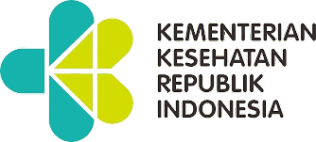


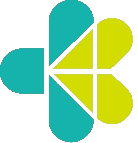
MODUL PRAKTIKUM

**KEPERAWATAN DASAR II**



**Disusun Oleh :**

**Tim Keperawatan Dasar II**

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN MALANG JURUSAN KEPERAWATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



MODUL PRAKTIKUM

KEPERAWATAN DASAR II

DISUSUN OLEH

Maria Diah Ciptaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.MB. Joko Pitoyo, S.Kp., M.Kep.

Kasiati, S.Kep., Ns., M.Kep

Fitriana Kurniasari Solikhah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Sumirah Budi Pertami, S.Kp., M.Kep.

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI **D-III** KEPERAWATAN MALANG TAHUN 2019



**VISI DAN MISI**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN MALANG JURUSAN KEPERAWATAN**

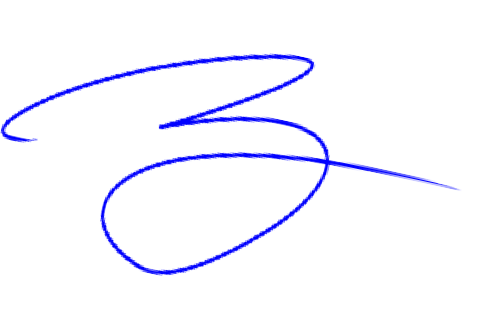
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

## Visi:

**“Menjadi Program Studi Diploma III Keperawatan yang Berkarakter dan Unggul Terutama di Bidang Keperawatan Komunitas pada Tahun 2019”**

**Misi:**

1. Menyelenggarakan program pendidikan tinggi vokasi bidang keperawatan dengan keunggulan keperawatan komunitas sesuai Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia, berdasarkan Pancasila, didukung teknologi informasi, dan sistem penjaminan mutu
2. Melaksanakan penelitian terapan dibidang keperawatan terutama keperawatan komunitas
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat berbasis hasil penelitian terapan di bidang keperawatan terutama keperawatan komunitas
4. Meningkatan kuantitas dan kualitas sarana dan prasarana kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi di bidang pendidikan keperawatan
5. Mengembangkan kerjasama Nasional dan Internasional dalam rangka Tri Dharma Perguruan Tinggi di bidang keperawatan
6. Melaksanakan tatakelola organisasi yang kredibel, transparan, akuntabel, bertanggungjawab, dan adil
7. Meningkatkan kualitas dan kuantitas Sumber Daya Manusia yang profesional dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi



**LEMBAR PENGESAHAN**

Modul Praktikum mata kuliah Keperawatan Dasar II Tahun 2019 adalah dokumen resmi dan digunakan pada kegiatan Pembelajaran Praktikum Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Malang Jurusan Keperawatan di Lingkungan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Disahkan pada tanggal Januari 2019

|  |  |
| --- | --- |
| Direktur  Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang  **Budi Susatia, S.Kp M.Kes NIP. 19650318 198803 1002** | Ketua Jurusan Keperawatan  **Imam Subekti, S.Kp M.Kep Sp.Kom NIP. 196512051989121001** |

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia- Nya sehingga penyusunan Modul Praktikum Keperawatan Dasar II dapat diselesaikan.

Penyusunan modul ini dapat diselesaikan atas bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu kami mengucapkan terimakasih kepada :

1. Budi Susatia, S.Kp., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang atas arahan dan bimbingannya.
2. Imam Subekti, S.Kep.Ns., M.Kep.Sp.Kom, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Malang yang telah memberikan kesempatan dan arahan dalam penyusunan modul.
3. Rekan sejawat dosen di lingkungan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
4. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu, yang telah membantu dalam penyusunan modul ini.

Semoga penyusunan modul ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan dan pihak lain yang membutuhkan.

Malang, Januari 2019 Penyusun

## DAFTAR ISI

A. Cover Luar

B. Cover Dalam ................................................................................................ i

C. Visi dan Misi................................................................................................ ii

D. Lembar Pengesahan .................................................................................... iii

E. Kata pengantar ............................................................................................. iv

F. Daftar isi ...................................................................................................... v

G. BAB I PENDAHULUAN

[1.1 Deskripsi ................................................................................................ 1](#_TOC_250005)

[1.2 Capaian Pembelajaran............................................................................ 1](#_TOC_250004)

[1.3 Peserta .................................................................................................... 2](#_TOC_250003)

H. BAB II LANDASAN TEORI DAN TEKNIS PELAKSANAAN

* 1. PRAKTIKUM 1 : Pemberian administrasi pengobatan ....................... 3
  2. PRAKTIKUM 2 : Pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit ............ 10
  3. PRAKTIKUM 3 : Pemenuhan kebutuhan eliminasi urine .................... 18
  4. PRAKTIKUM 4 : Pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan aktifitas ....... 27

2.5 PRAKTIKUM 5 : Perawatan luka ......................................................... 32

2.6 PRAKTIKUM 6 : Pemenuhan kebutuhan spiritual & pasien menjelang ajal 46 I. TATA TERTIB ............................................................................................. 56

[J. SANGSI ........................................................................................................ 57](#_TOC_250002)

[K. EVALUASI ................................................................................................. 57](#_TOC_250001)

[L. REFERENSI ................................................................................................ 57](#_TOC_250000)

M. LAMPIRAN................................................................................................ 59

## BAB I PENDAHULUAN

## DESKRIPSI

Pengalaman pembelajaran laboratorium/praktikum merupakan salah satu pengalaman belajar yang sangat penting dalam pendidikan keperawatan, selain pengalaman belajar tutorial. Pembelajaran praktikum dirancang dengan tujuan agar mahasiswa dapat mencapai ketrampilan dalam mencapai standart kompetensi.

Secara garis besar panduan praktikum Keperawatan Dasar II ini disusun berdasarkan kebutuhan praktikum saudara di tempat kerja dalam menerapkan ilmu keperawatan. Penyusunan panduan praktikum ini terdiri dari beberapa kegiatan belajar saudara sebagai berikut:

* + 1. Praktikum 1 : Pemberian Administrasi Pengobatan
    2. Praktikum 2 : Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit
    3. Praktikum 3 : Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi Urine
    4. Praktikum 4 : Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi dan Aktifitas
    5. Praktikum 5 : Perawatan Luka
    6. Praktikum 6 : Pemenuhan kebutuhan spiritual dan pasien menjelang ajal Progam pembelajaran praktikum dirancang setelah pembelajaran dikelas

tentang konsep selesai diberikan. Kegiatan pembelajaran dimulai dari demonstrasi, simulasi, diskusi dilanjutkan dengan praktikum/labskill secara kelompok maupun individu sehingga setiap mahasiswa dapat memenuhi kompetensi yang sama.

## CAPAIAN PEMBELAJARAN

Mampu melakukan tindakan keterampilan antara lain :

* + 1. Mampu melakukan pemberian administrasi pengobatan
    2. Mampu melakukan pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit
    3. Mampu melakukan pemenuhankebutuhan eliminasi urine
    4. Mampu melakukan pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan aktifitas
    5. Mampu melakukan perawatan luka
    6. Mampu melakukan pemenuhan kebutuhan spiritual dan pasien menjelang ajal

## PESERTA

Peserta pembelajaran praktikum adalah mahasiswa Tingkat I semester II.

## BAB II

**LANDASAN TEORI DAN TEKNIS PELAKSANAAN**

* 1. **PRAKTIKUM 1 (WAKTU : 5 x 170 menit)**

**Pemberian Administrasi Pengobatan**

Oleh : Kasiati, S.Kep., Ns., M.Kep

## LANDASAN TEORI

Jalur pemberian obat turut menetukan kecepatan dan kelengkapan resorpsi obat. Tergantung dari efek yang diinginkan, yaitu efek sistemik (di seluruh tubuh) atau efek local (setempat) keadaan pasien dan sifat-sifat fisiko-kimiawi obat, dapat dipilih dari banyak cara untuk memberikan obat.

## Efek Sistemik

* 1. Oral

Pemberian obat melalui mulut (per oral) adalah cara yang paling lazim, karena sangat praktis, mudah dan aman. Namun tidak semua obat dapat diberikan peroral, misalnya obat yang bersifat merangsang (emetin, aminofilin) atau yang diuraikan oleh getah lambung, seperti benzilpenisilin, insulin, oksitosin dan hormone steroida. Sering kali, resorpsi obat setelah pemberian oral tidak teratur dan tidak lengkap meskipun formulasinya optimal, misalnya senyawa ammonium kwartener (thiazianium, tetrasiklin, kloksasilin dan digoksin) (maksimal 80%). Keberatan lain adalah obat segtelah direpsorbsi harus melalui hati, dimana dapat terjadi inaktivasi sebelum diedarkan ke lokasi kerjanya.

Untuk mencapai efek local di usus dilakukan pemberian oral, misalnya obat cacing atau antibiotika untuk mensterilkan lambung-usus pada infeksi atau sebelum pembedahan (streptomisin, kanamisin, neomisin, beberapa sulfonamida). Obat-obat ini justru tidak boleh diserap.

* 1. Sublingual

Obat setelah dikunyah halus (bila perlu) diletakkan di bawah lidah (sublingual), tempat berlangsungnya rebsorpsi oleh selaput lender setmpat ke dalam vena lidah yang banyak di lokasi ini. Keuntungan cara ini ialah obat langsung masuk ke peredaran darah besar tanpa melalui hati. Oleh karena itu, cara ini digunakan bila efek yang pesat dan lengkap diinginkan, misalnya pada serangan angina (suatu

penyakit jantung), asma atau migrain (nitrogliserin, isoprenalin, ergotamin juga metiltesteron). Kebertannya adalah kurang praktis untuk digunakan terus-menerus dan dapat merangsang mukosa mulut. Hanya obat yang bersifat lipofil saja yang dapat diberikan dengan cara ini.

* 1. Injeksi

Pemberian obat secara parenteral (berarti “di luar usus”) biasanya dipilih bila diinginkan efek yang cepat, kuat dan lengkap atau untuk obat yang merangsang atau dirusak oleh getah lambung (hormon), atau tidak diresorpsi usus (streptomisin). Begitu pula pasien yang tidak sadar atau tidak mau kerja sama. Keberatannya adalah cara ini lebih mahal dan nyeri serta sukar digunakan oleh pasien sendiri. selain itu ada pula bahaya terkena infeksi kuman (harus steril) dan bahaya merusak pembuluh atau saraf jika tempat suntikan tidak dipilih dengan tepat.1

* + - Subkutan (hipodermal)

Injeksi dibawah kulit dapat dilakukan hanya dengan obat yang tidak merangsang dan melarut baik dalam air atau minyak. Efeknya tidak secepat injeksi intramuscular atau intravena. Mudah dilakukan sendiri, misalnya insulin pada pasien penyakit gula.

* + - Intrakutan

Absorpsi sangat lambat, mislanya injeksi tuberculin dari Mantoux.

* + - Intramuscular

Dengan injeksi di dalam otot, obat yang terlarut bekerja dalam waktu 10-30 menit. Guna memperlambat resorpsi dengan maksud memperpanjang kerja obat, sering kali digunakan larutan atau suspensi dalam minyak, misalnya suspensi penisilin dan hormone kelamin. Tempat injeksi umumnya dipilih pada otot bokong yang tidak memiliki banyak pembuluh dan saraf.

* + - Intravena

Injeksi ke dalam pembuluh darah menghasilkan menghasilkan efek tercepat: dalam waktu 18 detik, yaitu waktu satu peredaran darah, obat sudah tersebar ke seluruh jaringan. Tetapi lama kerja obat biasanya hanya singkat. Cara ini digunkan untuk mencapai pentakaran yang tepat dan dapat dipercaya, atau efek yang sangat cepat dan kuat. Tidak untuk obat yang tak larut air atau menimbulkan endapan dengan protein atau butir darah.

Bahaya injeksi i.v. adalah dapat mengakibatkan terganggunya zat-zat kolida darah dengan reaksi hebat, karena dengan cara ini ‘benda asing’ langsung dimasukkan ke dalam sirkulasi , misalnya tekanan darah mendadak turun dan timbul shock. Bahaya ini lebih besar bila injeksi dilakukan terlalu cepat, sehingga kadar obat setempat dalam darah meningkat terlalu pesat. Oleh karena itu setiap injeksi i.v. sebaiknya dilakukan dengan amat perlahan, antara 50 dan 70 detik lamanya.

Infus tetes intravena dengan obat sering kali dilakukan di rumah sakit pada keadaan darurat atau dengan obat yang cepat metabolisme dan ekskresinya guna mencapai kadar plasma yang tetap tinggi.

