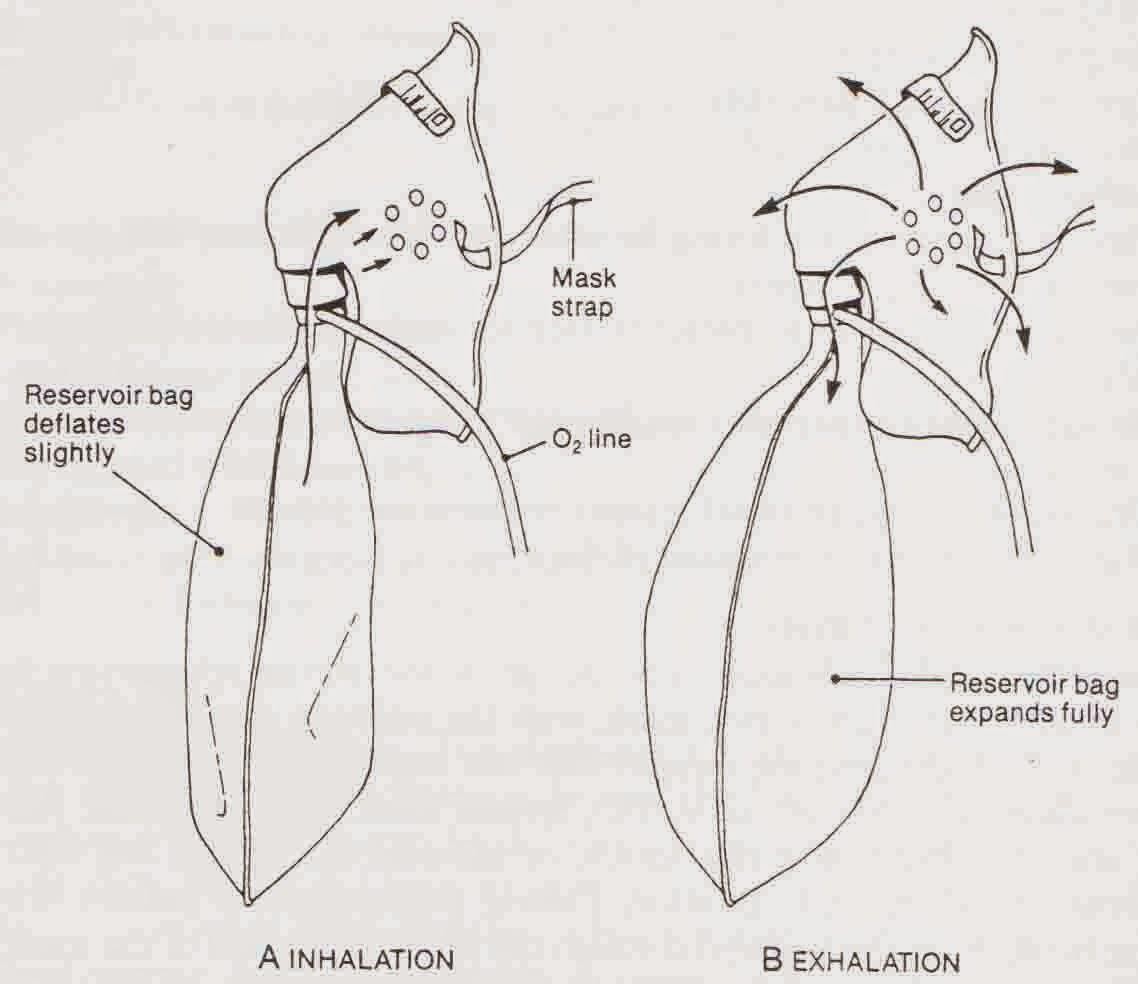
Gambar 3.1 Nasal kanul

1. **Sungkup Sederhana/*simple mask*** adalah alat untuk pemenuhan kebutuhan oksigenasi secara kontinu atau berkelanjutan dengan ukuran oksigen 5-8 liter/menit dengan konsentrasi oksigen 40-60%.



Gambar 3.2 Sungkup Sederhana (*simple mask*)

1. ***Re-breathing mask*** merupakan metode pemberian oksigen dengan mengaliri 8-12 liter/menit oksigen dengan konsentrasi 60%-80%. Makna “*re-breathing*” adalah nafas inspirasi kemungkinan bercampur dengan nafas ekspirasi dan terjadi penumpukan CO2 jika diberikan dengan aliran lebih rendah, dikarena aliran oksigen terlipat.



Gambar 3.4 Rebreathing mask

1. ***Non rebreathing mask*** adalah metode pemberian oksigen dengan mengalirkan 8-12 liter/menit oksigen, konsentrasi oksigen mencapai 99% dimana makna “re-breathing” adalah udara inspirasi tidak bercampur dengan udara ekspirasi.



Gambar 3.3 Non rebreathing mask

1. ***Ambu Bag***diberikan pada pasien jika pasien membutuhkan bantuan nafas. Cara kerjanya adalah dengan memperbaiki ventilasi dengan nafas buatan dan menjamin kebutuhan oksigen serta terjadinya pertukaran antara O2 dan CO2 di paru-paru secara normal.

(AMBU= *Air Mask Bag Unit*).



Gambar 3.4 Ambu bag (*Bag Valve Mask*)

## Tabel rata-rata kecepatan aliran dan konsentrasi oksigen yang diserap

|  |  |
| --- | --- |
| **Kecepatan (L/menit)** | **Konsentrasi (Fio2 )** |
| 1 | 21% - 24% |
| 2 | 24% - 28% |
| 3 | 28% - 32% |
| 4 | 32% - 36% |
| 5 | 36% - 40% |
| 6 | 40% - 44% |

Kanul nasal adalah sebuah mekanisme yang efektif untuk pemberian oksigen. Ini menjadikan klien bernafas melalui mulut atau hidung, tersedia untuk semua golongan umur dan adekuat untuk untuk penggunaan jangka pendek maupun jangka panjang. Kanula tidak begitu mahal, sekali pakai, biasanya nyaman dan mudah diterima oleh kebanyakan klien. Namun penggunaan alat oksigenasi disesuaikan dengan kebutuhan pasien yang kita kaji di awal pemberian asuhan kepenataan anestesi.

## D . Persiapan

* 1. Persiapan alat dan bahan
     1. Kanule nasal atau masker O2 sesuai indikasi.
     2. Slang oksigen
     3. Humidifier
     4. Air sterile untuk terapi respiratory
     5. Sumber oksigen
     6. Flowmeter
     7. pengikat masker
     8. Tanda-tanda kamar yang sesuai (*No smoking, oxygen in use*)

1. Persiapan Perawat
   1. Penguasaan konsep yang terkait dengan prosedur, seperti : batasan, rasional, tujuan, prinsip, dan tahapan tindakan.
   2. Menjaga sikap professional dan komunikasi terapeutik dengan klien dan keluarga.

## KOMPETENSI PENGENALAN ALAT TERAPI OKSIGEN

Ket: Penilaian

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten 2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **ASPEK YANG DINILAI** | **NILAI** | | |
| **A** | **Fase Pra Interaksi** | **0** | **1** | **2** |
|  | 1. Cek catatan medis dan perawatan |  |  |  |
|  | 2. Persiapkan alat: |  |  |  |
|  | Nasal kanul/ simple mask/ Non-rebreathing mask/ Rebreathing mask (sesuai indikasi), selang oksigen, humidifier, tabung oksigen dengan flow meter |  |  |  |
|  | 3. Cuci tangan |  |  |  |
| **B** | **Fase Interaksi** |  |  |  |
|  | 4. Memberikan salam terapeutik |  |  |  |
|  | 5. Melakukan evaluasi/validasi perasaan klien |  |  |  |
|  | 6. Menjelaskan prosedur tindakan |  |  |  |
|  | 7. Menjaga privasi klien |  |  |  |
| **C** | **Fase Kerja** |  |  |  |
|  | 8. Membaca Doa |  |  |  |
|  | 9. Gunakan handscone |  |  |  |
|  | 10. Mengatur posisi klien |  |  |  |
|  | 11. Menyambungkan alat (sesuai indikasi, \*pilih salah satu) dengan selang dan tabung oksigen |  |  |  |
|  | 1) Nasal kanul\* |  |  |  |
|  | 2) Simple mask\* |  |  |  |
|  | 3) Non-rebreathing mask\* |  |  |  |
|  | 4) Rebreathing mask\* |  |  |  |
|  | 12. Cek dan kaji kelancaran aliran oksigen menggunakan punggung tangan |  |  |  |
|  | 13. Pastikan volume air sesuai indikator dalam humidifier |  |  |  |
|  | 14. Atur aliran oksigen sesuai dengan indikasi atau instruksi |  |  |  |
|  | 15. Pasang alat (sesuai indikasi) pada hidung klien dan atur pengikatan agar klien merasa nyaman |  |  |  |
|  | 16. Membaca hamdallah |  |  |  |
|  | 17. Lepas handscone, cuci tangan |  |  |  |
|  | **Fase Terminasi** |  |  |  |
|  | 18. Evaluasi respon klien |  |  |  |
|  | 19. Rencana tindak lanjut |  |  |  |
|  | 20. Kontrak yang akan datang |  |  |  |
|  | 21. Dokumentasi (waktu pemberian, kecepatan oksigen, rute pemberian, respon klien) |  |  |  |

## KETERAMPILAN 7

### TRANSPORTASI PASIEN

### TINJAUAN TEORI

### Gangguan sistem muskuluskeletal atau dikenal dengan Musculuscelethal Disorder (MSDs) merupakan penyakit yang menjadi trend yang berkaitan dengan pekerjaan apapun baik di negara maju maupun negara berkembang. MSDs bersifat kronis, patologisnya adalah adanya kerusakan di tendon, otot, ligament, sendi, syaraf, kartilago atau spinal disc yang menimbulkan rasa tidak nyaman karena nyeri, gatal atau penurunan fungsi tubuh. Penyakit ini disebabkan oleh berbagai etiologi diantaranya peregangan otot berlebih, postur kerja yang tidak alamiah, Gerakan repetitive maupun tekanan (Tarwaka, 2013).