* + - Intra-arteri

Injeksi ke pembuluh nadi adakalanya dilakukan untuk “membanjiri” suatu organ, misalnya hati, dengan obat yang sangat cepat diinaktifkan atau terikat pada jaringan, misalnya obat kanker nitrogenmustard.

* + - Intralumbal

Intralumbal (antara ruas tulang belakang), intraperitoneal (ke dalam ruang selaput perut), intrapleural (selaput paru-paru), intracardial (jantung) ddan anti-artikuler (ke celah-celah sendi) adalah beberapa cara injeksi lainnya untuk memasukkan obat langsung ke tempat yang diinginkan.

* + - Implantasi subkutan

Implantasi subkutan adalah memasukkan obat yang berbentuk pellet steril (tablet silindris kecil) ke bawah kulit dengan menggunkan suatu alat khusus (trocar). Obat ini terutama digunakan untuk efek sistemis lama, misalnya hormon kelamin (estradiol dan testosteran. Akibat resorpsi yangh lambat, satu pellet dapat melepaskan zat aktifnya secara teratur selama 3-5 bulan lamanya. Bahkan dewasa ini tersedia implantasi obat antihamil dengan lama kerja 3 tahun (Implanon, Norplant).

* + - Rektal

Rektal adalah pemberian obat melalui rectum (dubur) yang layak untuk obat yang merangsang atau yang diuraikan oleh asam lambung, biasanya dalam bentuk suppositoria, kadang-kadang sebagai cairan (klisma: 2-10 mL, lavemen: 10-500 mL). Obat ini terutama digunakan pada pasien yang mual atau muntah-muntah (mabuk jalan atau migrain) atau yang terlampau sakit

untuk menelan tablet. Adakalanya juga untuk efek lokal yang cepat, misalnya laksans (suppose, bisakodil/gliserin) dan klisma (prednisone atau neomisin). Sebagai bahan dasar (basis) suppositoria digunakan lemak yang meleleh pada suhu tubuh (k.l. 36,80C), yakni oleum cacao dan gliserida sintetis (Estarin, Wittepsol). Demikian pula zat-zat hidrofil yang melarut dalam getah rectum, misalnya tetrasiklin, kloramfenikol dan sulfonamida (hanya 20%). Karena ini sebaiknya diberikan dosis oral dan digunakan pada rectum kosong (tanpa tinja). Akan tetapi, setelah obat diresopsi, efek sistemiknya lebih cepat dan lebih kuat dibandingkan pemberian per oral, berhubung vena-vena bawah dan tengah dari rectum tidak tersambung pada system porta dan obat tidak melalui hati pada peredaran darah pertama, sehingga tidak mengalami perombakan First Pass Effect. Pengecualian adalah bila obat diserap di bagian atas rectum dan oleh vena porta dan kemudian ke hati. Misalnya thiazianium.

Dengan demikian, penyebaran obat di dalam rectum yang tergantung dari basis suppositoria yang digunakan, dapat menentukan rutenya ke sirkulasi darah besar. Suppositoria dan salep juga sering digunakan untuk efek local pada gangguan poros usus misalnya wasir. Keberatannya ialah dapat menimbulkan peradangan bila digunakan terus-menerus.

## Efek Lokal

* 1. Intranasal

Mukosa lambung-usus dan rectum, juga selaput lendir lainnya dalam tubuh, dapat menyerap obat dengan baik dan menghasilkan terutama efek setempat. Secara intranasal (melalui hidung) digunakan tetes hidung pada selesma untuk menciutkan mukosa yang bengkak (efedrin, ksilometazolin). Kadang-kadang obat juga untuk memberikan efek sistemis, misalnya vasopressin dan kortikosteroida (heklometason, flunisolida).

* 1. Intra-okuler dan Intra-aurikuler (dalam mata dan telinga)

Obat berbentuk tetes atau salep digunakan untuk mengobati penyakit mata atau telinga. Pada penggunaan beberapa jenis obat tetes harus waspada, karena obat dapat diresorpsi ke darah dan menimbulkan efek toksik, misalnya atropin.

* 1. Inhalasi (Intrapulmonal)

Gas, zat terbang, atau larutan sering kali diberikan sebagai inhalasi (aerosol), yaitu obat yang disemprotkan ke dalam mulut dengan alat aerosol. Semprotan obat dihirup dengan udara dan resorpsi terjadimelalui mukosa mulut, tenggorokan dan saluran napas. Tanpa melalui hati, obat dapat dengan cepat memasuki predaran darah dan menghasilkan efeknya. Yang digunakan secara inhalasi adalah anestetika umum (eter, halotan) dan obat-obat asam (adrenalin, isoprenalin, budenosida dan klometason) dengan maksud mencapai kadar setempat yang tinggi dan memberikan efek terhadap brochia. Untuk maksud ini, selain larutan obat, juga dapat digunakan zat padatnya (turbuhaler) dalam keadaan sangat halus (microfine: 1-5 mikron), misalnya natriumkromoglikat, beklometason dan budesonida.

* 1. Intravaginal

Untuk mengobati gangguan vagina secara local tersedia salep, tablet atau sejenis suppositoria vaginal (ovula) yang harus dimasukkan ke dalam vagina dan melarut di situ. Contohnya adalah metronidazol pada vaginitis (radang vagina) akibat parasit trichomonas dan candida. Obat dapat pula digunakan sebagai cairan bilasan. Penggunaan lain adalah untuk mencegah kehamilan, di mana zat spermicide (dengan daya mematikan sel-sel mani) dimasukkan dalam bentuk tablet busa, krem atau foam.

* 1. Kulit (topical)

Pada penyakit kulit, obat yang digunakam berupa salep, krim, atau lotion (kocokan). Kulit yang sehat dan utuh sukar sekali ditembus obat, tetapi resorpsi berlangsung lebih mudah bila ada kerusakan. Efek sistemis yang menyusul kadang- kadang berbahaya, seperti degan dengan kortikosterida (kortison, betametason, dll), terutama bila digunakan dengan cara occlusi.

Perawat mempunyai tanggungjawab yang besar berkaitan dengan pemberian obat. Perawat harus memastikan bahwa pemberian obat yang diberikan mengikuti 6 benar atau tapat, yaitu tepat pasien, obat, waktu, dosis jalur pemberian dan tepat dokumentasi.

## Tepat Pasien

Pemberian obat yang tidak tepat pasien dapat terjadi seperti pada saat ordernya lewat telepon, pasien yang masuk bersamaan, kasus penyakit sama, suasana pasien sedang kusut atau adanya pindahan pasien dari ruang satu ke ruang lainnya.

## Tepat obat

Untuk menjamin obat yang diberikan benar, label atau etiket harus dibaca dengan teliti setiap akan memberikan obat. Label atau etiket yang perlu diteliti antara lain nama obat, sediaan, konsentrasi, dan cara pemberiaan serta Experied date. Kesalahan pemberian obat sering terjadi jika perawat memberikan obat yang disiapkan oleh perawat lain atau pemberian obat melalui wadah (spuit) tanpa identitas atau label yang jelas. Harus diusahakan menyiapkan sendiri obat yang akan diberikan.

## Tepat Waktu

Pemberian obat berulang, lebih berpotensi menimbulkan pemberian obat yang tidak tepat waktu. Banyak obat yang pemberiannya menuntut harus tepat waktu. Misalnya pada kasus gawat darurat henti jantung, efinefrin diberikan setiap 3-5 menit, jika tidak dipatuhi akan menghasilkan kadar obat yang tidak sesuai. Kekurangan atau kelebihan keduanya sangat berbahaya. Termasuk tepat waktu juga mencakup tepat kecepatan pemberian obat melalui injeksi (bolus atau lambat) atau pemberian melalui infus. Banyak obat yang menuntut harus tepat waktu pemberian obat terlalu cepat atau lambat dapat berakibat serius. Contoh dopamin harus diberikan antara 2-10 g/kg/menit, atropin harus diberikan melalui injeksi IV bolus (cepat). Pemberian dopamin secara bolus dapat menimbulkan kematian, sedangkan pemberian atropin secara lambat akan memperparah brandikardi (perlambatan denyut jantung) yang paradoksial. Adenosin yang mempunyai waktu paruh (t1/2) sangat pendek harus diberikan dengan cepat supaya efektif.

## Tepat dosis

Dosis yang tidak tepat dapat menyebabkan kegagalan terapi atau timbul efek yang berbahaya. Kesalahan dosis sering terjadi pada pasien anak-anak, lansia atau pada orang obesitas. Perhitungan dosis secara cermat harus dilakukan juga pada obat yang diberikan melalui infus, termasuk perhitungan kecepatan tetesan setiap menitnya.

## Tepat rute

Jalur atau rute pemberian obat adalah jalur obat masuk kedalam tubuh. Jalur pemberian yang salah dapat berakibat fatal atau minimal obat yang diberikan tidak efektif. Sebagai contoh epinefrin diberikan secara subkutan pada pasien asma karena diabsorbsi secara lambat dan dapat berefek kira-kira 20 menit. Jika diberikan secara injeksi IM akan menyebabkan nekrosis jaringan karena terjadi vasokonstriksi berlebihan selain pasien juga tidak akan mendapatkan manfaat dari cara pemberian ini. Ketika diminta memberikan efinefrin secara subkutan dan diberikan secara injeksi IV dapat

menimbulkan efek detrimental pada pasien dewasa karena peningkatan kebutuhan oksigen di jantung. Sebaliknya pemberian obat secara subkutan untuk pengurangan rasa sakit yang seharusnya diberikan secara injeksi IV akan menyebabkan perlambatan efek atau obat kurang efektif.

## Tepat Dokumentasi

Aspek dokumentasi sangat penting dalam pemberian obat karena sebagai sarana untuk evaluasi. Menurut beberapa ahli, dokumentasi merupakan bagian dari pemberian obat yang rasional. Pemberian obat yang harus didokumentasikan meliputi nama obat, dosis, jalur pemberian, tempat pemberian, alasan pemberian obat, dan tandatangan yang memberikan.

## TEKNIK PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum Keperawatan Dasar II dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
      2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
      3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
      4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
      5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
      6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
      7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

## PRAKTIKUM 2 (WAKTU : 5 x 170 menit)

**Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit**

Oleh : Fitriana Kurniasari Solikhah, S.Kep., Ns., M.Kep.

## LANDASAN TEORI

* + - 1. **Konsep Dasar Pemasangan Infus**

Pemasangan infus merupakan sebuah teknik yang digunakan untuk memungsi vena secara transcutan dengan menggunakan stilet tajam yang kaku dilakukan dengan teknik steril seperti angeocateter atau dengan jarum yang disambungkan dengan spuit (Eni K, 2006). Pemasangan infus adalah salah satu cara atau bagian dari pengobatan untuk memasukkan obat atau vitamin ke dalam tubuh pasien (Darmawan, 2008).

Sedangkan infus adalah memasukkan cairan dalam jumlah tertentu melalui vena penderita secara terus menerus dalam jangka waktu tertentu (Azwar, 2008). Sementara itu menurut Lukman (2007), pemasangan infus intravena adalah memasukkan jarum atau kanula ke dalam vena (pembuluh balik) untuk dilewati cairan infus/pengobatan, dengan tujuan agar sejumlah cairan atau obat dapat masuk ke dalam tubuh melalui vena dalam jangka waktu tertentu. Tindakan ini sering merupakan tindakan *life saving* seperti pada kehilangan cairan yang banyak, dehidrasi dan syok, karena itu keberhasilan terapi dan cara pemberian yang aman diperlukan pengetahuan dasar tentang keseimbangan cairan dan elektrolit serta asam basa.

Jadi dapat disimpulkan bahwa pemasangan infus adalah sebuah teknik memasukkan jarum atau kanula kedalam vena untuk memasukkan cairan infus kedalam tubuh.

* + - 1. Tujuan Pemasangan Infus

Tujuan utama terapi intravena adalah mempertahankan atau mengganti cairan tubuh yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein, lemak dan kalori yang tidak dapat dipertahankan melalui oral, mengoreksi dan mencegah gangguan cairan dan elektrolit, memperbaiki keseimbangan asam basa, memberikan tranfusi darah, menyediakan medium untuk pemberian obat intravena, dan membantu pemberian nutrisi parental (Hidayat, 2008).

* + - 1. Keuntungan dan Kerugian
         1. Keuntungan :

Keuntungan pemasangan infus intravena antara lain: Efek terapeutik segera dapat tercapai karena penghantaran obat ke tempat target berlangsung cepat,

absorbsi total memungkinkan dosis obat lebih tepat dan terapi lebih dapat diandalkan, kecepatan pemberian dapat dikontrol sehingga efek terapeutik data dipertahankan maupun dimodifikasi, rasa sakit dan iritasi obat-obat tertentu jika diberikan intramuscular atau subkutan dapat dihindari sesuai untuk obat yang tidak dapat diabsorbsi dengan rute lain karena molekul yang besar, iritasi atau ketidakstabilan dalam traktus gastrointestinalis.

b.Kerugian:

Kerugian pemasangan infus intravena adalah: tidak bisa dilakukan “*drug recall”* dan mengubah aksi obat tersebut sehingga resiko toksisitas dan sensitivitas tinggi, control pemberian yang tidak baik bisa menyebabkan “*speed shock”* dan komplikasi tambahan dapat timbul, yaitu: konmtaminasi mikroba melalui titik akses ke sirkulasi dalam periode tertentu, iritasi vascular, misalnya flebitis kimia, dan inkompabilitas obat dan interaksi dari berbagai obat tambahan.

* + - 1. Lokasi Pemasangan Infus

Menurut Perry dan Potter (2005), tempat atau lokasi vena perifer yang sering digunakan pada pemasangan infus adalah vena supervisial atau perifer kutan terletak di dalam fasia subcutan dan merupakan akses paling mudah untuk terapi intaravena. Daerah tempat infus yang memungkinkan adalah permukaan dorsal tangan (*Vena supervisial dorsalis, vena basalika, vena sefalika),* lengan bagian dalam (*vena basalika, vena sefalika, vena kubital median,* vena median lengan bawah, *dan vena radialis*), permukaan dorsal (*Vena safena magna, ramus dorsalis*).

Menurut Dougherty, dkk, (2010), Pemulihan lokasi pemasangan terapi intravena mempertimbangkan beberapa faktor, yaitu:

a.Umur pasien: misalnya pada anak kecil, pemilihan sisi adalah sangat penting dan mempengaruhi beberapa lama intravena terakhir

b.Prosedur yang diantisipasi: misalnya jika pasien harus menerima jenis terapi tertentu atau mengalami beberapa prosedur seperti pemedahan, pilih sisi yang tidak terpengaruh oleh apapun

c.Aktivitas pasien: misalnya gelisah, bergerak, tak bergerak, perubahan tingkat kesadaran

d.Jenis intravena: jenis larutan dan obat-obatan yang akan diberikan sering memaksa tempat-tempat yang optimum (misalnya hiperalimenasi adalah sangat mengiritasi bena-vena perifer

e.Durasi terapi intravena: terapi jangka panjang memerlukan pengukuran untuk memelihara vena; pilih bena yang akurat dan baik, rotasi sisi dengan hati-hati, rotasi sisi pungsi dari distal ke proksimal (misalnya mulai di tangan dan pindah ke lengan)

f.Keetersediaan vena perifer bila sangan sedikit vena yang ada, pemilihan sisi dan rotasi yang berhati-hati menjadi sangat penting; jika sedikit vena pengganti

g.Terapi intravena sebelumnya: flebitis sebelumnya membuat vena menjadi tidak baik untuk digunakan, kemotrapi sering membuat vena menjadi buruk (misalnya mudah pecah atau sklerosis)

h.Pembedahan sebelumnya: jangan gunakan ekstremitas yang terkena pada pasien dengan kelenjar limfe yang telah diangkat (misalnya pasien mastektomi) tanpa izin dari dokter

i.Sakit sebelumnya: jangan gunakan ekstremitas yang sakit pada pasien dengan stroke j.Kesukaan pasien: jika mungkin, pertimbangkan kesukaan alami pasien untuk sebelah

kiri atau kanan dan juga sisi.

* + - 1. Cairan Infus

Berdasarkan osmolalitasnya, menurut Perry dan Potter (2005), cairan intravena (infus) dibagi menjadi 3, yaitu:

* + - * 1. Cairan bersifat isotonis: osmolaritas (tingkat kepekatan) cairan mendekati serum (bagian cair dari komponen darah), sehingga terus berada di dalam pembuluh darah. Bermanfaat pada pasien yang mengalami hipovolemi (kekurangan cairan tubuh, sehingga tekanan darah terus menurun). Meiliki resiko terjadinya overload (kelebihan cairan), khususnya pada penyakit gagal jantung kongresif dan hipertensi. Contohnya adalah cairan Ringer-Laktat (RL), dan normal saline/larutan garam fisiologis (NaCl 0,9%).
        2. Cairan bersifat hipotonis: osmolaritasnya lebih rendah dibandingkan serum (kosentrasi ion Na+ lebih rendah dibandingkan serum), sehingga larut dalam serum, dan menurunkan osmolaritas serum. Maka cairan ditarik dari dalam pembuluh darah keluar ke jaringan sekitarnya (prinsip cairan berpindah dari osmolaritas rendah ke

osmolaritas tinggi), sampai akhirnya mengisi sel-sel yang dituju. Digunakan pada keadaan sel mengalami dehidrasi, misalnya pada pasien cuci darah (dialysis) dalam terapi deuretik, juga pada pasien hiperglikemia (kadar gula darah tinggi) dengan ketoasidosis diabetic. Komplikasi yang membahayakan adalah perpindahan tiba-tiba cairan dari dalam pembuluh darah ke sel, menyebabkan kolaps kardiovaskular dan peningkatan tekanan intrakarnial (dalam otak) pada beberapa orang. Contohnya adalah NaCl 45% dan *Dekstrosa 2,5%.*

* + - * 1. Cairan bersifat hipertonis: osmolaritasnya lebih tinggi dibandingkan serum, sehingga menarik cairan dan elektrolit dari jaringan dan sel ke dalam pembuluh darah. Mampu menstabilkan tekanan darah, meningkatkan produksi urine, dan mengurangi edema bengkak). Penggunaannya kontradiktif dengan cairan hipotonik. Misalnya *Dextrose 5%, 45% hipertonik, Dextrose 5% + Ranger- Lactate. NaCl*

1. Komplikasi Pemasangan Infus

Pemasangan infus intravena diberikan secara terus menerus dan dalam jangka waktu yang lama tentunya akan meningkatkan terjadinya komplikasi. Komplikasi dari pemasangan infus yaitu flebitis, hematoma, infiltrasi, trombiflebitis, emboli udara (Hinlay, 2006).

### *Flebitis*

Inflasi vena yang disebabkan oleh iritasi kimia maupun mekanik. Kondisi ini dikarakteristikkan dengan adanya daerah yang memerah dan hangat di sekitar daerah inersi/penusukan atau sepanjang vena, nyeri atau rasa lunak pada area inersi atau sepanjang vena dan pembengkakan.

### *Infiltrasi*

Infiltaris terjadi ketika cairan IV memasuki ruang subkutan di sekililing tempat fungsi vena. Infiltrasi ditunjukkan dengan adanya pembengkakan (akibat peningkatan cairan di jaringan), palor (disebabkan oleh sirkulasi yang menurun) di sekitar area inersi, ketidaknyamanan dan penurunan kecepatan aliran secara nyata. Infiltrasi mudah dikenali jika tempat penusukan lebih besar daripada tempat yang sama di ekstremitas yang berlawanan. Suatu cara yang lebih dipercaya untuk memastikan infiltrasi adalah dengan memasang torniket di atas atau di daerah proksimal dari tempat pemasangan infus dan mengencangkan torniket tersebut secukupnya untuk menghentikan aliran vena. Jika infus tetap menetes meskipun ada obstruksi vena, berarti terjadi infilrasi.

### *Iritasi vena*

Kondisi ini ditandai dengan nyeri selama diinfus, kemerahan pada kulit di atas area insersi. Iritasi vena bisa terjadi karena cairan dengan pH tinggi, pH rendah atau osmolaritas yang tinggi (misalnya: *Phenytoin, voncomycin, eritromycin dan nafellin).*

### *Hematoma*

Hematoma terjadi sebagai akibat kebocoran darah ke jaringan di sekitar area inersi. Hal ini disebabkan oleh pecahnya vena yang berlawanan selama penusukan vena, jarum keluar vena, dan tekanan yang tidak sesuai yang diberikan ke tempat penusukan setelah jarum atau kateter dilepaskan. Tanda dan gejala hematoma yaitu ekimosis, pembengkakan segera pada tempat penusukan, dan kebocoran darah pada tempat penusukan.

### *Tromboflebitis*

*Tromboflebitis* menggambarkan adanya bekuan ditambah peradangan dalam vena. Karakteristik *Tromboflebitis* adalah adanya nyeri yang terlokalisasi, kemerahan, rasa hangat, dan pembengkakan di sekitar area insersi atau sepanjang vena, imobilisasi ekstremitas karena adanya rasa tidak nyaman dan pembengkakan, kecepatan aliran yang tersendat, demam, malaise, dan leukositosis.

### *Trombosis*

*Trombisis* ditandai dengan nyeri, kemerahan, bengkak pada vena, dan aliran infus berhenti.

*Trombisis* disebabkan oleh injuri sel endotel dinding vena, pelekatan platelet.

### *Occlusion*

O*cclusion* ditandai dengan tidak adanya penambahan aliran ketika botol dinaikkan, aliran balik darah di selang infus, dan tidak nyaman pada area pemasangan/insersi. O*cclusion* disebabkan oleh gangguan aliran IV, aliran balik darah ketika pasien berjalan, dan selang diklem terlalu lama.

* 1. ***Spasme* Vena**

Kondisi ini ditandai dengan nyeri sepanjang vena, kulit pucat di sekitar vena, aliran berhenti meskipun klem sudah dibuka maksimal. *Spasme* Vena bisa disebabkan oleh pemberian darah atau cairan yang dingin, iritasi vena oleh obat atau cairan yang mudah mgiritasi vena dan aliran yang terlalu cepat.

### *Reaksi Vasovagal*

Digambarkan dengan klien tiba-tiba terjadi kollaps pada vena, dingin, berkeringat, pingsan, pusing, mual dan penurunan tekanan darah. Reaksi vasovagal bisa disebabkan oleh nyeri kecemasan.

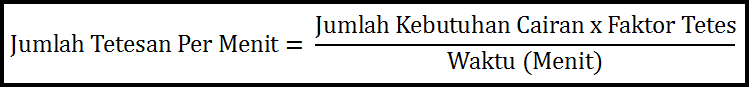
### *Kerusakan Syaraf, tendon dan ligament*

Kondisi ini ditadai oleh nyeri ekstrem, kebas/mati rasa, dan kontraksi otot. Efek lambat yang bisa muncul adalah paralysis, mati rasa dan deformitas. Kondisi ini disebabkan oleh tehnik pemasangan yang tidak tepat sehingga menimbulkan injuri di sekitar syaraf, tendon dan ligament.

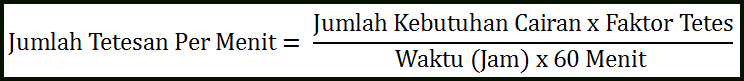
## Cara Menghitung Tetesan Cairan Rumus

Untuk memahami lebih lanjut, terlebih dahulu kita harus mengetahui rumus dasar menghitung jumlah tetesan cairan dalam satuan menit dan dalam satuan jam:

Rumus Dasar (dalam satuan menit)



Rumus Dasar (dalam satuan jam)



**Dewasa (*Macro Drip*)**

Infus set *macro drip* memiliki banyak jenis berdasarkan faktor tetesnya. Infus set yang paling sering digunakan di instalasi kesehatan Indonesia hanya 2 jenis saja. Berdasarkan merek dan faktor tetesnya:

* + - Merek Otsuka, faktor tetes:

1 ml (cc) = 15 tetes/menit

* + - Merek Terumo, faktor tetes:

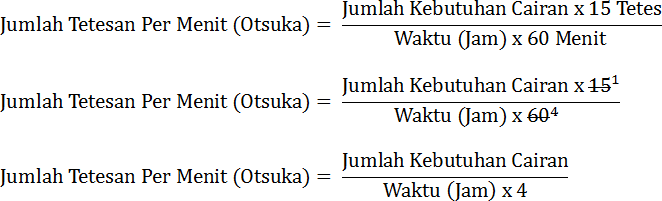
1 ml (cc) = 20 tetes/menit

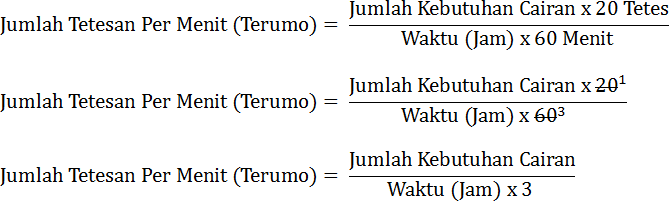
Infus *Blood set* untuk tranfusi memiliki faktor tetes yang sama dengan merek otsuka, 15 tetes/menit.