### Teknik yang dapat dilakukan oleh Penata Anestesi dalam memberikan perawatan pada pasien dengan MSDs adalah teknik memindahkan pasien yang tepat. Teknik ini membutuhkan Gerakan tubuh yang sesuai sehingga memungkinkan penata untuk menggerakkan, mengangkat atau memindahkan pasien dengan aman dan juga melindungi penata tersebut dari cedera sistem muskuluskeletal.

### TUJUAN

### Tujuan dilakukan tindakan pemindahan posisi pasien (transportasi pasien) adalah untuk memindahan pasien dengan cara menggerakkan, mengangkat atau memindahkan pasien dari satu tempat ke tempat lainnya secara aman dan terlindungi baik pasien maupun tenaga Kesehatan yang memindahkan.

### PROSEDUR

Ket: Penilaian

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten

2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

### Transportasi pasien antar brankar (tempat tidur)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tahap** | **Aspek yang Dinilai** | **Nilai** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| 1 | Pengkajian kebutuhan Memindahkan klien dari tempat tidur ke kereta dorong | 1. Salam terapeutik disampaikan kepada klien dengan benar 2. Adanya data kebutuhan klien terhadap pemindahan klien dari tempat tidur ke kereta dorong dengan bantuan 3 perawat dikaji: klien yang lemah atau fraktur atau kondisi yang tidak memungkinkan untuk pindah sendiri, klien belum mampu duduk ditempat tidur, klien yg akan dibawa/dipindah ruang. |  |  |  |
| 2 | Melakukan persiapan alat untuk Memindahkan klien dari tempat tidur ke kereta dorong | 1. Kereta dorong 2. Bantal 1 3. Slimut 1 4. Sarung tangan (bila diperlukan) 5. Masker (bila diperlukan) 6. Alat ditata dengan rapi |  |  |  |
| 3 | Mempersiapkan klien untuk Memindahkan klien dari tempat tidur ke kereta dorong | 1. Tindakan dan tujuan dijelaskan dengan benar 2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3. Lingkungan yg terapeutik untuk menjaga privasi disiapkan dengan benar |  |  |  |
| 4 | Melakukan tindakan Memindahkan klien dari tempat tidur ke kereta dorong | 1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan 2. Masker dan sarung tangan dipakai dengan benar 3. Kereta dorong didekatkan pada tempat tidur dengan posisi tegak lurus 4. Bagian kepala kereta dorong diletakkan dekat pada bagian kaki klien di sisi tempat tidur 5. Kunci roda kereta dorong 6. Kunci roda tempat tidur 7. Posisi perawat diatur dengan ketentuan perawat I adalah perawat yang paling tinggi, selanjutnya berurutan 8. Klien digeser ke tepi tempat tidur Bersama-sama dengan aba-aba perawat I 9. Tangan klien disilangkan di atas dada klien 10. Perawat I di bagian kepala, dengan tangan kiri mengangga kepala sampai pangkal lengan, tangan kanan dibawah punggung klien 11. Perawat II dibagian tengah menyangga punggung dengan tangan kiri dan tangan kanan di pangkal paha 12. Perawat III dibagian kaki, tangan kiri menyangga paha bawah dan tangan kanan menyangga betis 13. Klien diangkat Bersama-sama dan badan klien ditarik kearah perawat dengan aba-aba perawat I 14. Klien dibawa ke kereta dorong hingga perawat bersentuhan dengan kereta dorong dengan aba-aba perawat I 15. Klien diletakkan di atas kereta dorong Bersama-sama dengan aba-aba dari perawat I 16. Posisi klien diatur senyaman mungkin 17. Selimut dipasang dengan benar 18. Bawa klien sesuai tujuan 19. Masker dan sarung tangan dilepas dengan benar 20. Cuci tangan sesudah prosedur selesai dilakukan |  |  |  |
| 5 | Melakukan evaluasi dan tindak lanjut | 1. Anamnesa respon selama dan setelah tindakan dilakukan dengan benar 2. Upaya tindakan lanjut dirumuskan dengan benar 3. Salam terapeutik dalam mengakhiri tindakan diucapkan dengan sopan |  |  |  |
| 6 | Melakukan dokumentasi | 1. Tindakan dan respon klien saat dan setelah tindakan dicatat dengan lengkap dan jelas sesuai prinsip dokumentasi 2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan dengan benar |  |  |  |

### Transportasi pasien dari tempat tidur ke kursi roda

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tahap** | **Aspek yang Dinilai** | **Nilai** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| 1 | Pengkajian kebutuhan pemindahan klien dari tempat tidur ke kursi roda | 1. Salam terapeutik disampaikan kepada klien dengan benar 2. Adanya data kebutuhan klien terhadap pemindahan klien dari tempat tidur ke kursi roda dikaji: klien bisa duduk tapi belum dapat berjalan sendiri, klien akan dibawa pulang/pindah ruangan. |  |  |  |
| 2 | Melakukan persiapan alat untuk pemindahan klien dari tempat tidur ke kursi roda | 1. Kursi roda 2. Sarung tangan (bila diperlukan) 3. Masker (bila diperlukan) 4. Alat ditata dengan rapi |  |  |  |
| 3 | Mempersiapkan klien untuk pemindahan klien dari tempat tidur ke kursi roda | 1. Tindakan dan tujuan dijelaskan dengan benar 2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3. Lingkungan yg terapeutik untuk menjaga privasi disiapkan dengan benar |  |  |  |
| 4 | Melakukan tindakan pemindahan klien dari tempat tidur ke kursi roda | 1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan 2. Masker dan sarung tangan dan skort dipakai dengan benar 3. Kursi roda didekatkan pada sisi tempat tidur dengan posisi sejajar dengan tempat tidur 4. Kursi roda dikunci dengan benar 5. Sandaran kaki dibuka dengan benar 6. Kaki klien digeser ke tepi tempat tidur dilakukan dengan hati-hati 7. Klien dibantu duduk ditepi tempat tidur dengan kaki terjuntai ke bawah di sisi tempat tidur 8. Perawat berdiri didepan klien dengan kaki direntangkan, kaki kanan berada di depan, kedua kaki ditekuk 9. Kedua tangan klien diletakkan ke bahu perawat dan tangan klien dimasukkan ke ketiak klien dengan jari-jari melebar menutupi ke bagian atas 10. Klien dibantu berdiri dengan memberi aba-aba dilakukan bersamaan dengan kaki perawat diluruskan kembali 11. Klien diberitahu untuk membelakangi kursi roda dan kedua tangan klien memegang kedua sandaran tangan kursi roda 12. Klien dibantu duduk di kursi roda dengan memberi aba-aba dilakukan bersamaan dengan kaki perawat ditekuk 13. Sandaran kaki dipasang kembali dengan benar 14. Kaki klien diletakkan di atas sandaran kaki dengan tepat 15. Posisi klien diatur senyaman mungkin 16. Masker dan sarung tangan dan skort dilepas dengan benar 17. Cuci tangan sesudah prosedur selesai dilakukan |  |  |  |
| 5 | Melakukan evaluasi dan tindak lanjut | 1. Anamnesa respon selama dan setelah tindakan dilakukan dengan benar 2. Upaya tindakan lanjut dirumuskan dengan benar 3. Salam terapeutik dalam mengakhiri tindakan diucapkan dengan sopan |  |  |  |
| 6 | Melakukan dokumentasi | 1. Tindakan dan respon klien saat dan setelah tindakan dicatat dengan lengkap dan jelas sesuai prinsip dokumentasi 2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan dengan benar |  |  |  |

## KETERAMPILAN 8

### POSITIONING (PENGATURAN POSISI)

### TINJAUAN TEORI

### Posisi Sim

### Posisi Sim merupakan posisi miring ke kanan atau miring ke kiri, dilakukan untuk memberikan kenyamanan dan memberikan obat melalui anus (supositoria rute). Tujuan posisi Sim adalah mengurangi penekanan pada tulang sacrum dan tronchanter mayor pada otot pinggang, meningkatkan drainase dari mulut pasien dan mencegah aspirasi, memasukkan obat rute supositoria dan mencegah decubitus. Indikasinya adalah pasien yang akan dilakukan prosedur enema dan pasien dengan pemberian obat rute supositoria.



### trendelenburgPosisi Tredelenburg

### Posisi ini merupakan posisi pasien berbaring di tempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah daripada bagian kaki. Tujuan posisi ini adalah untuk melancarkan peredaran darah ke otak. Indikasi posisi pasien dengan pembedahan pada daerah abdomen, pasien shock atau pasien hipotensi.

### Posisi Dorsal Recumbent

### dorsal recumbenPosisi dorsal recumbent adalah posisi berbaring terlentang dengan kedua lutut fleksi (ditarik atau direnggangkan) di atas tempat tidur. Posisi ini dilakukan untuk merawat/memeriksa genitalia area serta dalam proses persalinan. Tujuan posisi ini adalah untuk meningkatkan kenyamanan pasien, terutama jika pasien ada ketegangan di tulang belakang. Indikasinya adalah pasien yang akan melakukan persalinan atau pasien dengan indikasi akan melakukan pemeriksaan/perawatan genitalia.

### Posisi Fowler, Semi Fowler, High Fowler

### Fowler

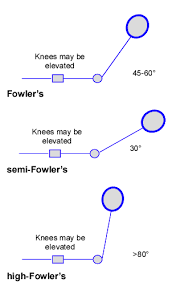
### Posisi ini merupakan posisi setengah duduk, bagian kepala lebih tinggi atau dinaikkan sekitar 45-60 derajat tanpa fleksi lutut. Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan menfasilitasi fungsi respirasi pasien. Tujuan posisi ini untuk mengurangi komplikasi karena imobilisasi, meningkatkan kenyamanan, meningkatkan dorongan diafragma sehingga meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru serta mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang stagnan. Indikasi posisi ini pada pasien yang mengalami gangguan pernafasan dan pasien yang mengalami imobilisasi.

### Semi Fowler

### Posisi semi fowler setengah duduk 30 derajat. Tujuannya adalah untuk mobilisasi, memeriksa perasaan lega pada pasien sesak nafas, memudahkan perawatan terutama saat pemenuhan nutrisi/makan.