Infus *set macro drip* dengan faktor tetes 10 tetes/menit jarang ditemui di Indonesia. Biasanya hanya terdapat di rumah sakit rujukan pusat, rumah sakit pendidikan, atau rumah sakit internasional.

## Penurunan rumus dewasa

Berikut ini adalah rumus cepat hasil penurunan dari rumus dasar (dalam satuan jam), untuk pasien dewasa:

o) Merek Otsuka

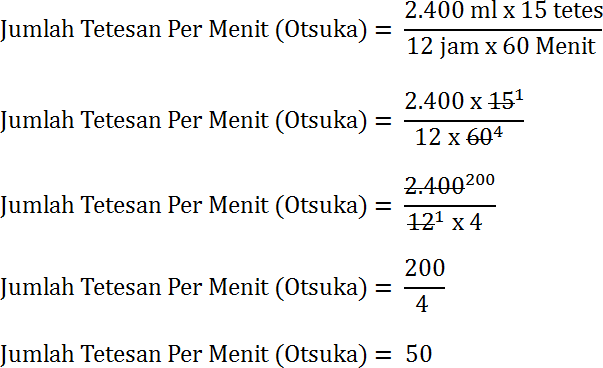
1. Merek Terumo

## Contoh soal 1

Seorang pasien dengan berat 65 kg datang ke klinik dan membutuhkan 2.400 ml cairan RL. Berapa tetes infus yang dibutuhkan jika kebutuhan cairan pasien mesti dicapai dalam waktu 12 jam? Di klinik tersedia infus set merek Otsuka.

Diketahui:

Cairan = 2.400 ml (cc) Waktu = 12 jam

Faktor tetes Otsuka = 15 tetes Jawab:

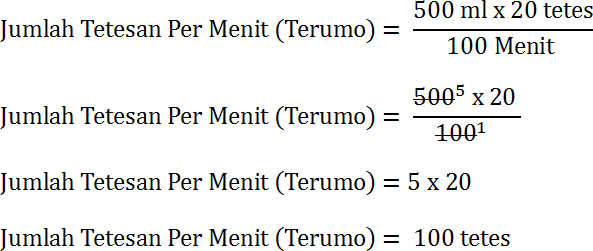
Jadi, pasien tersebut membutuhkan 50 tetes infus untuk menghabiskan cairan 2400 ml dalam waktu 12 jam dengan menggunakan infus set Otsuka

## Contoh soal 2

Seorang pasien datang ke RSUD dan membutuhkan 500 ml cairan RL. Berapa tetes infus yang dibutuhkan jika kebutuhan cairan pasien mesti dicapai dalam waktu 100 menit? Di RSUD tersedia infus set merek Terumo.

Diketahui:

Cairan = 500 ml (cc) Waktu = 100 menit

Faktor tetes Terumo = 20 tetes Jawab:

Jadi, pasien tersebut membutuhkan 100 tetes infus untuk menghabiskan cairan 500 ml dalam waktu 100 menit dengan menggunakan infus set Terumo.

## TEKNIK PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum KDM II , dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mahasiswa telah mengikuti perkuliahan tentang konsep kebutuhan cairan dan elektrolit
2. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi pemasangan infus
3. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan untuk tindakan pemasangan infus dan cek Hb sebelum kegiatan dimulai( minimal H-1 )
4. Setiap mahasiswa wajib mempelajari modul pratikum dan SOP tentang pemasangan infus ebelum melakukan pratikum laboratorium
5. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan KDM. (kedisiplinan, ketertiban, kerapian, jaslab, dan menggunakan sandal laboratorium serta membawa SOP kegiatan)
6. Wajib mengisi presensi dan journal pratikum laboratorium setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
7. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
8. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum secara individu
9. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

## PRAKTIKUM 3 (WAKTU : 5 x 170 menit)

**Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi Urine**

Oleh : Joko Pitoyo, S.Kp., M.Kep.

## LANDASAN TEORI

1. **DEFINISI**

Eliminasi urine adalah proses pengosongan kandung kemih bila kandung kemih terisi. Miksi ini sering disebut buang air kecil.

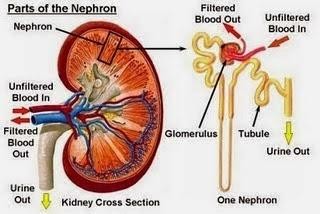
## ANATOMI SISTEM ELIMINASI

* 1. **Urine**
     1. Ginjal

Kedudukan ginjal terletak dibagian belakang dari kavum abdominalis di belakang peritonium pada kedua sisi vertebra lumbalis III, dan melekat langsung pada dinding abdomen.Bentuknya seperti biji buah kacang merah (kara/ercis), jumlahnaya ada 2 buah kiri dan kanan, ginjal kiri lebih besar dari pada ginjal kanan.Pada orang dewasa berat ginjal ± 200 gram. Dan pada umumnya ginjal laki – laki lebih panjang dari pada ginjal wanita. Satuan struktural dan fungsional ginjal yang terkecil di sebut nefron. Tiap – tiap nefron terdiri atas komponen vaskuler dan tubuler. Komponen vaskuler terdiri atas pembuluh – pembuluh darah yaitu glomerolus dan kapiler peritubuler yang mengitari tubuli. Dalam komponen tubuler terdapat kapsul Bowman, serta tubulus – tubulus, yaitu tubulus kontortus proksimal, tubulus kontortus distal, tubulus pengumpul dan lengkung Henle yangterdapatpadamedula. Kapsula Bowman terdiri atas lapisan parietal (luar) berbentuk gepeng dan lapis viseral (langsung membungkus kapiler golmerlus) yang bentuknya besar dengan banyak juluran mirip jari disebut podosit (sel berkaki) atau pedikel yang memeluk kapiler secara teratur sehingga celah – celah antara pedikel itu sangat teratur.Kapsula bowman bersama glomerolus disebut korpuskel renal, bagian tubulus yang keluar dari korpuskel renal disabut dengan tubulus kontortus proksimal karena jalannya yang berbelok – belok, kemudian menjadi saluran yang lurus yang semula tebal kemudian menjadi tipis disebut ansa Henle atau loop of Henle, karena membuat lengkungan tajam berbalik kembali ke korpuskel renal asal, kemudian berlanjut sebagai tubulus kontortus distal.

## Bagian – Bagian Ginjal

Bila sebuh ginjal kita iris memanjang, maka aka tampak bahwa ginjal terdiri dari tiga bagian, yaitu bagian kulit (korteks), sumsum ginjal (medula), dan bagian rongga ginjal (pelvis renalis).



* 1. Kulit Ginjal (Korteks)

Pada kulit ginjal terdapat bagian yang bertugas melaksanakan penyaringan darah yang disebut nefron. Pada tempat penyarinagn darah ini banyak mengandung kapiler

– kapiler darah yang tersusun bergumpal – gumpal disebut glomerolus.Tiap glomerolus dikelilingi oleh simpai bownman, dan gabungan antara glomerolus dengan simpai bownman disebut badan malphigi.

Penyaringan darah terjadi pada badan malphigi, yaitu diantara glomerolus dan simpai bownman. Zat – zat yang terlarut dalam darah akan masuk kedalam simpai bownman. Dari sini maka zat – zat tersebut akan menuju ke pembuluh yang merupakan lanjutan dari simpai bownman yang terdapat di dalam sumsum ginjal.

* 1. Sumsum Ginjal (Medula)

Sumsum ginjal terdiri beberapa badan berbentuk kerucut yang disebut piramid renal. Dengan dasarnya menghadap korteks dan puncaknya disebut apeks atau papila renis, mengarah ke bagian dalam ginjal. Satu piramid dengan jaringan korteks di dalamnya disebut lobus ginjal.Piramid antara 8 hingga 18 buah tampak bergaris – garis karena terdiri atas berkas saluran paralel (tubuli dan duktus koligentes). Diantara pyramid terdapat jaringan korteks yang disebut dengan kolumna renal. Pada bagian ini berkumpul ribuan pembuluh halus yang merupakan lanjutan dari simpai bownman. Di dalam pembuluh halus ini terangkut urine yang merupakan

hasil penyaringan darah dalam badan malphigi, setelah mengalami berbagaiproses.

* 1. Rongga Ginjal (Pelvis Renalis)

Pelvis Renalis adalah ujung ureter yang berpangkal di ginjal, berbentuk corong lebar. Sabelum berbatasan dengan jaringan ginjal, pelvis renalis bercabang dua atau tiga disebut kaliks mayor, yang masing – masing bercabang membentuk beberapa kaliks minor yang langsung menutupi papila renis dari piramid. Kliks minor ini menampung urine yang terus kleuar dari papila. Dari Kaliks minor, urine masuk ke kaliks mayor, ke pelvis renis ke ureter, hingga di tampung dalam kandung kemih(vesikulaurinaria).

## Fungsi Ginjal:

* 1. Mengekskresikan zat-zat sisa metabolisme yang mengandung nitrogen, misalnya amonia.
  2. Mengekskresikan zat-zat yang jumlahnya berlebihan (misalnya gula dan vitamin) dan berbahaya (misalnya obat-obatan, bakteri dan zat warna).
  3. Mengatur keseimbangan air dan garam dengan cara osmoregulasi.
  4. Mengatur tekanan darah dalam arteri dengan mengeluarkan kelebihan asam atau basa.

## URETER

Terdiri dari 2 saluran pipa masing – masing bersambung dari ginjal ke kandung kemih (vesika urinaria) panjangnya ± 25 – 30 cm dengan penampang ± 0,5 cm. Ureter sebagian terletak dalam rongga abdomen dan sebagian terletak dalam rongga pelvis.

Lapisan dinding ureter terdiri dari :

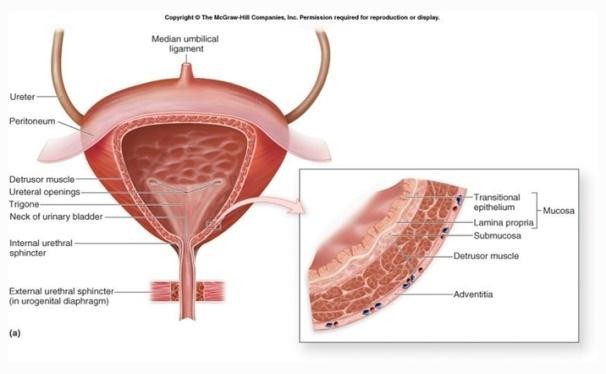
* + 1. Dinding luar jaringan ikat (jaringan fibrosa)
    2. Lapisan tengah otot polos
    3. Lapisan sebelah dalam lapisan mukosa

Lapisan dinding ureter menimbulkan gerakan – gerakan peristaltik tiap 5 menit sekali yang akan mendorong air kemih masuk ke dalam kandung kemih (vesika urinaria).

Gerakan peristaltik mendorong urin melalui ureter yang dieskresikan oleh ginjal dan disemprotkan dalam bentuk pancaran, melalui osteum uretralis masuk ke dalam kandung kemih.

Ureter berjalan hampir vertikal ke bawah sepanjang fasia muskulus psoas dan dilapisi oleh pedtodinium. Penyempitan ureter terjadi pada tempat ureter terjadi pada tempat ureter meninggalkan pelvis renalis, pembuluh darah, saraf dan pembuluh sekitarnya mempunyai saraf sensorik.

## VESIKULA URINARIA ( Kandung Kemih )



Kandung kemih dapat mengembang dan mengempis seperti balon karet, terletak di belakang simfisis pubis di dalam ronga panggul. Bentuk kandung kemih seperti kerucut yang dikelilingi oleh otot yang kuat, berhubungan ligamentum vesika umbikalis medius.

Bagian vesika urinaria terdiri dari :

* 1. Fundus, yaitu bagian yang mengahadap kearah belakang dan bawah, bagian ini terpisah dari rektum oleh spatium rectosivikale yang terisi oleh jaringan ikat duktus deferent, vesika seminalis dan prostate.
  2. Korpus, yaitu bagian antara verteks dan fundus.
  3. Verteks, bagian yang maju kearah muka dan berhubungan dengan ligamentum vesika umbilikalis.

Dinding kandung kemih terdiri dari beberapa lapisan yaitu, peritonium (lapisan sebelah luar), tunika muskularis, tunika submukosa, dan lapisan mukosa (lapisan bagian dalam).

Proses Miksi (Rangsangan Berkemih).