### High Fowler

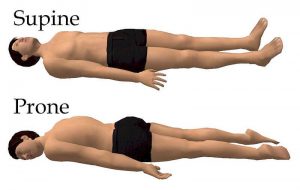
### Posisi duduk dimana kepala ditinggikan paling sedikit 60-90 derajat. Posisi high fowler dilakukan untuk kasus pasien dengan efusi pleura.



### Posisi Supine/Prone

### Posisi pronasi ini merupakan posisi pasien tertelungkup dengan kepala menoleh ke samping kanan atau kiri. Tujuan posisi pronasi untuk memberikan ekstensi penuh pada persendian pinggul dan lutut, mencegah fleksi kontraktur dari persendiraan pinggul dan lutut, membantu drainasi dari oral sehingga berguna bagi klien postoperative mulut/tenggorokan.

### Posisi supinasi adalah posisi pasien berbaring terlentang dengan kepala dan bahu sedikit elevasi dengan menggunakan bantal. Posisi supine diberikan pada pasien postoperative spinal.



### Posisi Litotomi

### Hasil gambar untuk posisi litotomilithotomyPada posisi litotomi standar, pasien terlentang dan bagian gluteus berada diujung tempat tidur operasi, pinggul dan lutut ditekuk dan paha pasien diabduksikan serta dirotasikan ke arah eksternal. Posisi litotomi cenderung mensupinasi cekungan lumbal, sehingga resiko nyeri dan regangan punggung meningkat. Bagian gluteus diletakkan di tepi tempat tidur, paha akan hiperfleksi. Posisi litotomi dilakukan dengan tujuan untuk memeriksa genitalia pada proses persalinan dan memasang alat kontrasepsi. Indikasi posisi litotomi adalah untuk ibu hamil, untuk persalinan dan wanita yang ingin memasang alat kontrasepsi.

### PROSEDUR

Ket: Penilaian

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten

2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

**Pengaturan posisi Sim**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tahap** | **Aspek yang Dinilai** | **Nilai** | | |
| 0 | 1 | 2 |
| 1 | Pengkajian kebutuhan pengaturan posisi Sim | 1. Salam terapeutik disampaikan kepada klien dengan benar 2. Adanya data kebutuhan klien terhadap pengaturan posisi Sim diidentifikasi : klien yg diberikan tindakan huknah tinggi atau rendah, klien yg akan diberikan tindakan pengobatan melalui anus, atau pemeriksaan rectum. |  |  |  |
| 2 | Melakukan persiapan alat untuk mengatur posisi Sim | 1. Tempat tidur khusus 2. Selimut 3. 2-3 Buah bantal kecil\Gulungan handuk / bantalpasir 4. Sarung tangan (bila diperlukan) 5. Masker (bila diperlukan) 6. Alat ditata dengan rapi |  |  |  |
| 3 | Mempersiapkan klien untuk mengatur posisi Sim | 1. Tindakan dan tujuan dijelaskan dengan benar 2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3. Lingkungan yg terapeutik untuk menjaga privasi disiapkan dengan benar |  |  |  |
| 4 | Melakukan tindakan mengatur posisi Sim | 1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan 2. Maske dan sarung tangan dipakai dengan benar 3. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada klien 4. Klien dalam keadaan berbaring, kemudian miringkan kekiri dengan posisi badan setengah telungkup dan kaki kiri lurus lutut, paha kanan ditekuk diarahkan ke dada. 5. Tempatkan bantal kecil di bawah kepala. 6. Tangan kiri diatas kepala atau dibelakang punggung dan tangan kanan diatas tempat tidur. 7. Letakkanbantal di ruang antara dada, abdomen, lengan atas dan tempat tidur. 8. Letakkan bantal di antara ruang pelvis, paha atas dan tempat tidur. 9. Cuci tangan sesudah prosedur selesai dilakukan |  |  |  |
| 5 | Melakukan evaluasi dan tindak lanjut | 1. Anamnesa respon selama dan setelah tindakan dilakukan dengan benar 2. Upaya tindakan lanjut dirumuskan dengan benar 3. Salam terapeutik dalam mengakhiri tindakan diucapkan dengan sopan |  |  |  |
| 6 | Melakukan dokumentasi | 1. Tindakan dan respon klien saat dan setelah tindakan dicatat dengan lengkap dan jelas sesuai prinsip dokumentasi 2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan dengan benar |  |  |  |

## Pengaturan posisi dorsal recumbent

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tahap** | **Aspek yang Dinilai** | **Nilai** | | |
| 0 | 1 | 2 |
| 1 | Pengkajian kebutuhan pengaturan posisi *Dorsal Recumbent* | 1. Salam terapeutik disampaikan kepada klien dengan benar 2. Adanya data kebutuhan klien terhadap pengaturan posisi dorsal recumbent diidentifikasi : klien yg diberikan tindakan huknah tinggi atau rendah, klien yg akan diberikan tindakan pada daerah genitalia, klien yg akan dilakukan tindakan pemasangan kateter, proses persalinan. |  |  |  |
| 2 | Melakukan persiapan alat untuk mengatur posisi *Dorsal Recumbent* | 1. Tempat tidur khusus 2. Selimut 3. Bantal 4. Sarung tangan (bila diperlukan) 5. Masker (bila diperlukan) 6. Alat ditata dengan rapi |  |  |  |
| 3 | Mempersiapkan klien untuk mengatur posisi dorsal recumbent | 1. Tindakan dan tujuan dijelaskan dengan benar 2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3. Posisi klien diatur: supinasi 4. Lingkungan yg terapeutik untuk menjaga privasi disiapkan dengan benar |  |  |  |
| 4 | Melakukan tindakan mengatur posisi *Dorsal Recumbent* | 1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan 2. Masker dan sarung tangan dipakai dengan benar 3. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada klien 4. Klien dibantu menekuk lututnya 5. Kedua belah kaki klien dilebarkan 6. Kedua telapak kaki ditapakkan di tempat tidur 7. Kedua tangan klien diletakkan ke arah kepala 8. Posisi klien diatur dengan nyaman 9. Masker dan sarung tangan dilepas dengan benar 10. Cuci tangan sesudah prosedur selesai dilakukan |  |  |  |
| 5 | Melakukan evaluasi dan tindak lanjut | 1. Anamnesa respon selama dan setelah tindakan dilakukan dengan benar 2. Upaya tindakan lanjut dirumuskan dengan benar 3. Salam terapeutik dalam mengakhiri tindakan diucapkan dengan sopan |  |  |  |
| 6 | Melakukan dokumentasi | 1. Tindakan dan respon klien saat dan setelah tindakan dicatat dengan lengkap dan jelas sesuai prinsip dokumentasi 2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan dengan benar |  |  |  |

## Pengaturan posisi Fowler, Semi Fowler dan High Fowler

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tahap** | **Aspek yang Dinilai** | **Nilai** | | |
| 0 | 1 | 2 |
| 1 | Pengkajian kebutuhan pengaturan posisi *fowler, semi fowler* dan *high fowler* | 1. Salam terapeutik disampaikan kepada klien dengan benar 2. Adanya data kebutuhan klien terhadap pengaturan posisi *fowler, semi fowler* dan *high fowler* diidentifikasi : klien yg mengalami sesak nafas; klien yg diberikan tindakan WSD. |  |  |  |
| 2 | Melakukan persiapan alat untuk mengatur posisi *fowler, semi fowler* dan *high fowler* | 1. Tempat tidur khusus 2. Selimut 3. 2-5 Buah bantal kecil\Gulungan handuk / bantalpasir 4. Sarung tangan (bila diperlukan) 5. Masker (bila diperlukan) 6. Alat ditata dengan rapi |  |  |  |
| 3 | Mempersiapkan klien untuk mengatur posisi *fowler, semi fowler* dan *high fowler* | 1. Tindakan dan tujuan dijelaskan dengan benar 2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3. Lingkungan yg terapeutik untuk menjaga privasi disiapkan dengan benar |  |  |  |
| 4 | Melakukan tindakan mengatur posisi *fowler, semi fowler* dan *high fowler* | 1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan 2. Masker dan sarung tangan dipakai dengan benar 3. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada klien 4. Alat didekatkan ke sisi tempat tidur 5. Klien dibantu duduk dengan hati-hati 6. Bantal disusuk atau regestin dipasang dengan Teknik yang benar (sudut ketinggian 15-<45o pada semi fowler dan 45o-90o pada high fowler) 7. Perawat berdiri di sebelah kanan dan menghadap klien 8. Klien dianjurkan dan dibantu menekuk lutut 9. Klien dianjurkan dan dibantu menopang badan dengan kedua tangan 10. Klien disangga dengan tangan kanan perawat masuk ketiak klien dan tangan kiri menyangga punggung klien 11. Klien dianjurkan dan dibantu untuk mendorong badannya ke belakang 12. Posisi klien yg nyaman diatur kembali 13. Masker dan sarung tangan dilepas dengan benar 14. Cuci tangan sesudah prosedur selesai dilakukan |  |  |  |
| 5 | Melakukan evaluasi dan tindak lanjut | 1. Anamnesa respon selama dan setelah tindakan dilakukan dengan benar 2. Upaya tindakan lanjut dirumuskan dengan benar 3. Salam terapeutik dalam mengakhiri tindakan diucapkan dengan sopan |  |  |  |
| 6 | Melakukan dokumentasi | 1. Tindakan dan respon klien saat dan setelah tindakan dicatat dengan lengkap dan jelas sesuai prinsip dokumentasi 2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan dengan benar |  |  |  |