Distensi kandung kemih, oleh air kemih akan merangsang stres reseptor yang terdapat pada dinding kandung kemih dengan jumlah ± 250 cc sudah cukup untuk merangsang berkemih (proses miksi). Akibatnya akan terjadi reflek kontraksi dinding kandung kemih, dan pada saat yang sama terjadi relaksasi spinser internus,

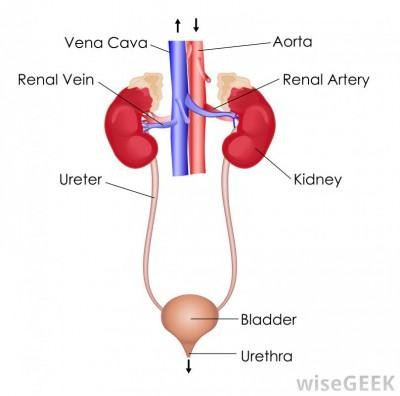
diikuti oleh relaksasi spinter eksternus, dan akhirnya terjadi pengosongan kandung kemih.

Rangsangan yang menyebabkan kontraksi kandung kemih dan relaksasi spinter interus dihantarkan melalui serabut – serabut para simpatis. Kontraksi sfinger eksternus secara volunter bertujuan untuk mencegah atau menghentikan miksi.kontrol volunter ini hanya dapat terjadi bila saraf – saraf yang menangani kandung kemih uretra medula spinalis dan otak masih utuh.

Bila terjadi kerusakan pada saraf – saraf tersebut maka akan terjadi inkontinensia urin (kencing keluar terus – menerus tanpa disadari) dan retensi urine (kencing tertahan). Persarafan dan peredaran darah vesika urinaria, diatur oleh torako lumbar dan kranial dari sistem persarafan otonom.Torako lumbar berfungsi untuk relaksasi lapisan otot dan kontraksi spinter interna.

Peritonium melapis kandung kemih sampai kira – kira perbatasan ureter masuk kandung kemih.Peritoneum dapat digerakkan membentuk lapisan dan menjadi lurus apabila kandung kemih terisi penuh.Pembuluh darah Arteri vesikalis superior berpangkal dari umbilikalis bagian distal, vena membentuk anyaman dibawah kandung kemih.Pembuluh limfe berjalan menuju duktus limfatilis sepanjang arteri umbilikalis.

## URETRA



Uretra merupakan saluran sempit yang berpangkal pada kandung kemih yang berfungsi menyalurkan air kemih keluar.

Pada laki- laki uretra bewrjalan berkelok – kelok melalui tengah – tengah prostat kemudian menembus lapisan fibrosa yang menembus tulang pubis kebagia penis panjangnya ± 20 cm.

Uretra pada laki – laki terdiri dari :

1. Uretra Prostaria
2. Uretra membranosa 3.Uretra kavernosa

Lapisan uretra laki – laki terdiri dari lapisan mukosa (lapisan paling dalam), dan lapisan submukosa.

Uretra pada wanita terletak dibelakang simfisis pubisberjalan miring sedikit kearah atas, panjangnya ± 3 – 4 cm. Lapisan uretra pada wanita terdiri dari Tunika muskularis (sebelah luar), lapisan spongeosa merupakan pleksus dari vena – vena, dan lapisan mukosa (lapisan sebelah dalam).Muara uretra pada wanita terletak di sebelah atas vagina (antara klitoris dan vagina) dan uretra di sini hanya sebagai saluran ekskresi.

## FISIOLOGI ELIMINASI

* + 1. **Fisiologi Miksi**

Sistem tubuh yang berperan dalam terjadinya proses eliminasi urine adalah ginjal,ureter, kandung kemih, dan uretra. Proses ini terjadi dari dua langkah utama yaitu :

Kandung kemih secara progresif terisi sampai tegangan di dindingnya meningkat di atas nilai ambang, yang kemudian mencetuskan langkah kedua yaitu timbul reflex saraf yang disebut refleks miksi (refleks berkemih) yang berusaha mengosongkankandung kemih atau jika ini gagal, setidak-tidaknya menimbulkan kesadaran akankeinginan untuk berkemih.

## FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ELIMINASI URINE

* + 1. **Pertumbuhan dan perkembangan.**

Jumlah urin yang diekskresikan dapat dipengaruhi oleh usia dan berat badan seseorang. Normalnya,bayi dan anak-anak mengekresikan 400-500 ml urin tiap harinya. Sedangkan orang dewasa mengekskresikan 1500-1600 ml urin per hari. Dengan kata lain,bayi yang beratnya 10% orang dewasa mamppu mengekresikan urin 33% lebih banyak dari orang dewasa. Seiring penuaan,lansia juga mengalami perubahan pada fungsi ginjal dan kandung kemihnya sehingga mengakibatkan perubahan pada pola eliminasi urin (misalnya,nokturria,sering berkemih,residu urin). Sedangkan ibu hamil dapat

mengalami peningkatan keinginan miksi akibat adanya penekenan pada kandung kemih.

* + 1. **Asupan cairan dan makanan.**

Kebiasaan mengkonsumsi jenis makanan atau minuman tertentu(misalnya,teh,kopi,coklat,alcohol) dapat menyebabkan peningkatan ekskresi urin karena dapat menghambat hormone anti diuretic (ADH).

* + 1. **Kebiasaan/gaya hidup.**

Gaya hidup ada kaitannya dengan kebiasaan seseorang ketika berkemih. Sebagai contoh,seseorang yang terbiasa buang air kecil disungai atau dialam bebas akan mengalami kesulitan ketika harus berkemih di toilet atau menggunakan pispot pada saat sakit.

* + 1. **Faktor psikologis.**

Kondisi stress dan kecemasan dapat menyebabkan peningkatan stimulus berkemih,disamping stimulus buang air besar(diare) sebagai upaya kompensasi.

* + 1. **Aktivitas dn tonus otot.**

Eliminasi urine membutuhkan kerja (kontraksi) otot-otot kandung kemih,abdomen,dan pelvis. Jika terjadi gangguan pada kemampuan tonus otot,dorongan untuk berkemih juga akan berkurang. Aktivitas dapat meningkatkan kemampuan metabolism dan produksi urin secara optimal.

* + 1. **Kondisi patologis.**

Kondisi sakit seperti demam dapat menyebabkan penurunan produksi urin akibat banyaknya cairan yang dikeluarkan melalui penguapan kulit.Kondisi inflamasi dan iritasi organ kemiih dapat menyebabkan retensi urin.

* + 1. **Medikasi.**

Penggunaan obat-obatan tertentu (misalnya,diuretic) dapat meningkatkan pengeluaran urin,sedangkan penggunaan antikolinergenik dapat menyebabkan retensi urin.

* + 1. **Prosedur pembedahan.**

Tindakan pembedahan yang menyebabkan stres yang akan memicu sindrom adaptasi umum. Kelenjar hipofisis anterior akan melepaskan hormone ADH sehingga meningkatkan reabsorpsi air dan menurunkan pengeluran urin.

Selain itu, respons stress juga meningkatkan kadar aldosterone yang mengakibatkan penurunan pengeluaran urin.

* + 1. **Pemeriksaan fisik diagnostic.**

Prosedur pemeriksaan saluran perkemihan,seperti pielogram intravena dan urogram,tidak membolehkan pasien mengkonsumsi cairan per oral sehingga akan mempengaruhi pengeluaran urin, Selain itu,pemeriksaan diagnostic yang bertujuan melihat struktur perkemihan (misalnya,sitoskopi) dapat menyebabkan edema pada ooutlet uretra dan spasme pada spingter kandung kemih. Ini menyebabkan klien mengalami retensi urin dan mengeluarkan urin berwarna merah akibat perdarahan.

## MASALAH /GANGGUAN ELIMINASI 1.Eliminasi Urine

* Sifat fisis air kemih/urine normal, terdiri dari:
  + 1. Jumlah ekskresi dalam 24 jam ± 1.500 cc tergantung dari pemasukan (intake) cairan dan faktor lainnya.
    2. . Warna, bening kuning muda dan bila dibiarkan akan menjadi keruh.
    3. Warna, kuning tergantung dari kepekatan, diet obat-obatan dan sebagainya.
    4. Bau, bau khas air kemih bila dibiarkan lama akan berbau amoniak. 5. Berat jenis 1,015-1,020.

6. Reaksi asam, bila lama-lama menjadi alkalis, juga tergantung dari pada diet (sayur menyebabkan reaksi alkalis dan protein memberi reaksi asam). Komposisi air kemih, terdiri dari:

1. Air kemih terdiri dari kira-kira 95% air.
2. Zat-zat sisa nitrogen dari hasil metabolisme protein, asam urea, amoniak dan kreatinin.
3. Elektrolit, natrium, kalsium, NH3, bikarbonat, fospat dan sulfat.
4. Pagmen (bilirubin dan urobilin).
5. Toksin.
6. Hormon.

## Ganguan dalam eliminasi urin :

* 1. Retensi, yaitu adanya penumpukan urine didalam kandung kemih dan ketidak sanggupan kandung kemih untuk mengosongkan diri.
  2. Inkontinensi urine, yaitu ketidaksanggupan sementara atau permanen otot sfingter eksterna untuk mengontrol keluarnya urine dari kandung kemih.
  3. Enuresis, Sering terjadi pada anak-anak, umumnya terjadi pada malam hari (nocturnal enuresis), dapat terjadi satu kali atau lebih dalam semalam.
  4. Urgency, adalah perasaan seseorang untuk berkemih.
  5. Dysuria, adanya rasa sakit atau kesulitan dalam berkemih.
  6. Polyuria, Produksi urine abnormal dalam jumlah besar oleh ginjal, seperti 2.500 ml/hari, tanpa adanya peningkatan intake cairan.
  7. Urinari suppresi, adalah berhenti mendadak produksi urine
  8. **TEKNIK PELAKSANAAN**

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum Keperawatan Dasar II, dengan ketentuan sebagai berikut :

* + 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
    2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
    3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
    4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
    5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
    6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
    7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

## PRAKTIKUM 4 (WAKTU : 5 x 170 menit)

**Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi dan Aktifitas**

Oleh : Sumirah Budi Pertami, S.Kp., M.Kep.

## LANDASAN TEORI

Kebanyakan orang menilai tingkat kesehatan seseorang berdasarkan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuahan dasar yang mutlak diharapkan oleh manusia. Kemampuan aktivitas seseorang tidak terlepas dari keadekuatan sistem persarafan dan musculoskeletal. Pergerakan atau mekanik tubuh pada dasarnya adalah bagaimana menggunakan secara efektif, terkoordinasi, dan aman, sehingga menghasilkan gerakan yang baik dan keseimbangan selama beraktivitas. Peran perawat sangat penting untuk mencengah terjadinya gangguan mekanik tubuh terutama pada klien yang mengalami tirah baring lama dan cedera dan lain-lain, hal ini dapat menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan tonus otot. Sehingga berdampak pada gangguan intoleransi aktivitas, hambatan mobilisasi, kelelahan, immobilisasi dan deficit perawatan diri. Dengan demikian perawat harus bisa melatih mekanik tubuh dengan benar, sehingga mencengah komplikasi klien seperti jatuh, tekanan fisik, cedera dan dampak imobilisasi. Saudara harus mengetahui, (1) konsep dasar aktivitas (mobilisasi) terdiri dari: (a) menjelaskan pengertian, (b) menjelaskan manfaat, (c) menjelaskan mekanika tubuh, dan (d) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi pergerakan tubuh.

1. PENGERTIAN MOBILISASI

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan kemampuan untuk bergerak mengakibatkan seseorang menjadi ketergantungan dan membutuhkan tindakan keperawatan.

1. MANFAAT AKTIVITAS ATAU MOBILISASI

Manfaat dari gerakan tubuh antara lain, tubuh menjadi segar, memperbaiki tonus otot, mengontrol berat badan, merangsang peredaran darah, mengurangi stres, meningkatkan relaksasi, memperlambat proses penyakit (penyakit degeneratif), untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh), sedang untuk anak merangsang pertumbuhan.

1. KOORDINASI MEKANIK TUBUH

Mekanika tubuh (body mechanic) adalah penggunaan organ secara efisien dan efektif sesuai dengan fungsinya. Pergerakan merupakan rangkaian aktivitas yang terintegrasi antara system musculoskeletal dan system persarafan didalam tubuh. Komponen system musculoskeletal melibatkan tulang, otot, tendon, ligamen, kartilago, dan sendi.

Tulang adalah jaringan dinamis, salah satu fungsinya menunjang jaringan tubuh dan membantu pergerakan. Sedang otot berfungsi untuk kontraksi dan membantu menghasilkan gerakan, mempertahankan postur tubuh, dan menghasilkan panas. Otot dipersarafi oleh saraf yang terdiri atas serabut motoris dari medulla spinal. Medula otak seperti korteks cerebri kanan mengatur otot-otot anggota gerak kiri dan sebaliknya. Bagaimana Anda bisa bergerak, berikut ini mekanisme kontraksi otot: membran otot mengandung myofibril, kemudian pelepasan asetikolin. Akibatnya, pintu kalsium diretikulum sarkoplasma membuka dan melepaskan ion kalsium ke sitoplasma sel otot, lalu berikatan dengan troposin, kemudian membuka binding sites, terjadilah jembatan silang (Cross bridges), antara filamin aktin dan myosin. Selajutnya dengan katalis enzim myosin-ATP ase terjadi hidrolikis ATP menjadi ADP

+ P + energy, sehingga terjadilah kontraksi.

1. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI AKTIVITAS ATAU MOBILISASI Contoh Kasus:

Apabila seseorang terjadi patah tulang, menderita penyakit atau cacat, dan lain- lain. seseorang tersebut akan mengalami masalah gangguan pergerakan (immobilisasi), apa lagi sampai klien tersebut selalu bedrest dalam waktu lama, hal ini bisa menyebabkan:

* + Klien mengalami atropi otot, dimana keadaan otot menjadi mengecil karena tidak tepakai dan pada akhirnya serabut otot diinfiltrasi dan diganti jaringan fibrosa dan lemak. Maka sebelum perawat membantu klien memenuhi kebutuhan aktivitas seperti ganti posisi atau berjalan, perawat harus mengkaji kekuatan otot. Langkah ini diambil untuk menurunkan risiko cedera tubuh.
  + Nekrosis (jaringan mati), terjadi trauma atau iskemia di mana proses regenerasi otot sangat minim.
  + Kontraktur sehingga body mechanic terganggu.
  + Beberapa faktor lain yang harus saudara ketahui antara lain:

1. Tingkat perkembangan tubuh: Usia seseorang mempengaruhi system muskuloskeletal dan persarafan, Untuk itu, dalam melakukan tindakan keperawatan untuk membantu memenuhi kebutuhan aktivitas, perawat harus memperhatikan aspek tumbuh kembang klien sesuai kebutuhan.
2. Kesehatan fisik: Seseorang dengan penyakit (gangguan musculoskeletal, gangguan kardiovaskuler, gangguan sistem respirasi), cacat tubuh dan imobilisasi akan dapat menggangu pergerakan tubuh.
3. Keadaan nutrisi: Seseorang dengan nutrisi kurang, hal ini menyebabkan kelemahan dan kelelahan otot yang berdampak pada penurunan aktivitas dan pergerakan. Sebaliknya, hal yang sama terjadi pada kondisi nutrisi lebih (obesitas).
4. Status mental: Seseorang mengalami gangguan mental cenderung tidak antusias dalam mengikuti aktivitas , bahkan kehilangan energi untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene.
5. Gaya hidup: Seseorang dalam melalukan pola aktivitas sehari-hari dengan baik tidak akan mengalami hambatan dalam pergerakan, demikian juga sebaliknya.
6. PROSES KEPERAWATAN

Penggunaan proses keperawatan, aplikasi kritis anatomi dan fisiologi, pengalaman klien memungkinkan mengembangkan rencana keperawatan secara individu klien yang mengalami gangguan mobilisasi dan resikonmya. Rencana keperewatan dibuat untuk meningkatkan status fungsional, meningkatkan perawatan mandiri, mempertahankan kondisi psikologis, dan mengurangi bahaya imobilisasi.

1. Pengkajian

Saudara dalam melakukan pengkajian harus dilihat dari dua bagian yaitu mobilisasi dan imobilisasi dengan menggerakan semua indra dan tenaga untuk melakukan pengkajian secara cermat baik melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dengan palpasi, aukultasi, hasil tes laboratorium, bb (berat badan), asupan cairan, dan haluaran cairan. Menggali data yang akurat selama pemeriksaan fisik yang meliputi: 1. Perawat harus menanyakan tingkat aktivitas klien, hal ini untuk mengidentifikasi mobilisasi dan resiko cedera yang meliputi pola aktivitas, jenis, frekuensi, dan lamanya.

1. Selain itu perawat juga perlu mengkaji kecepatan aktivitas.
2. Tanyakan tingkat kelelahan meliputi aktivitas yang membuat lelah dan gangguan pergerakan meliputi penyebab , gejala dan efek dari gangguan pergerakan
3. Perawat mengkaji tingkat aktivitas klien meliputi, (a) tingkat 0: klien mampu merawat diri sendiri secara penuh, (b) tingkat 1: klien memerlukan penggunaan alat, (c) tingkat 2: klien perlu bantuan atau pengawasan orang lain, (d) tingkat 3: memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan, (e) tingkat 4: Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan
4. Pemeriksaan fisik, pemeriksaan ini bertujuan untuk mendapatkan data adanya indikasi rintangan dan keterbatasan sehingga klien perlu bantuan perawat meliputi (a) tingkat kesadaran dan postur/bentuk tubuh, (b) skoliosis, kiposis, lordosis dan cara berjalan, (c) Ekstremitas: kelemahan, gangguan sensorik, tonus otot, atropi, tremor, gerakan tak terkendali, kekuatan otot, kemampuan jalan, kemampuan duduk, kemampuan berdiri, 4) pergerakan, kemerahan, deformitas, nyeri sendi dan kripitasi, suhu sekitar sendi.
5. Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (2015), diagnosa keperawatan yang terkait dengan aktivitas karena ketidaktepatan mekanika tubuh dan hambatan mobilisasi, yang perlu peserta didik ketahui antara lain:

1. Intoleransi aktivitas: yang berhubungan dengan kesejajaran tubuh yang buruk dan penurunan mobilisasi.
2. Hambatan mobilisasi fisik : yang berhubungan dengan penurunan rentang gerak, tirah baring, penurunan kekuatan, sedangkan resiko cedera : yang berhubungan dengan ketidak tepatan mekanika tubuh, ketidak tepatan teknik pemindahan.
3. Gangguan integritas kulit atau risiko gangguan integritas kulit : berhubungan dengan keterbatasan mobilisasi, tekanan permukaan kulit dan gaya gesek, dan lain-lain.

Diagnosa I Intoleran aktivitas

Definisi: Kondisi di mana seseorang mengalami penurunan energi fisiologis dan psikologis untuk melakukan aktivitas sehari-hari (intoleransi aktivitas), kemungkinan berhubungan (etiologi/penyebab) antara lain: kesejajaran tubuh

buruk, kelemahan, bedrest lama/ imobilisasi, motivasi yang kurang, pembatasan pergerakan, nyeri, kemungkinan data yang ditemukan pada klien: verbal/adanya kelemahan, sesak nafas/pucat, kesulitan dalam pergerakan, abnormal nadi, tekanan darah terhadap respons aktivitas.

Kondisi klinis klien kemungkinan terjadi: anemia, gagal ginjal kronis, ganguan jantung, kardiak aritmia, COPD, gangguan metabolism, gangguan musculoskeletal. Tujuan yang diharapkan setelah dilakukan tindakan: (1) kelemahan klien berkurang, (2) klien berpartisipasi dalam perawatan diri, (dan3) klien mempertahankan kemampuan aktivitas seoptimal mungkin.

1. Intervensi
   * Kaji tingkat kemampuan klien dalam melakukan gerak
   * Rencanakan tentang pemberian program latihan sesuai kemampuan pasien
   * Berikan diet tinggi kalsium
   * Ajarkan klien tentang bagaimana melakukan aktivitas sehari-hari
   * Libatkan keluarga untuk melatih mobilitas pasien
   * Konsultasikan dengan ahli tetapi fisik .

## TEKNIK PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum Keperrawatan Dasar II dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
      2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
      3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
      4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
      5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
      6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
      7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

## PRAKTIKUM 5 (WAKTU : 4 x 170 menit)

**Perawatan Luka**

Oleh : Maria Diah Ciptaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.MB.

## LANDASAN TEORI

Menjaga integritas kulit pada pasien rawat inap adalah salah satu tujuan yang paling mendasar dan penting dari praktik keperawatan. Langkah-langkah untuk mencegah, mengembalikan atau menyembuhkan kerusakan kulit menggambarkan pengintegrasian pengetahuan, berpikir kritis dan keterampilan perawatan (Gardiner,

L. Lampshire, S., Biggins, A., McMurray, A., Noake, N., Van Zyl, M., Vickery, J., Woodage, T., Lodge, J., & Edgar, M., 2008). Kulit yang sehat dapat melindungi klien dari trauma baik trauma fisik atau mekanik maupun kimiawi. Kulit merupakan organ primer dalam melindungi tubuh dari masuknya mikroorganisme patogen. Apabila terjadi gangguan integritas kulit maka akan menciptakan pintu masuknya mikroorganisme patogen (port of entry) yang akan menyebabkan terjadinya infeksi. Guna mencegah bahaya infeksi yang masuk melalui kulit, maka kesehatan kulit harus selalu dijaga dengan baik. Melalui pengkajian yang komprehensif, diharapkan gangguan integritas kulit dapat dideteksi sejak dini dan dapat menyelamatkan klien dari infeksi.

Sebelum melaksanakan pengkajian, perhatikan kesiapan lingkungan dan kesiapan pasien. Perhatikan kebersihan dan kenyamanan ruangan termasuk pencahayaan dan suhu. Pilihlah waktu yang tepat di saat pasien dalam keadaan santai atau rileks sehingga pasien dapat kooperatif dengan perawat. Privasi klien juga perlu dijaga karena kemungkinan bagian yang akan kita periksa adalah pada bagian tubuh yang sensitif. Laksanakan pemeriksaan fisik pada ruang tertutup. Apabila klien berada di ruang perawatan umum yang terdiri dari beberapa pasien, pasanglah tirai atau sketsel sebagai penutup.

Pengkajian integritas kulit dapat dilaksanakan dengan metode anamnesis dan pemeriksaan fisik. Sumber informasi anamnesis adalah klien langsung maupun keluarga atau orang terdekat. Perawat dapat menanyakan tentang keadaan kulit dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kesehatan kulit diantaranya:

1. Apakah kulit kering, terdapat pruritus, luka, ruam, benjolan, warna, tekstur, bau, dan lesi yang tidak kunjung sembuh?
2. Apakah warna kulit berubah menjadi putih, kemerahan, freckle? Dan apakah rambut atau kulit berwarna terang atau terbakar?
3. Apakah klien sering terpapar sinar matahari dan kebiasaan penggunaan tabir surya, bekerja dengan paparan damar, batu bara, tar, produk minyak bumi, senyawa arsenic, atau radium?
4. Bagaimanakah kebiasaan mandi dan apakah jenis sabun yang sering digunakan?
5. Apakah memiliki alergi?
6. Apakah klien menggunakan obat topical kulit dan pengobatan tradisional untuk kulit?
7. Bagaimanakah riwayat keluarga, apakah keluarga memiliki penyakit kanker kulit dan psoriasis?

Setelah melaksanakan anamnesis, langkah selanjutnya adalah melakukan pemeriksaan fisik. Syarat dilaksanakannya pemeriksaan fisik adalah:

1. Dilaksanakan pada ruangan yang cukup pencahayaan karena dengan cahaya yang adekuat, perawat dapat mengidentifikasi kondisi kulit secara tepat. Pencahayaan yang baik adalah pencahayaan yang alami dengan sinar matahari.
2. Perawat juga harus memperhatikan suhu ruangan pemeriksaan karena suhu ruangan sangat berpengaruh terhadap hasil pemeriksaan kulit. Ruangan yang terlalu hangat akan menyebabkan vasodilatasi superfisial sehingga mengakibatkan warna kemerahan pada kulit, sedangkan lingkungan yang dingin dapat menimbulkan sianosis pada bibir dan kuku (Talbot & Curtis dalam Potter & Perry, 2010).
3. Perawat wajib melaksanakan universal precautions sebelum, selama dan sesudah melaksanakan pemeriksaan fisik. Jangan lupa cuci tangan dan menggunakan selalu sarung tangan (handscoon) disposable apabila memeriksa bagian tubuh yang mengalami lesi terbuka, lembab dan basah.
4. Perawat harus menjaga privasi pasien dengan memperhatikan apakah lingkungan dalam keadaan tertutup.

Pemeriksaan diawali dengan inspeksi dengan melihat warna kulit. Warna kulit normal berbeda-beda antara satu suku atau ras dengan yang lainnya. Pigmentasi kulit normal berkisar dari warna merah muda sampai merah pada kulit putih dan coklat, coklat tua atau gelap. Pada lansia, pigmentasi bertambah secara tidak merata sehingga menimbulkan warna kulit yang berbeda dari bagian yang lainnya. Adapun warna- warna kulit yang tidak normal adalah sebagai berikut.

Setelah itu, perawat melakukan pemeriksaan kelembaban kulit. Hidrasi kulit dan membrane mukosa memberikan gambaran keseimbangan cairan tubuh, perubahan lingkungan kulit dan regulasi suhu tubuh. Kelembaban menunjukkan tingkat kebasahan dan kandungan minyak. Kulit normal digambarkan dengan kondisi halus dan kering. Palpasi ujung jari dengan tidak menggunakan sarung tangan untuk merasakan adanya kesuraman, kekeringan, dan adanya tampilan butiran serupa ketombe saat permukaan kulit digosok ringan (flacking). Kulit dengan kemunculan flacking dan sisik menandakan kulit terlalu kering (Potter & Perry, 2010).