## Pengaturan posisi Litotomi

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tahap** | **Aspek yang Dinilai** | **Nilai** | | |
| 0 | 1 | 2 |
| 1 | Pengkajian kebutuhan pengaturan posisi Litotomi | 1. Salam terapeutik disampaikan kepada klien dengan benar 2. Adanya data kebutuhan klien terhadap pengaturan posisi *litotomi* diidentifikasi : klien yg diberikan tindakan pada daerah Genitalia, klien inpartu. |  |  |  |
| 2 | Melakukan persiapan alat untuk mengatur posisi Litotomi | 1. Meja ginekologi bila ada 2. Sandaran kaki 3. Masker 4. Skort 5. Selimut mandi 6. Sarung tangan (bila diperlukan) 7. Masker (bila diperlukan) 8. Alat ditata dengan rapi |  |  |  |
| 3 | Mempersiapkan klien untuk mengatur posisi Litotomi | 1. Tindakan dan tujuan dijelaskan dengan benar 2. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar 3. Lingkungan yg terapeutik untuk menjaga privasi disiapkan dengan benar |  |  |  |
| 4 | Melakukan tindakan mengatur posisi Litotomi | 1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan 2. Masker dan sarung tangan dan skort dipakai dengan benar 3. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada klien 4. Bantu klien melepas pakian bagian bawah 5. Bantu klien tidur posisi supinasi 6. Pasang selimut mandi 7. Sandaran kaki dipasang, sehingga kaki diletakkan pada sandaran kaki 8. Kedua kaki klien diangkat ditekuk ke arah perut dengan sudut 90o terhadap paha klien 9. Posisi klien diatur senyaman mungkin 10. Masker dan sarung tangan dan skort dilepas dengan benar 11. Cuci tangan sesudah prosedur selesai dilakukan |  |  |  |
| 5 | Melakukan evaluasi dan tindak lanjut | 1. Anamnesa respon selama dan setelah tindakan dilakukan dengan benar 2. Upaya tindakan lanjut dirumuskan dengan benar 3. Salam terapeutik dalam mengakhiri tindakan diucapkan dengan sopan |  |  |  |
| 6 | Melakukan dokumentasi | 1. Tindakan dan respon klien saat dan setelah tindakan dicatat dengan lengkap dan jelas sesuai prinsip dokumentasi 2. Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan dengan benar |  |  |  |

## KETERAMPILAN 9

**FISIOTERAPI DADA DAN BATUK EFEKTIF**

1. **TINJAUAN TEORI**
   1. **Definisi**

**Fisioterapi dada** merupakan tindakan yang dilakukan pada klien yang mengalami retensi sekresi dan gangguan oksigenasi yang memerlukan bantuan untuk mengencerkan atau mengeluarkan sekresi. Fisioterapi dada ini meliputi rangkaian: postural drainage, perkusi, dan vibrasi. **Postural drainase (PD)** merupakan salah satu intervensi untuk melepaskan sekresi dari berbagai segmen paru dengan menggunakan pengaruh gaya gravitasi. Waktu yang terbaik untuk melakukan PD yaitu sekitar 1 jam sebelum sarapan pagi dan sekitar 1 jam sebelum tidur pada malam hari. **Perkusi/ clapping** adalah tepukan yang dilakukan pada dinding dada atau punggung dengan tangan dibentuk seperti mangkok. **Vibrasi** merupakan kompresi dan getaran manual pada dinding dada dengan tujuan menggerakkan secret ke jalan napas yang besar.

## Tujuan Fisioterapi Dada

Tujuan dari fisioterapi dada adalah sebagai berikut:

* + 1. Klien dapat bernapas dengan bebas dan tubuh mendapatkan oksigen yang cukup.
    2. mengembalikan dan memelihara fungsi otot-otot pernafasan
    3. membantu membersihkan sekret dari bronkus
    4. mencegah penumpukan secret
    5. memperbaiki pergerakan dan aliran secret
    6. pengobatan dan pencegahan pada penyakit paru obstruktif menahun
    7. penyakit pernafasan restriktif termasuk kelainan neuromuskuler dan penyakit paru restriktif karena kelainan parenkim paru seperti fibrosis

## TUJUAN

Melepaskan mukus atau lendir dari bronkhiolus dan bronkhus, serta mengalirkan sekret.

## KEBIJAKAN

Tindakan ini dilakukan pada klien dengan gangguan paru – paru yang menunjukkan peningkatan produksi lendir (bronkhiektasis, emfisema, fibrosis kistik, dan bronkhitis kronik.

## Kontra Indikasi

Tindakan ini tidak dilakukan pada klien dengan absces paru dan tumor, pneumo thoraks, penyakit – penyakit pada dinding dada, kondisi nyeri dada, dan tuberkulosis.

Hal-hal yang perlu diperhatikan:

* 1. Perkusi dan vibrasi mungkin menjadi kontra indikasi pada situasi tertentu meliputi fraktur tulang iga, fraktur pada susunan iga seperti pada klavikula, sternum, nyeri, sesak nafas berat, osteoporosis.
  2. Jangan dilakukan jika klien tidak kooperatif atau jika klien mengalami patah tulang, nyeri tulang iga, perdarahan pada paru-paru, nyeri dada dan punggung, gangguan perut, dan penyakit jantung yang serius.
  3. Jangan pernah menggunakan perkusi dan vibrasi pada tulang belakang, jaringan buah dada, sternum atau scapula.
  4. Jika klien tidak responsif, ada dalam ventilasi mekanik atau tidak kooperatif, pola nafas biasanya tidak dapat diubah. Vibrasi selama fase ekshalasi di antara pernafasan mesin.
  5. Kadang-kadang klien mengalami transient dyspnea dan kelelahan karena iritasi dan bronkospasme dari mobilisasi sekret. Dyspnea biasanya menghilang sesudah sputum dibatukkan.
  6. Klien yang kurus dengan osteoporosis sangat rentan terhadap injuri. Untuk menghindari injuri selama vibrasi, usahakan hanya menekan selama ekshalasi, ikuti gerakan alami dari tulang iga, dorong klien untuk merelakskan dinding dada.

## PERSIAPAN

1. Persiapan alat dan bahan
   1. Bed dengan permukaan yang nyaman yang dapat dimiringkan
   2. Pengalas dan handuk
   3. Bantal 1 sampai 4 buah
   4. Teko air dan glas
   5. Bengkok
   6. Tisue
   7. Tempat sputum
2. Persiapan Perawat
3. Penguasaan konsep yang terkait dengan prosedur, seperti : batasan, rasional, tujuan, prinsip, dan tahapan tindakan.
4. Menjaga sikap professional dan komunikasi terapeutik dengan klien dan keluarga selama prosedur tindakan.
5. Memperhatikan precaution terhadap bahaya infeksi dengan mencuci tangan, menggunakan perlengkapan perlindungan diri (sarung tangan/masker/kaca mata pelindung/apron/sepatu tertutup, dll).

## PROSEDUR PELAKSANAAN

**KOMPETENSI FISIOTERAPI DADA**

Ket: Penilaian

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten 2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek yang dinilai** | **Nilai** | | | **Ket** |
| **0** | **1** | **2** |
| **A** | ***Tahap Persiapan***   1. Cek order 2. Kaji klien: pola pernafasan, meliputi penggunaan otot-otot pernafasan, kecepatan pernafasan, gerakan dinding dada; kemampuan dan pemahaman untuk bekerjasama dalam terapi. 3. Siapkan alat dan ruangan yang dibutuhkan 4. Persiapan perawat, cuci tangn dan gunakan APD. |  |  |  |  |
| **B** | ***Tahap Orientasi***   1. Berikan salam 2. Identifikasi dan validasi kondisi klien 3. Jelaskan prosedur pelaksanaan kepada klien dan keluarga : kegiatan, tujuan , waktu, tempat serta peran perawat dan klien. 4. Menjaga privacy klien 5. Memberikan kesempatan pada klien sebelum dilakukan tindakan 6. Berdoa |  |  |  |  |
| **C** | ***Tahap Kerja***   1. Anjurkan klien untuk melakukan pernafasan diafragmatik 2. Posisikan klien dengan posisi drainage 3. Lakukan perkusi pada dinding rongga dada selama 1 – 2 menit 4. Anjurkan klien menarik nafas dalam berlahan – lahan, lalu lakukan vibrasi sambil klien mengeluarkan nafas berlahan –lahan dengan bibir dirapatkan 5. Tegangkan otot – otot tangan dan lengan sambil melakukan tekanan sedang dan vibrasi tangan dan lengan 6. Angkat tekanan pada dada ketika klien menarik nafas 7. Anjurkan klien untuk batuk dengan menggunakan otot abdominal setelah 3 – 4 vibrasi 8. Berikan klien waktu istirahat 9. Auskultasi perubahan bunyi nafas 10. Ulangi perkusi dan vibrasi secara bergantian sesuai kondisi klien biasanya 15 – 20 menit |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D** | ***Tahap Terminasi***   1. Rapikan alat dan klien 2. Evaluasi kegiatan dan respon klien   Catat bila ada faktor yang menghambat selama tindakan Hasil yang tidak diharapkan mungkin terjadi meliputi:   * klien mengalami sesak nafas hebat dengan bronkospasme, hipoksemia dan hipercapnia * terjadi hemoptisis * tidak ada sekret yang didapat * tidak ada perubahan dalam suara crakcles dan gurgles; ada krepitus; nafas pendek terjadi; dinding dada tidak mengembang   Klien mengalami fraktur tulang iga, nyeri pada iga atau dinding dada menjadi lunak.   * 1. Jelaskan RTL dan kontrak selanjutnya.   2. Berdoa dan Salam. |  |  |  |  |
| **E** | ***Dokumentasi***  Dokumentasikan prosedur pelaksanaan dan respon klien :   * hasil tindakan pre dan post terapi dari mobilitas gerakan dada * tingkat kerjasama klien dan toleransi terhadap perkusi dan vibrasi * kemampuan klien untuk relaks dan bernafas dengan tepat * lama dari perkusi * keefektifan batuk |  |  |  |  |

## KETERAMPILAN 10

### ORAL HYGIENE

### TINJAUAN TEORI

### Tindakan Oral Hygiene masuk dalam pemenuhan kebutuhan aman nyaman, merupakan tindakan membersihkan dan menyegarkan mulut, gigi dan guzi (Clark, 2005). Faktor yang mempengaruhi individu melakukan oral hygiene adalah citra tubuh, praktik social, status social dan ekonomi, tingkat pengetahuan, kebudayaan dan lainnya. Paisen yang memiliki keterbatasan dalam melakukan oral hygiene membuat penata harus memberikan perhatian khusus pada mulut pasien. Pengumpulan lendir dan terbentuknya kerak pada gigi dan bibir dikenal dengan “sordes”. Jika terbentuk “sordes” atau lidahnya berlapis lendir menunjukkan bahwa kebersihan rongga mulutnya kurang (Wolf, 2004).