Mengkaji suhu yang dilakukan dengan palpasi kulit menggunakan punggung tangan bertujuan untuk mengetahui kelancaran sirkulasi. Kulit normal dapat diindikasikan dengan suhu yang hangat. Selain itu, ulkus tekan tahap I dapat dideteksi dengan pemeriksaan suhu dan eritema pada area kulit. Tekstur kulit adalah karakter permukaan kulit dan persepsi tentang bagian dalamnya. Mengkaji tekstur kulit adalah dengan cara mengelus dengan ujung jari. Tekstur kulit normal adalah halus, lembut, seimbang, serta fleksibel pada anak-anak dan dewasa.

Lansia memiliki kulit yang keriput karena kekurangan kolagen, lemak, subcutan, dan kelenjar keringat. Perubahan local dapat diakibatkan oleh trauma, luka operasi, atau lesi. Turgor adalah elastisitas kulit. Turgor kulit akan menurun apabila terjadi edema dan dahidrasi. Turgor normal dapat diperiksa dengan cara diangkat (dicubit) dan apabila dilepaskan akan segera pulih ke posisi awal. Penurunan turgor mengakibatkan risiko gangguan kulit. Sirkulasi kulit memengaruhi warna lokal dan tampilan pembuluh darah superfisial. Seiring penuaan, kapiler menjadi mudah pecah. Area tekan local yang ditemukan setelah klien berada pada posisi tertentu , tampak merah, merah muda atau pucat. Tanda ptekie adalah bintik sebesar jarum berwarna merah atau ungu di kulit yang diakibatkan perdarahan kecil.

Ptekie tidak dapat memutih, namun dapat mengindikasikan kelainan darah yang serius, reaksi obat, atau penyakit hati. Kulit yang bengkak dapat disebabkan karena penumpukan cairan di ruang interstitial yang disebut edema. Trauma langsung dan gangguan aliran vena merupakan penyebab utama edema. Pemeriksaan inspeksi dapat dilakukan untuk melihat lokasi, warna dan bentuk. Edema akan memisahkan permukaan kulit dari lapisan pigmen dan vaskuler sehingga menyembunyikan warna kulit. Setelah itu dilakukan palpasi untuk menentukan mobilitas, konsistensi, dan nyeri tekan. Pitting edema adalah apabila tekanan jari pemeriksa meninggalkan lekukan. Untuk mengkaji derajat pitting edema, dapat dilakukan dengan menekan

menggunakan ibu jari selama beberapa detik lalu lepaskan. Kedalaman lekukan dicatat dalam millimeter dan dapat digunakan untuk menentukan tingkat edema. Contohnya, edema +1 sesuai dengan kedalaman 2 mm, 2+ sesuai dengan kedalaman 4 mm, 3+ sesuai dengan 6 mm, 4+ sesuai dengan 8 mm. Kulit normal tidak memiliki lesi kecuali adanya freckle atau perubahan terkait usia, seperti flek kulit, keratosis senilis (penebalan kulit), angioma dan kutil. Pengkajian lesi dapat dilakukan inspeksi warna, lokasi, tekstur, ukuran, bentuk, tipe, pengelompokan dan distribusi. Jika terdapat eksudat amati warna, bau, jumlah dan konsistensi. Rambut dan kuku merupakan bagian dari integritas kulit. Pemeriksaan rambut diawali dengan inspeksi warna, distribusi, kuantitas, ketebalan, tekstur dan lubrikasi rambut tubuh. Rambat kulit kepala tampak kasar atau halus, keriting atau lurus, berkilau, halus dan lentur. Warna berkisar antara pirang sampai hitam. Pada lansia, rambut berwarna kelabu suram, putih atau kuning.

Gangguan rambut diantaranya adalah wanita dengan hirsutisme, yaitu pertumbuhan rambut di bibir atas, dagu dan pipi dengan rambut vellus yang menjadi semakin kasar di seluruh tubuh. Alopesia adalah hilang atau menipisnya rambut yang biasanya bersifat genetic dan terkait dengan diabetes, tiroiditis, dan menopause. Faktor nutrisi, seperti kekurangan gizi juga berpengaruh terhadap pertumbuhan rambut ditandai dengan rambut tipis, suram, kering (Potter & Perry, 2010). Pengkajian kuku diawali dengan inspeksi warna di area bantalan kuku, kebersihan, panjang, ketebalan dan bentuk kuku, dan kondisi lipatan kuku lateral dan proksimal di sekitar kuku. Inspeksi memberikan gambaran praktik higienitas klien. Kuku normal akan tampak transparan, mulus, melekuk, dan cembung dengan sudut bantalan kuku sekitar 160 derajat. Kutikel sekitar tampak mulus, utuh dan bebas radang. Pertanyaan-pertanyaan sebagai pengkajian integritas kulit didasari pada sensasi, mobilisasi, kontinensis, dan adanya luka.

* Sensasi, Apakah anda mengalami penurunan sensasi pada ekstremitas atau area lain?

Apakah Anda sensitive terhadap panas dan dingin?

* Mobilisasi, Apakah Anda memiliki keterbatasan fisik, cedera atau paralisis yang membatasi gerak mobilisasi Anda? Apakah Anda mudah mengubah posisi? Apakah Anda merasa nyeri saat bergerak?
* Kontinensia, Apakah Anda memiliki masalah dengan kontinensia urine atau fekal? Bantuan apa yang Anda butuhkan saat membutuhkan toilet? Seberapa sering Anda menggunakan toilet? Pada siang hari atau pada malam hari?
* Adanya luka, Apa penyebab luka/ Kapan luka terjadi? Dimana lokasinya dan dimensinya/ Apa yang terjadi sejak luka? Perubahan apa yang terjadi dan apa penyebabnya? Kapan klien mendapatkan suntikan tetanus? Terapi, aktivitas, dan perawatan apa yang memperlambat atau membantu proses penyembuhan luka? Apakah terdapat kebutuhan khusus agar luka dapat sembuh? Apakah terdapat gejala yang berhubungan, seperti nyeri atau gatal-gatal pada luka? Bagaimana gejala itu di atas dan intervensi apa yang efektif? Apa tujuan klien, luka, dana penyembuhan?

Ulkus tekan dapat beresiko terjadi pada klien yang perlu mendapatkan perhatian apabila klien dengan penyakit neurologis, klien dengan penyakit kronis atau perawatan jangka panjang, klien dengan status mental, dank lien pada perawatan unit intensif, onkologi, perawatan menjelang kematian, atau klien ortopedik. Pengkajian kerusakan tekanan jaringan meliputi inspeksi visual dan taktil pada kulit. Perhatikan pada kulit yang berada di atas penonjolan tulang atau di bawah gips, traksi, belat, penjepit, kolar, dan alat ortopedik lainnya. Perhatikan adanya hyperemia dan segera dokumentasikan lokasi, ukuran, dan warna serta kaji kembali area setelah 1 jam.

Apabila terdapat dugaan hyperemia reaktif normal, berikan tanda dengan lingkaran untuk memudahkan pengkajian. Tanda ini adalah indikator dini gangguan integritas kulit, tetapi kerusakan jaringan yang ada di bawahnya kemungkinan lebih progresif. Palpasi dalam mengkaji taktil dapat membantu mendapatkan data indurasi dan kerusakan kulit dan jaringan yang berada di bawahnya. Palpasi jaringan yang mengalami kemerahan, observasi daerah yang memucat dengan mengembalikan tonus otot normal pada klien dengan tonus otot yang lemah. Melakukan palpasi indurasi dan mencatat indurasi dalam satuan millimeter atau centimeter dari daerah luka. Palpasi digunakan juga untuk mengkaji temperatur daerah di sekitar luka. Lakukan inspeksi dan palpasi pada daerah bagian tubuh yang beresiko terjadinya ulkus tekan terutama pada bagian-bagian tubuh yang menonjol atau tertekan. Pengkajian risiko ulkus tekan dapat menggunakan beberapa skala diantaranya Skala Norton. Skala ini memberikan skor pada lima faktor risiko, yaitu: kondisi fisik, kondisi mental, aktivitas, mobilisasi, dan inkontinensia. Jumlah skor berkisar dari 5-20; skor yang lebih rendah mengindikasikan risiko yang lebih besar pada perkembangan ulkus tekan (WOCN dalam Potter & Perry, 2010).

Selain itu juga dapat digunakan Skala Braden. Skala Braden dikomposisikan pada enam subskala, yaitu: sensori persepsi, kelembapan, aktivitas, mobilisasi, nutrisi, serta gesekan dan geseran. Jumlah skor berkisar dari 6-23; skor yang lebih rendah

mengindikasikan risiko lebih tinggi berkembangnya ulkus tekan (Braden dan Bergstrom dalam Potter & Perry, 2010).

Apabila terjadi luka, pengkajian dilakukan saat cedera terjadi dan saat luka tidak stabil. Data yang harus diperoleh pertama kali adalah penyebab dan riwayat luka. Jenis luka adalah data yang harus dikaji segera untuk menentukan tindakan kedaruratan. Sebagai contoh lakukanlah observasi tanda dan gejala perdarahan internal apabila didapati klien dengan luka tusuk. Setelah ditemukan klien dalam kondisi stabil setelah dilakukan pengkajian airway, breathing & circulation, maka lakukan inspeksi perdarahan pada luka. Laserasi yang panjangnya lebih dari 5 cm (2 inci) atau dalamnya 2,5 cm (1 inci) dapat menyebabkan perdarahan yang serius. Inspeksi adanya benda asing atau materi yang terkontaminasi pada luka, seperti tanah, pecahan kaca, benda asing lainnya. Tahap pengkajian selanjutnya adalah ukran luka. Laserasi yang dalam membutuhkan jahitan. Perlu dipertimbangkan pemberian suntikan tetanus toksoid dan dikaji kapan klien mendapatkan suntikan tersebut. Suntikan tetanus toksoid wajib diberikan apabila klien belum pernah mendapatkannya atau pernah mendapatkan lebih dari 5 tahun yang lalu.

Pada kondisi stabil, luka perlu dirawat untuk mempercepat penyembuhan dan pencegahan infeksi, misalkan klien dengan pasca operasi. Inspeksi luka dilakukan untuk melihat apakah ujung luka sudah mulai menutup, jaringan yang ada di bawahnya, serta tanda-tanda komplikasi, seperti dehisens dan eviserasi. Klien dengan luka pasca operasi perlu dilakukan pengkajian drainase luka diantaranya mencatat jumlah, warna, bau, dan konsistensi drainase. Jenis drainase meliputi serosa, sanguinosa, serosanguinosa, dan purulent. Apabila menemukan drainase berbau busuk atau tajam, hal ini mengindikasikan adanya infeksi. Jika mendapatkan drainase yang purulent, segera ambil specimen drainase untuk dilakukan kultur. Sampel drainase untuk kultur diambil dari drainase baru. Palpasi luka adalah langkah pengkajian selanjutnya. Palpasi dilakukan dengan menekan secara pelan-pelan pada sekitar luka. Palpasi dilakukan untuk meraba adanya pembengkakan di sekitar luka atau adanya penumpukan drainase. Bengkak yang hebat biasanya menunjukkan tanda infeksi.

Menurut Smith, Duell, & Martin (2008), inti dari pemeriksaan integritas kulit adalah dengan melakukan:

1. mengkaji tanda kerusakan kulit dan adanya erupsi lesi;
2. mengkaji warna kulit
3. memeriksa penurunan turgor kulit
4. mengevaluasi adanya keluhan gatal dan mati rasa
5. mengevaluasi tekstur kulit
6. mengkaji higenitas secara umum
7. melakukan observasi peningkatan atau penurunan pigmentasi dan perubahan warna
8. mengevaluasi kondisi klien untuk menentukan apakah kemungkinan memerlukan bantuan peralatan yang sesuai atau model bed atau kasur khusus.