### TUJUAN

### Menjaga kontiunitas bibir, lidah dan mukosa membrane mulut

### Mencegah terjadinya infeksi rongga mulut

### Melembabkan mukosa membrane mulut dan bibir

### Mencegah penyakit gigi dan mulut

### Mencegah penyakit yang penularannya melalui mulut

### Meningkatkan imunitas tubuh

### Memperbaiki fungsi mulut untuk meningkatkan nafsu makan

### INDIKASI/KOTRAINDIKASI

### Indikasi dilakukan oral hygiene pada pasien dengan:

### Pasien Tidak sadar atau sedang koma

### Pasien dengan post operatif mulut atau patah tulang rahang (tindakan operatif daerah mulut, gigi dan gusi)

### Pasien tidak mampu menggunakan sikat gigi

### PROSEDUR

Ket: Penilaian

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten 2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek yang Dinilai** | **Nilai** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| 1 | * 1. Salam terapeutik disampaikan kepada pasien   2. Validasi dilkaukan dengan tepat : mulut luka, gigi palsu, karies, radang gusi, sariawan |  |  |  |
| 2 | 2.1 Alat-alat disiapkan sesuai standar  - Perlak dan kain pengalas  - NaCl  - Boraks gliserin/gentian violet K/P  - Bak instrumen tertutup berisi kapas lidi, kassa, pinset anatomis dan chirugis, kom kecil, tong spatel  - Sarung tangan bersih  - Tisu  - Bengkok  - Korentang  2.2 Alat-alat yang dibutuhkan disiapkan diatas trolly |  |  |  |
| 3 | 3.1 Tujuan dan prosedur tindakan disampaikan degan benar  3.2 Lingkungan disiapkan untuk menjaga privacy pasien : tutup gordyn dan pintu kamar pasien  3.3 Posisikan pasien dengan aman dan nyaman |  |  |  |
| 4 | 4.1 Cuci tangan dilakukan dengan benar  4.2 Posisi paisen diatur supinasi dengan kepala miring diatas pinggiran bantal  4.3 Perlak dan pengalas diletakkan dibawah dagu pasien dengan hati-hati  4.4 Bengkok diletakkan didekat dagu pasien  4.5 Bak instrumen dibuka, pinset diambil menggunakan korentang dengan memperhatikan teknik aseptik  4.6 Tuangkan NaCl ke dalam kom kecil, masukkan deppers secukupnya kemudian peras  4.20 Bibir dibersihkan dengan hati-hati menggunakan deppers yang telah diperas  4.21 pasien dianjurkan supaya membuka mulut  4.22 bersihkan gigi dimulai pada bagian depan atas, bawah, bagian dalam ats, bawah, pallatum atas, lidah, dengan hati-hati  4.23 Sela-sela gigi dibersihkan dengan lidi kapas yang dibasahi dengan NaCl sampai bersih  4.24 Bibir diolesi dengan gentian violet/boraks gliserin (bila sariawan) secara perlahan  4.25 Sekitar mulut pasien dilap dengan tissu dan mmebuang tissu pada bengkok  4.26 Peralatan dibereskan, lepas sarung tangan  4.27 Posisi pasien diatur yang aman dan mencuci tangan |  |  |  |
| 5 | 5.1 Respon dan kondisi rongga mulut, gigi, lidah, mukosa mulut dan gusi dievaluasi  5.2 Tindaklanjut disampaikan  5.3 Salam terapeutik disampaikan untuk mengakhiri tindakan |  |  |  |
| 6 | 6.1 Respon pasien selama dan sesudah tindakan dicatat  6.2 Waktu, paraf dan nama terang dicantumkan |  |  |  |

## KETERAMPILAN 11

### PENGKAJIAN LUKA DAN TANDA INFLAMASI

### TINJAUAN TEORI

### Luka adalah kejadian patologis rusaknya jaringan kulit, secara spesifik dimana substansi jaringan rusak atay hilang karena adanya kontak dengan sumber panas (bahan kimia, air panas, api, radiasi, listrik), hasil tindakan medis, maupun perubahan kondisi fisiologis pasien. Luka dibagi menjadi 2 bergantung dari waktu terjadinya yakni luka akut dan luka kronis. Luka akut mengarah pada luka yang berlangsung kurang dari 30 hari, seperti luka karena pembedahan. Jika tidak sembuh dalam waktu 30 hari maka disebut dengan luka kronis (Ahmad Fauzi et al, 2015; Dati, Sariasih Arum & Mustiah Yulistiani, 2020).

### luka kronis adalah luka yang berlangsung lama dan timbul/kambuh Kembali (rekuren), dikarenakan terjadi gangguan proses penyembuhan disebabkan multifactor dari pasien. Luka kronis juga disebut sebagai kegagalan dalam proses penyembuhan luka. Luka kronis terjadi karena tidak berlanjutnya proses reparative secara terteib dan berkala dalam menghasilkan integritas anatomi dan fungsional dari luka tersebut, sehingga umumnya luka tidak sembuh selama lebih dari 6 minggu.

### Luka akut umumnya mengikuti proses penyembuhan luka normal, yakni sesuai dengan waktu pada konsep penyembuhan luka. Luka akut adalah luka yang sembuh dan menutup sesuai dengan waktu penyembuhan luka fisiologis 0-21 hari (Arisanty, 2013; Dati, Sariasih Arum & Mustiah Yulistiani, 2020). Luka akut dapat berupa luka trauma yang segera mendapat penanganan dan sembuh dengan baik dan tidak terjadi komplikasi. Kejadian luka yang yang banyak terjadi di masyarakat, maka diperlukan suatu manajemen perawatan luka (Turns, 2011; Rasyid et al, 2018; Dati, Sariasih Arum & Mustiah Yulistiani, 2020).

### Penilaian atau pengkajian terstandar merupakan bagian dalam manajemen perawatan luka. Pengkajian luka salah satunya adalah Format TIME modifikasi Bates-Jensen yang merupakan modifikasi dari manajemen perawatan luka TIME dan pengkajian luka kronis Bates Jensen dengan konsep sebagai berikut:

### T = Tissue Mangement (Manajemen jaringan)

### I = Inflamation / Infection Control

### M = Moist Balance (Keseimbangan kelembapan)

### E = Edge of the Wound (Pinggiran luka)

### Luka juga memiliki stadium atau grade yang terbagi menjadi 4 stadium, yakni:

|  |  |
| --- | --- |
| Stadium 1 | Luka superfisial (Non-blanching Erithema) artinya luka terjadi baru di lapisan epidermis kulit. |
| Stadium 2 | Luka jenis ini adalah hilangnya lapisan kulit pada lapisan epidermis dan bagian atas dari dermis. Masih merupakan luka superfisial dan adanya tanda klinis seperti halnya lubang yang dangkal, abrasi atau blister/bula (masuk dalam stadium 2 karena epidermis sudah terpisah dengan dermis).Umumnya kedalaman luka hingga 0,4 mm namun bergantung pada lokasi luka. |
| Stadium 3 | Jenis luka ini adalah hilangnya kulit keseluruhan meliputi kerusakan atau nekrosis jaringan epidermis, dermis hingga Sebagian hypodermis (full-thickness). Luka ini timbul secara klinis sebagai suatu lubang yang dalam dengan atau tanpa merusak jaringan di sekitarnya.Umumnya kedalaman luka hingga 1 cm, sesuai dengan lokasi luka di bagian mana. |
| Stadium 4 | Jenis luka yang telah mencapai tendon, tulang dan otot karena adanya kerusakan yang telah meluas.Undermining (goa) dan sinus masuk ke dalam stadium 4. |

### Klasifikasi Wound Edge (Warna dasar luka):

|  |  |
| --- | --- |
| Pink/pucat | Luka akan mengalami healing, lapisan epitelisasi, fase akhir proses penyembuhan luka. |
| Merah | Dasar warna luka merah tua atau terang, tampak lembab. Merupakan luka bersih, bergranulasi, vaskularisasi baik dan mudah berdarah. |
| Kuning | Dasar warna luka kuning/kuning kecoklatan/kuning kehijauan/ kuning pucat adalah jaringan nekrosis. Merupakan luka terkontaminasi, terinfeksi, avascular. sehingga tujuan perawatan dengan wound edge kuning adalah meningkatkan sistem autolysis dengan debridemen. Semua luka kronis adalah luka yang terkontaminasi namun belum tentu terinfeksi. |
| Hitam | Dasar luka warna hitam adalah jaringan nekrosis, merupakan jaringan avascular sehingga perawatan wound edge hitam adalah autolysis dengan debridemen. |

### Jenis eksudat:

|  |  |
| --- | --- |
| Jenis | Bentuk |
| Serous | Cairan jernih (normal) tipis |
| Blood | Tipis merah cerah |
| Hemoserous | Cairan serosa disertai darah |
| Sanguineous | Cairan banyak mengandung darah, dan kental |
| Serosanguineous | Cairan berwarna merah pucat, hingga pink tipis |
| Purulent | Cairan infeksi (pus/nanah) seperti susu berwarna kuning |
| Foul Purulent | Cairan infeksi (pus/nanah) seperti susu berwarna hijau |

### Klasifikasi bau (odor) luka menurut Teller:

|  |  |
| --- | --- |
| Kode | Bau (Odor) |
| 0 | Tidak ada bau |
| 1 | Bau tercium saat membuka balutan |
| 2 | Bau tercium saat rembesan keluar |
| 3 | Bau tercium mulai jarak satu tangan dari pasien |
| 4 | Bau tercium saat penata/petugas Kesehatan memasuki area tempat tidur pasien |
| 5 | Bau tercium saat pasien berada di beberapa kamar pasien dirawat (di area bangsal) |

### TUJUAN

### Tujuan dilakukan pengkajian luka yang didalamnya juga memantau tanda inflamasi, bertujuan untuk menentukan status luka dan mengidentifikasi luka sehingga akan membantu proses penyembuhan luka.

### PROSEDUR

Ket: Penilaian

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten 2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek yang dinilai** | **Nilai** | | | **Ket.** |
| **0** | **1** | **2** |
| ***A*** | ***Tahap Persiapan*** |  |  |  |  |
|  | 1. Cek order. Pastikan bahwa klien yang dimaksud memerlukan tindakan pengkajian luka 2. Kaji status kesehatan klien 3. Kaji kelemahan dan kelebihan diri penata anestesi 4. Persiapan alat: *handscoen*, checklist pengkajian luka, alat pengukur/penggaris luka, spidol/pen penanda 5. Buat janji dengan klien, persiapan ruangan |  |  |  |  |
| ***B*** | ***Tahap Orientasi*** |  |  |  |  |
|  | 1. Berikan salam 2. Identifikasi dan validasi kondisi klien 3. Jelaskan prosedur pelaksanaan kepada klien dan keluarga   kegiatan, tujuan , waktu, tempat serta peran penata dan klien.   1. Menjaga privacy klien 2. Memberikan kesempatan pada klien sebelum dilakukan tindakan 3. Berdoa 4. Cuci tangan dengan desinfektan atau alcohol gel dan gunakan *handscoen* |  |  |  |  |
| ***C*** | ***Tahap Kerja*** |  |  |  |  |
|  | 1. Posisikan pasien yang nyaman 2. Balutan luka dibuka, di *cleansing* dengan sabun dan air bersih 3. Lakukan pengkajian luka: 4. Lokasi dan Bentuk luka 5. Mengukur luas luka, panjangxlebarxkedalaman/ketinggian 6. Periksa adanya undermining / goa dalam luka (diukur panjangnya, lokasi pada jam berapa **-searah jarum jam-)** 7. Menilai persentase dasar luka (pink, merah, kuning, hitam) 8. Menilai *wound edge*/tepi luka (edema, eritema, kallus, kondisi epitel) 9. Menilai odor/bau tidak sedap di luka (klasifikasi: tidak berbau, berbau, sangat berbau) 10. Inspeksi dan palpasi luka dan kulit sekitar luka, catat adakah perubahan suhu, warna kulit atau kondisi abnormal 11. Inspeksi stadium luka (*grade* 1,2,3 dan 4) 12. Catat adanya tanda-tanda infeksi luka (rubor, kalor, dolor, tumor, fungsiolesa) 13. Catat adanya nyeri tekan 14. Catat kondisi eksudat (tulis jenis eksudatnya) sesuai konsistensi dan jumlahnya (lalukan skoring jumlah eksudat) |  |  |  |  |
| ***D*** | ***Tahap Terminasi*** |  |  |  |  |
|  | 1. Rapikan alat dan klien 2. Evaluasi kegiatan dan respon klien 3. Observasi respon klien, Jika ada tanda-tanda penyimpangan selama prosedur pelaksanaan, hentikan tindakan. 4. Jelaskan RTL dan kontrak selanjutnya. 5. Berdoa dan Salam. 6. Cuci tangan |  |  |  |  |
| ***E*** | ***Tahap Dokumentasi*** |  |  |  |  |
|  | Dokumentasikan hasil pengkajian dan respon pasien |  |  |  |  |

## KETERAMPILAN 12

### PENGKAJIAN NYERI

1. **TINJAUAN TEORI**

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak nyaman dan menyenangkan, akibat dari kerusakan jaringan yang actual ataupun potensial (*American Medical Association*, 2013). Pengkajian nyeri dilakukan pada pasien dengan menggunakan instrument atau alat ukur yang tepat, salah satu instrument yang banyak digunakan untuk mengkaji nyeri menggunakan metode *Mnemonic PQRST.* Tanda gejala *(sign and symptom*) nyeri yang akut mis. pembedahan memiliki gejala mayor dan minor diantaranya (PPNI, 2016):

* **Mayor :** secara subjektif pasien mengeluh nyeri, secara objektif pasien tampak meringis, bersifat protektif seperti waspada & posisi menghindari nyeri, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.
* **Minor:** secara subjektif tidak ada gejala minor dari nyeri akut, secara objektif nyeri akut ditandai dengan tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaphoresis.

**Klasifikasi nyeri berdasarkan waktu** terjadinya ada 2 yakni:

1. Nyeri akut: nyeri akut berdurasi singkat, kurang dari 6 bulan. terjadi cedera akut, penyakit atau intervensi pembedahan dan memiliki proses penyembuhan normal dengan intensitas bervariasi (ringan s/d berat), dan berlangsung dalam waktu yang singkat.
2. Nyeri kronis: nyeri yang terjadi intermiten/konstan dan menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri jenis ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan.

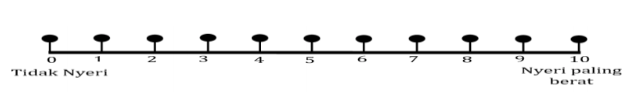
**Nyeri jika diklasifikasi berdasarkan lokasi,** dibagi menjadi 4 yaitu:

1. Nyeri superfisial: nyeri yang disebabkan stimulus kulit dengan karakteristik berlangsung sebentar dan bersifat local nyerinya. Nyeri biasanya terasa sensasi tajam, misal nyeri akibat tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil/laserasi.
2. Nyeri visceral: nyeri yang terjadi akibat stimulus organ-organ internal, sifatnya difusi dan nyeri menyebar ke berbagai arah. Nyeri menimbulkan rasa tidak nyaman dan berkaitan dengan mual dan gejala otonom lainnya. Contoh. nyeri sesasi pukul pada angina pectoris dan sensasi terbakar pada ulkus lambung/gastritis.
3. Nyeri alih (*referred pain*): nyeri terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik. Misal. byeri infark miokard, dapat menyebabkan nyeri alih ke lengan kiri, rahang dan batu empedu.
4. Nyeri radiasi: sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Karakteristik nyerinya terasa menyebar ke bagian tubuh bawah atau keseluruhan tubuh. Misal: nyeri punggung bagian bawah akibat diskusi intervertebral yang rupture disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai kaki bawah.

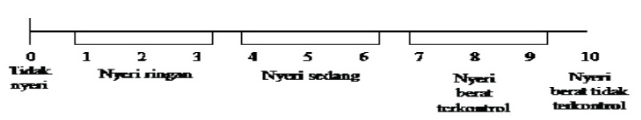
**Klasifikasi nyeri berdasarkan patofisiologinya** ada 4:

1. Nyeri nosiseptif: nyeri yang timbul akibat adanya stimulus mekanis terhadap nosiseptor
2. Nyeri neuropatik: nyeri yang timbul akibat disfungsi primer pada sistem syaraf
3. Nyeri idiopatik: nyeri dimana kelainan patologis tidak dapat ditemukan
4. Nyeri psikologis: nyeri yang bersumber dari emosi/psikologis dan biasanya tidak disadari

**Nyeri Skala nyeri deskriptif/ *Verbal Descriptor Scale* (VDS)**



**Skala numerik angka/ *Numerical Rating Scale* (NRS)**



**Skala wajah/*Faces Scale***



1. **TUJUAN**

### Tujuan dilakukan pengkajian nyeri bertujuan untuk menentukan status nyeri dan mengidentifikasi nyeri sehingga dapat dijadikan pertimbangan dalam pemberian asuhan kepenataan anestesi (ASKAN) pada pasien.

1. **PROSEDUR**

Ket: Penilaian

0: tidak ada/ tidak dilakukan,

1: ada, kurang lengkap/ kurang sesuai pedoman/ kurang kompeten 2: ada, lengkap/sesuai pedoman/ kompeten

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek yang dinilai** | **Nilai** | | | **Ket.** |
| **0** | **1** | **2** |
| ***A*** | ***Tahap Persiapan*** |  |  |  |  |
|  | 1. Cek order. Pastikan bahwa klien yang dimaksud memerlukan tindakan pengkajian nyeri 2. Kaji status kesehatan klien 3. Kaji kelemahan dan kelebihan diri penata anestesi 4. Persiapan alat: *handscoen*, checklist pengkajian nyeri, ballpoin/pen 5. Buat janji dengan klien, persiapan ruangan |  |  |  |  |
| ***B*** | ***Tahap Orientasi*** |  |  |  |  |
|  | 1. Berikan salam 2. Identifikasi dan validasi kondisi klien 3. Jelaskan prosedur pelaksanaan kepada klien dan keluarga tentang kegiatan, tujuan , waktu, tempat serta peran penata dan klien. 4. Menjaga privacy klien 5. *Informed Consent* 6. Memberikan kesempatan pada klien sebelum dilakukan tindakan 7. Berdoa 8. Cuci tangan dengan desinfektan atau alcohol gel |  |  |  |  |
| ***C*** | ***Tahap Kerja*** |  |  |  |  |
|  | 1. Posisikan pasien dengan nyaman   |  |  | | --- | --- | | **P (Provokatif / Paliatif) Penyebab** | * Apa penyebab timbulnya nyeri? * Misalnya nyeri akibat kerusakan jaringan tubuh, cedera otot akibat olahraga atau nyeri pada radang sendi | | **Q (Qualitas/Quantitas)** | * Seberapa berat keluhan nyeri terasa? * Bagaimana rasanya? misal. Seperti ditusuk, tertekan/ tertimpa benda berat, diiris-iris seperti diremas, membakar, nyeri berat, kolik, kaku * Seberapa sering terjadi? | | **R (Region/radiasi)**  **penyebaran** | * Dimana lokasi nyeri dirasakan/ditemukan? * Apakah menyebar ke daerah lain? * Apakah berfokus di satu 1 titik atau menyebar? | | **S (skala seviritas/ Keparahan** | * Seperti apa sakitnya, berapa skala nyerinya? * Penilaian dapat dilakukan dengan:  1. Skala nyeri deskriptif/ *Verbal Descriptor Scale* (VDS) 2. Skala numerik angka/ *Numerical Rating Scale* (NRS) 3. Skala wajah/*Faces Scale* | | **T (Timing/waktu)** | * Kapan mulai dirasakan nyerinya? * Seberapa sering keluhan nyeri terjadi? * Apakah terjadi mendadak atau bertahap? * Apakah akut atau kronis? * Apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang? * Apakah pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya? |   2. Reposisi pasien ke posisi semula |  |  |  |  |
| ***D*** | ***Tahap Terminasi*** |  |  |  |  |
|  | 1. Rapikan alat dan klien 2. Evaluasi kegiatan dan respon klien 3. Observasi respon klien, Jika ada tanda-tanda penyimpangan selama prosedur pelaksanaan, hentikan tindakan 4. Jelaskan RTL dan kontrak selanjutnya. 5. Berdoa dan Salam. 6. Cuci tangan |  |  |  |  |
| ***E*** | ***Tahap Dokumentasi*** |  |  |  |  |
|  | Dokumentasikan hasil pengkajian dan respon pasien |  |  |  |  |

## KETERAMPILAN 13

### RANGE OF MOTION (ROM)

1. **PENGERTIAN**

Latihan rentang gerak sendi (*ROM = Range Of Motion*) adalah latihan menggerakkan sendi sebanyak mungkin tanpa menimbulkan rasa nyeri

## TUJUAN

Tujuan dilakukannya latihan rentang gerak sendi adalah untuk

* 1. Menjaga fungsi sendi, latihan ini dapat dilakukan oleh klien perawat, fisioterapi, asisten, dan keluarga
  2. Mengembalikan fungsi sendi yang berkurang/hilang karena penyakit, cedera memerlukan keterampilan dan tehnik khusus, biasanya dilakukan oleh fisioterapi.

## KEBIJAKAN

### Indikasi

Indikasi klien yang mendapat latihan rentang gerak sendi adalah:

* 1. Klien preoperasi
  2. Klien yang mengalami penurunan kesadaran
  3. Klien yang mengalami paralise
  4. Klien yang harus bedrest

### Kontraindikasi

Kontraindikasi latihan rentang gerak sendi adalah

* 1. Klien dengan gangguan jantung atau pernafasan
  2. Klien yang mengalami gangguan pada sistem muskuloskeletal, misalnya; fraktur, dislokasi, bengkak, sprain dan strain pada daerah ekstremitas yang akan dilakukan latihan rentang gerak sendi

## TIPE ROM

* 1. Aktif

Klien diajarkan untuk menggerakkan sendi yang mengalami penurunan fungsi. Pada tipe ini klien mampu melakukan latihan ROM sendiri.

* 1. Aktif – Assistif

Dilakukan oleh perawat dan klien, dorong klien untuk melakukan latihan ROM sendiri sesuai dengan kemampuan klien, perawat melengkapi bagian yang belum dapat dilaksanakan oleh klien.

* 1. Pasif

Latihan ROM dilakukan oleh perawat pada klien yang mengalami imobilisasi pada sendi.

## WAKTU LATIHAN

ROM sebaiknya dilaksanakan bersamaan dengan memandikan klien, karena air hangat yang digunakan untuk memandikan merilekskan otot dan menurunkan potensial spasme. Selain itu selama mandi area sendi dapat digerakkan dan diobservasi

## HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN

Sesudah dilakukan pergerakan, kembalikan tubuh pada posisi anatomis

## PERSIAPAN PERAWAT

* 1. Penguasaan konsep yang terkait dengan prosedur, seperti : batasan, rasional, tujuan, prinsip, dan tahapan tindakan.
  2. Menjaga sikap professional dan komunikasi terapeutik dengan klien dan keluarga selama prosedur tindakan.
  3. Memperhatikan precaution terhadap bahaya infeksi dengan mencuci tangan, menggunakan perlengkapan perlindungan diri (sarung tangan/masker/kaca mata pelindung/apron/sepatu tertutup, dll).
  4. Memperhatikan kesterilitasan prosedur jika jika prinsip tindakan adalah steril.
  5. Menjaga keselamatan dan keamanan diri terhadap bahaya fisik selama tindakan diantaranya menutup kembali jarum suntik dengan benar atau menggunakan prosedur *no-recupping* jika tersedia wadah pembuangan benda tajam

## PROSEDUR PELAKSANAAN ROM

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek yang dinilai** | **Nilai** | | |
| **0** | **1** | **2** |
| ***A*** | ***Tahap Persiapan*** |  |  |  |
|  | 1. Cek order. Pastikan bahwa klien yang dimaksud mendapat tindakan latihan ROM 2. Kaji kemampuan mobilitas dan aktivitas klien untuk melakukan latihan 3. Kaji status kesehatan klien 4. Kaji ketidakmampuan dan kemauan klien untuk melakukan latihan ROM 5. Rencanakan waktu latihan 6. Rencanakan tipe latihan |  |  |  |
| ***B*** | ***Tahap Orientasi*** |  |  |  |
|  | 1. Berikan salam 2. Identifikasi dan validasi kondisi klien 3. Jelaskan prosedur pelaksanaan kepada klien dan keluarga : kegiatan, tujuan , waktu, tempat serta peran perawat dan klien. 4. Menjaga privacy klien 5. Memberikan kesempatan pada klien sebelum dilakukan tindakan 6. Berdoa |  |  |  |
| ***C*** | ***Tahap Kerja*** |  |  |  |
|  | 1. Jelaskan tentang pengertian dan tipe latihan ROM di tempat tidur 2. Jelaskan prosedur pelaksanaan. Meskipun beberapa orang sudah terbiasa dengan latihan ROM, mungkin bagi klien yang lain merupakan pengalaman pertama. Jelaskan sesuai tingkat pengetahuan klien tentang latihan ROM 3. Tinggikan tempat tidur klien sampai perawat merasa nyaman untuk melakukan tindakan/Atur posisi klien senyaman mungkin  * **Gerakan pada Leher**   1. Fleksi : Gerakkan kepala dari posisi tengah garis ke depan tegak lurus, letakkan dagu sampai pada dada   2. Ekstensi : Gerakkan kepala dari posisi fleksi ke posisi tegak lurus   3. Hiperekstensi : Gerakkan kepala dari posisi tegak lurus ke belakang sejauh mungkin   4. Fleksi lateral : Gerakkan kepala lateral kanan dan kiri bahu   5. Rotasi : Palingkan wajah sejauh mungkin ke arah kanan dan kiri * **Gerakan Abduksi dan Adduksi Bahu**  1. Letakkan tangan kanan klien disamping kanan tubuh klien 2. Pegang tangan kanan bagian atas klien dengan tangan kiri anda dibagian atas siku, gunakan tangan kanan anda untuk memegang tangan kanan bagian bawah klien 3. Buka tangan kanan klien ke arah samping dengan membentuk sudut 90° terhadap tubuh 4. Lakukan gerakan ini kali sebanyak 5-10 kali 5. Lakukan hal yang sama untuk tangan kiri klien  * **Gerakan Fleksi dan Ekstensi Bahu**   1. Letakkan tangan kanan klien disamping kanan tubuh klien (posisi   anatomis) |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. Pegang tangan kanan bagian atas klien dengan tangan kiri anda di bagian atas siku, gunakan tangan kanan anda untuk memegang tangan kanan bagian bawah klien 2. Buka tangan kanan klien ke arah atas dengan membentuk sudut 90°/tegak lurus terhadap tubuh 3. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali 4. Lakukan hal yang sama untuk tangan kiri klien 5. **Gerakan Rotasi Bahu**    1. Pegang tangan kanan bagian atas klien dengan tangan kiri anda dibagian atas siku, gunakan tangan kanan anda untuk memegang tangan kanan bagian bawah klien    2. Angkat tangan kiri klien dengan membentuk sudut 90°/tegak lurus terhadap tubuh    3. Lakukan gerakan memutar bahu searah jarum jam sebanyak 5 kali    4. Lakukan gerakan memutar bahu berlawanan arah dengan jarum jam sebanyak 5 kali    5. Lakukan hal yang sama untuk bahu kiri klien  * **Gerakan Fleksi dan Ekstensi Siku**   1. Letakkan tangan kanan klien menjauh titik tubuh dengan posisi lurus   2. Pegang tangan kanan bagian atas klien dengan tangan kiri anda dibagian atas siku, gunakan tangan kanan anda untuk memegang tangan kanan bagian bawah klien   3. Lipat tangan kanan klien dibagian siku   4. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali   5. Lakukan hal yang sama untuk tangan kiri klien * **Gerakan Pronasi dan Supinasi Lengan**   1. Letakkan tangan kanan klien menjauhi titik tubuh   2. Pegang tangan kanan bagian bawah klien dengan tangan kiri anda, gunakan tangan kanan anda untuk memegang telapak tangan kanan klien   3. Dengan menggunakan tangan kanan anda, bolak-balikan telapak tangan kanan klien   4. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali   5. Lakukan hal yang sama untuk tangan kiri klien * **Gerakan Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan**   1. Letakkan tangan klien menjauh titik tubuhdengan melipat/membengkokkan siku   2. Pegang tangan kanan klien dengan tangan kiri anda, gunakan tangan kanan anda untuk memegang telapak tangan klien   3. Dorong ke arah belakang untuk ekstensi dan ke arah depan untuk fleksi (dorongan dilakukan sejauh mungkin)   4. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali   5. Lakukan hal yang sama untuk tangan kiri klien * **Gerakan Fleksi dan Ekstensi Jari Tangan**   1. Letakkan tangan klien menjauh titik tubuh dengan melipat/membengkokkan siku   2. Pegang pergelangan tangan kanan klien dengan tangan kiri anda,   gunakan tangan kanan anda untuk memegang jari-jari tangan kanan klien |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. Lakukan meremas dan meregangkan jari-jari tangan seoptimal mungkin 2. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali 3. Lakukan hal yang sama untuk tangan kiri klien  * **Gerakan abduksi dan adduksi pergelangan tangan**   1. Letakkan tangan klien menjauh titik tubuh dengan melipat/membengkokkan siku   2. Pegang pergelangan tangan kanan klien dengan tangan kiri anda, gunakan tangan kanan anda untuk memegang jari-jari tangan kanan klien   3. Bengkokkan pergelangan tangan ke arah lateral dengan posisi tangan supinasi ke kanan dan ke kiri   4. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali   5. Lakukan hal yang sama untuk tangan kiri klien * **Gerakan fleksi, ekstensi, dan hiperekstensi tangan dan jari**   1. Letakkan tangan klien menjauh titik tubuh dengan melipat/membengkokkan siku   2. Pegang pergelangan tangan kanan klien dengan tangan kiri anda, gunakan tangan kanan anda untuk memegang jari-jari tangan kanan klien   3. Kepalkan tangan klien   4. Luruskan jari tangan   5. Bengkokkan jari tangan ke belakang sejauh mungkin   6. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali   7. Lakukan hal yang sama untuk tangan kiri klien * *Gerakan Adduksi dan Abduksi Jari*   1. Letakkan tangan klien menjauh titik tubuh dengan melipat/membengkokkan siku   2. Pegang pergelangan tangan kanan klien dengan tangan kiri anda, gunakan tangan kanan anda untuk memegang jari-jari tangan kanan klien   3. Bentangkan tiap jari tangan terpisah dari jari yang lain   4. Gabungkan jari–jari tangan bersama - sama   5. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali   6. Lakukan hal yang sama untuk tangan kiri klien * **Gerakan Fleksi dan Ekstensi Jempol**   1. Letakkan tangan klien menjauh titik tubuh dengan melipat/membengkokkan siku   2. Pegang pergelangan tangan kanan klien dengan tangan kiri anda, gunakan tangan kanan anda untuk memegang jempol tangan kanan klien   3. Gerakkan jempol melintang pada permukaan telapak tangan pada kelima jari   4. Gerakkan jempol miring dari tangan   5. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali   6. Lakukan hal yang sama untuk tangan kiri klien * **Gerakan Rotasi Jempol Tangan**   1. Letakkan tangan klien menjauh titik tubuhdenganmelipat/membengkok-kan siku   a. Pegang pergelangan tangan kanan klien dengan tangan kiri anda, |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | gunakan tangan kanan anda untuk memegang jempol tangan kanan klien   1. Lakukan gerakan memutar jempol tangan kanan klien 2. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali 3. Lakukan hal yang sama untuk tangan kiri klien    * **Gerakan Abduksi dan adduksi Jempol** 4. Letakkan tangan klien menjauh titik tubuh dengan melipat/membengkokkan siku 5. Pegang pergelangan tangan kanan klien dengan tangan kiri anda, gunakan tangan kanan anda untuk memegang jempol tangan kanan klien 6. Lebarkan jempol terpisah dari jari tangan kanan klien kemudian kembalikan jempol pada posisi semula 7. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali 8. Lakukan hal yang sama untuk tangan kiri klien  * **Gerakan Berlawanan Jari Jempol**   1. Letakkan tangan klien menjauh titik tubuh dengan melipat/membengkokkan siku  1. Pegang pergelangan tangan kanan klien dengan tangan kiri anda, gunakan tangan kanan anda untuk memegang jempol tangan kanan klien 2. Anjurkan klien untuk meraba tiap ujung jari dengan menggunakan jempol. Pergerakan sendi pada jempol melibatkan gerakan abduksi, rotasio dan fleksi 3. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali 4. Lakukan hal yang sama untuk tangan kiri klien  * **Gerakan Fleksi dan Ekstensi Lutut dan Pangkal Paha**   1. Letakkan kaki kanan klien pada posisi anatomis   2. Pegang lutut kanan bagian belakang klien dengan tangan kiri anda, gunakan tangan kanan anda untuk memegang tumit kaki kanan klien   3. Angkat kaki kanan setinggi 50 cm   4. Lakukan gerakan menekuk dan meluruskan lutut dan pangkal paha kanan klien dengan cara mengarahkan lutut ke arah dada seoptimal mungkin   5. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali   6. Lakukan hal yang sama untuk lutut dan pangkal paha kaki kiri klien * **Gerakan Abduksi dan Adduksi Paha**   1. Letakkan kaki kanan klien pada posisi anatomis   2. Pegang lutut kanan bagian belakang klien dengan tangan kiri anda, gunakan tangan kanan anda untuk memegang tumit kaki kanan klien   3. Angkat kaki ke arah samping dengan menjauhi titik tubuh   4. Gerakkan kaki kembali menyilang di depan kaki yang lain   5. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali   6. Lakukan hal yang sama untuk pangkal paha kaki kiri klien * **Gerakan Internal Rotasi dan Eksternal Rotasi Paha**   1. Letakkan kaki kanan klien pada posisi anatomis   2. Pegang lutut kanan bagian atas klien dengan tangan kiri anda, |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | gunakan tangan kanan anda untuk memegang bagian atas mata kaki kanan klien   1. Putar tiap kaki dan betis ke arah dalam menyepak sejauh mungkin ke arah kaki yang lain 2. Putar tiap kaki dan betis ke arah luar menyepak sejauh mungkin dari arah kaki yang lain 3. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali  * **Gerakan Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Kaki**   1. Letakkan kaki kanan klien pada posisi anatomis   2. Pegang pergelangan kaki kanan klien dengan tangan kiri anda, gunakan tangan kanan anda untuk memegang telapak kaki kanan klien   3. Lakukan gerakan menekuk dan meluruskan telapak kaki kanan klien dengan cara mengarahkan jari-jari kaki ke arah dada seoptimal mungkin   4. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali   5. Lakukan hal yang sama untuk pergelangan kaki kiri klien * **Gerakan Dorsofleksi dan Plantar fleksi Tumit**   1. Letakkan kaki kanan klien pada posisi anatomis   2. Pegang tumit kaki kanan klien dengan tangan kiri anda, gunakan lengan tangan kanan anda untuk membengkokkan telapak kaki kanan klien   3. Lakukan gerakan membengkokkan telapak kaki kanan klien ke arah dada seoptimal mungkin   4. Kemudian pegang tumit kaki kanan klien dengan tangan kiri anda, tangan kanan anda mendorong tumit ke bawah ke arah jari – jari   5. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali   6. Lakukan hal yang sama untuk pergelangan kaki kiri klien * **Gerakan Infersi dan Efersi Telapak Kaki**   1. Letakkan kaki klien pada posisi anatomis   2. Pegang pergelangan kaki kanan klien dengan tangan kiri anda, gunakan tangan kanan anda untuk memegang jari-jari tangan kanan klien   3. Lakukan gerakan menekuk telapak kaki kedalam sehingga telapak kaki kanan menghadap telapak kaki kiri   4. Lakukan gerakan ini berulang kali sebanyak 5-10 kali   5. Lakukan hal yang sama untuk telapak kaki kiri klien * **Fleksi dan Ekstensi Jari-Jari Kaki**   1. Letakkan kaki klien pada posisi anatomis   2. Pegang pergelangan kaki kanan klien dengan tangan kiri anda, gunakan tangan kanan anda untuk memegang jari-jari kaki kanan klien   3. Lakukan gerakan melipat meremas dan meregangkan jari-jari kaki seoptimal mungkin   4. Lakukan gerakan ini berulang kali 5-10 kali   5. Lakukan hal yang sama untuk kaki kiri klien   4. Cuci tangan anda |  |  |  |
| **D** | **Tahap Terminasi** |  |  |  |
|  | 1. Rapikan alat dan klien |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. Evaluasi kegiatan dan respon klien   Observasi respon klien, warna kulit dan pernafasan. Cek nadi sebelum dan sesudah prosedur pelaksanaan. Juga amati adanya tanda kelelahan. Jika ada tanda-tanda penyimpangan selama prosedur pelaksanaan, hentikan tindakan dan laporkan pada dokter.  Bila tindakan telah selesai, Tahap Terminasi kriteria respon klien : nyeri, warna kulit, respirasi, nadi, tingkat kelelahan, kemampuan mobilitas sendi, rasa tidak nyaman pada sendi   1. Jelaskan RTL dan kontrak selanjutnya. 2. Berdoa dan Salam. 3. Cuci tangan |  |  |  |
| **E** | **Dokumentasi** |  |  |  |
|  | Dokumentasikan waktu latihan, jenis tindakan, hasil tindakan dan respon  klien. |  |  |  |

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Baid, H. (2006). The process of conducting a physical assessment: a nursing perspective. *British Journal of Nursing.*15, 710-714
2. Cox, C. L., Turner, R., &Blackwood, R. (2008). Physical Assessment for Nurses. United Kongdom, UK: Blackwell Publishing Ltd.
3. Dati, Sariasih Arum., Mustiah Yulistiani. (2020). Validitas Format Pengkajian Luka *Time Modifikasi Bates-Jensen.* *Jurnal Keperawatan*, 12(4), 555-566
4. Dillon, P. M. (2007). Nursing Health Assessment: A Critical Thinking Case Study Approach. Philadelphia: F. A. Davis Company
5. Suarningsih, Ni Kadek Ayu. (2017). Pelaksanaan Teknik Memindahkan Pasien Trauma. Universitas Udayana: Bali
6. Pejmankhah, S. (2014). Evaluate Nurses’ Self-Assessment and Educational NeedsiIn Term of Physical Examination of Patients in Hospitals of Birjand University of Medical Sciences. *Procedia-Social and Behavioral Sciences,* 141, 597-601. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.05.104
7. Secrest, J. A., Norwood, B. R., & Dumont, P. M. (2005). Physical Assessment Skills: A Descriptive Study of What is Taught and What is Practiced. *Journal of Professional Nursing*, 21, 114-118. doi:10.1016/j.profnurs.2005.01.004
8. Kartikawati, D. (2011). Buku Ajar Dasar-dasar Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta: Salemba
9. Sholikhah, Hidayad Heny., Andryansyah Arifin. (2005). Pelaksanaan *Universal Precautions* oleh Perawat dan Pekarya Kesehatan: Studi Kasus di Rumah Sakit Islam Malang Unisma. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 8(1), 29-39
10. West, S. L. (2006). Physical assessment: whose role is it anyway?. *Nurse Critical Care*, 11 (4), 161-167. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16869522>
11. Rosdahl, CB., Kowalski, M.T. (2011). *Textbookof basic nursing.* 10th Revised edition edition. Lippincott Williams and Wilkins: English
12. Alimul A Aziz (2006), *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*, Salemba Medika: Jakarta
13. Potter and Perry (2009). *Fundamental* of *Nursing: Fundamental Keperawatan*. Lippincott Co, Philadelphia
14. McCloskey, C.J and Bulechek, M.G. (2012), *Nursing Intervention Classification (NIC)*, IOWA outcomes project, Mosby Inc, St. Louis