Adapun secara khusus, pengkajian pasien dengan luka dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Anamnesis
   * Biodata yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat dan lain-lain
   * Keluhan utama
   * Riwayat kesehatan yang meliputi riwayat penyakit dahulu, status kesehatan keluarga serta status perkembangan
   * Aktivitas sehari-hari
   * Riwayat psikososial
2. Pemeriksaan luka

Perawat dapat melakukan pemeriksaan luka dengan metode inspeksi dan palpasi untuk mendapatkan data tentang luka yang meliputi:

* + Perdarahan
  + Proses inflamasi (kemerahan & pembengkakan)
  + Proses granulasi jaringan (yaitu menurunnya reaksi inflamasi pada saat pembekuan berkurang)
  + Jaringan parut atau bekas luka (scar) akibat fibroblas dalam jaringan granulasi mengeluarkan kolagen yang membentuknya serta berkurangnya ukuran parut yang merupakan indikasi terbentuknya keloid.
  + Benda asing atau bahan2 pengontaminasi pada luka, misal: tanah, pecahan kaca atau benda asing lain.
  + Ukuran, kedalaman dan lokasi luka.
  + Drainase, pembengkakan, bau yang kurang sedap dan lokasi nyeri pada daerah luka.

Data-data hasil pengkajian di atas harus dicatat dengan lengkap dan teliti. Data- data tersebut digunakan selanjutnya untuk dianalisis. Hasil analisis data hasil pengkajian adalah bahan untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

Diagnosis keperawatan harus ditegakkan dengan benar dari analisis data yang sudah didokumentasikan pada proses pengkajian. Apabila perawat masih ragu dengan

data yang ada, perawat harus melakukan pengkajian ulang pada pasien. Jangan ragu- ragu untuk melihat kembali buku-buku referensi diagnosis keperawatan untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Beberapa diagnosis keperawatan yang ditampilkan di bawah ini merupakan gambaran diagnosis keperawatan yang sesuai dengan teori. Diagnosis keperawatan utama yang muncul pada klien adalah:

1. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka yang terkontaminasi Gangguan integritas kulit adalah keadaan dimana seorang individu mengalami atau beresiko terhadap kerusakan jaringan epidermis dan dermis (Carpenito, 2000). Batasan karakteristik mayor harus terdapat gangguan jaringan epidermis dan dermis. Batasan minor mungkin terdapat pemasukan kulit, eritema, lesi (Primer, skunder), dan pruritus (Carpenito, 2000).
2. Risiko Infeksi Risiko infeksi adalah kondisi yang beresiko terhadap invasi mikroorganisme patogen Faktor risiko yang berhubungan dengan masalah ini adalah diantaranya penyakit kronis, penekanan system imun, ketidakadekuatan imunitas, pertahanan primer tidak adekuat, misalnya luka pada kulit, trauma jaringan, penurunan kerja silia, statis cairan tubuh, perubahan sekresi asam basa dan gangguan peristalsis), pertahanan sekunder yang kurang adekuat (rendahnya kadar hemoglobin, leukositopenia, dan supresi respons inflamasi), peningkatan pemajanan lingkungan terhadap pathogen, prosedur invasif, malnutrisi, agen farmasi (penggunaan obat imunosupresi), pecah ketuban, kerusakan jaringan, trauma (Wilkinson, & Ahern, 2002).
3. Ketidakseimbangan nutrisi, kurang dari kebutuhan Ketidakseimbangan nutrisi, kurang dari kebutuhan adalah asupan nutrisi tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolik. Diagnosis ini dapat ditegakkan apabila terdapat salah satu dari kriteria di bawah ini:
4. Berat badan kurang dari 20% atau lebih di bawah berat badan ideal.
5. Asupan makanan kurang dari kebutuhan metabolic.
6. Kehilangan berat badan dengan asupan makanan yang adekuat.
7. Melaporkan asupan makanan yang tidak adekuat kurang dari recommended daily allowance (RDA).

Data subjektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah diantaranya kram abdomen, menolak makan, indigesti, persepsi ketidakmampuan untuk mencerna makanan, melaporkan perubahan sensasi rasa, melaporkan kurangnya makanan, merasa cepat kenyang setelah mengkonsumsi makanan. Data subjektif untuk menegakkan

diagnosis ini adalah pembuluh kapiler rapuh, diare atau steatore, kekurangan makanan, kehilangan rambut yang berlebihan, bising usus hiperaktif, kurang informasi atau informasi yang salah, kurang minat terhadap makanan, salah faham, membrane mukosa pucat, tonus otot buruk, menolak untuk makan, adanya luka di rongga mulut, kelemahan otot yang berfungsi untuk menelan atau mengunyah (Wilkinson, & Ahern, 2002).

1. Nyeri akut atau kronis Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, atau digambarkan dengan istilah, seperti awalan yang tiba-tiba dari mulai yang ringan sampai yang berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya kurang dari enam bulan. Data subjektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah mengungkapkan secara verbal atau melaporkan nyeri dengan isyarat.

Data objektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah posisi untuk menghindari nyeri, perubahan tonus otot, respons autonomic, perubahan selera makan, perilaku distraksi, perilaku ekspresif gelisah, merintih, menangis, kewaspadaan berlebihan, peka terhadap rangsang, dan menghela napas panjang), wajah menyeringai, perilaku menjaga atau melindungi, focus menyempit, bukti nyeri dapat diamati, berfokus pada diri sendiri dan gangguan tidur.

Batasan karakteristik lain diantaranya adalah mengomunikasikan descriptor nyeri, misalnya rasa tidak nyaman, mual, berkeringat malam hari, kram otot, gatal kulit, mati rasa, dan kesemutan pada ekstremitas, menyeringai, rentang perhatian terbatas, pucat dan menarik diri. Nyeri kronis adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan, akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial yang digambarkan dengan istilah kerusakan. Data subjektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah depresi, keletihan, takut kembali cedera, sedangkan data objektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah perubahan untuk meneruskan aktivitas selanjutnya, anoreksia, atrofi kelompok otot yang terlibat, perubahan pola tidur, wajah topeng, perilaku melindungi, iritabilitas, perilaku objektif yang dapat diamati, penurunan interaksi dengan orang lain, gelisah, berfokus pada diri sendiri, respons yang dimediasi oleh saraf simpati.

1. Gangguan mobilitas fisik Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan kognitif, dekondisi, kendala lingkungan, kekuatan otot yang tidak mencukupi, kurang pengetahuan, gangguan musculoskeletal, obesitas, nyeri dan obat sedatif (Wilkinson, & Ahern, 2002).
2. Ketidakefektifan perfusi jaringan Ketidakefektifan perfusi jaringan adalah penurunan oksigen yang melibatkan kegagalan pengiriman nutrisi ke jaringan pada tingkat kapiler.

Batasan karakteristik diagnosis ini menurut Wilkinson, & Ahern (2002) adalah sebagai berikut:

* Sistem kardiovaskuler, Data subjektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah nyeri dada, dipsnoe, rasa, seperti akan mati, sedangkan data objektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah Gas darah arteri tidak normal, perubahan frekuensi pernafasan di luar parameter yang dapat diterima, aritmia, bronkospasme, pengisian kembali kapiler (capillary refill) lebih dari tiga detik, retraksi dada, napas cuping hidung, penggunaan otot bantu pernafasan.
* Sistem serebral Data objektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah perubahan status mental, perubahan perilaku, perubahan respons motoric, perubahan reaksi pupil, kesulitan menelan, kelemahan atau paralisis ekstremitas, paralisis, ketidaknormalan dalam berbicara.
* Sistem Gasrointestinal Data subjektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah nyeri atau nyeri tekan pada abdomen, mual. Data objektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah distensi abdomen, bising usus tidak ada atau hipoaktif.
* Sistem Renal Data objektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah perubahan tekanan darah di luar parameter yang dapat diterima, peningkatan rasio BUN/ keratin, hematuria, oliguria atau anuria.
* Gangguan integritas jaringan Gangguan integritas jaringan adalah kerusakan pada membran mukosa, jaringan kornea, integument, atau subkutan.

Batasan karakteristik objektif adalah kerusakan atau kehancuran jaringan (misalnya, membran mukosa, jaringan kornea, integument, atau subkutan). Faktor yang berhubungan dengan diagnosis ini adalah perubahan sirkulasi, iritasi kimia, kekurangan atau kelebihan cairan, hambatan mobilitas fisik, defisit pengetahuan, faktor mekanis, kekurangan atau kelebihan nutrisi, radiasi dan faktor suhu.

Selanjutnya Anda harus merumuskan kriteria hasil sebagai bahan untuk melakukan evaluasi sebagai indikator keberhasilan proses keperawatan yang Anda laksanakan. Perumusan tujuan harus mengacu pada kriteria perumusan tujuan diantaranya

Spesific : Rumusan tujuan harus spesifik ke masalah yang akan diselesaikan Measurable : Rumusan tujuan harus dapat diukur tingkat keberhasilannya Achievable : Rumusan tujuan harus dapat dicapai dengan intervensi keperawatan baik

secara mandiri atau berkolaborasi

Rational : Rumusan tujuan harus rasional ketercapaiannya

Time : Rumusan tujuan harus mengacu pada waktu yang sesuai dengan kondisi

pencapaian tujuan.

Penyusunan intervensi keperawatan merupakan kelanjutan setelah peneggakan diagnosis. Sebelum menyusun perencanaan atau intervensi, perawat terlebih dahulu harus menyusun tujuan dan kriteria hasil untuk patokan pelaksanaan evaluasi setelah tindakan dilaksanakan. Tujuan merawat klien dengan gangguan integritas kulit dan luka adalah untuk melihat perkembangan luka dalam waktu 2 minggu (Perry & Potter, 2010). Kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan ini meliputi:

1. Persentase jaringan granulasi lebih tinggi pada dasar luka.
2. Tidak ada kerusakan kulit lebih lanjut pada beberapa lokasi.
3. Peningkatan asupan kalori sebanyak 10%.

Tujuan spesifik dari intervensi keperawatan bagi klien dengan gangguan integritas kulit dan luka yang akan disusun oleh perawat adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan hemostasis luka.
2. Mencegah infeksi.
3. Mencegah cedera jaringan yang lebih lanjut.
4. Meningkatkan penyembuhan luka.
5. Mempertahankan integritas kulit.
6. Mengembalikan fungsi normal jaringan.
7. Memperoleh rasa nyaman (mengurangi nyeri). 8. Promosi kesehatan.

Menurut Smith, Duell, & Martin (2008), tujuan perawatan integritas kulit adalah:

1. Kulit tidak menunjukkan tanda-tanda iskemik, hyperemia dan nekrosis.
2. Dapat ditemukan segera adanya gangguan integritas kulit.
3. Mencegah invasi mikroorganisme pathogen penyebab infeksi melalui kulit sebagai port of entry.
4. Mencegah kerusakan kulit akibat tekanan bagian tubuh yang menonjol saat klien membutuhkan tirah baring.
5. Mencegah kulit kering, gatal, perasaan terbakar dan flacking.
6. Mendapatkan fasilitas khusus, misalnya bed atau kasur khusus untuk klien dalam upaya mencegah gangguan integritas kulit.

Inti dari rencana tindakan adalah mencegah terjadinya infeksi dengan cara menjaga atau mempertahankan agar luka tetap dalam keadaan bersih dan mengurangi nyeri & mempercepat proses penyembuhan luka dengan cara melakukan perawatan luka secara aseptik. Rencanakan pula perawatan berdasarkan keparahan dan jenis luka, serta adanya keadaan komplikasi (misalnya, infeksi, nutrisi buruk, immunosupresi, dan diabetes) yang akan memengaruhi penyembuhan luka. Berikut merupakan perencanaan tindakan sesuai dengan diagnosis keperawatan yang spesifik:

1. Gangguan integritas kulit
   1. Gunakan aktivitas diversional selama posisi lateral 30 derajat
   2. Ganti balutan sesering mungkin dengan jenis balutan yang menyerap
   3. Inisiasi perawatan kulit pada area yang memerah
   4. Konsultasikan tentang tempat tidur khusus
2. Gangguan mobilitas fisik
   1. Jadwalkan ambulasi setelah perawatan di waktu siang hari
   2. Gunakan aktivitas diversional selama posisi lateral 30 derajat
3. Infeksi/risiko infeksi
   1. Perawatan luka dan ganti balutan steril secara periodik
   2. Jaga kebersihan tubuh terutama area yang mengalami luka
4. Risiko perfusi jaringan tidak efektif
   1. Berikan pendidikan kesehatan untuk perawatan luka
   2. Konsultasikan dengan ahli podiatrik

Di bawah ini adalah prinsip-prinsip intervensi keperawatan yang dapat Anda gunakan untuk merumuskan tindakan keperawatan pada pasien dengan luka

* + 1. Prinsip tindakan keperawatan pada klien dengan luka
       1. Meningkatkan hemostasis luka
       2. Mencegah infeksi
       3. Mencegah cedera jaringan yang lebih lanjut
       4. Meningkatkan penyembuhan luka
       5. Mempertahankan integritas kulit
       6. Mengembalikan fungsi normal jaringan
       7. Memperoleh rasa nyaman (mengurangi nyeri)
    2. Rencana Tindakan
       1. Mencegah terjadinya infeksi dengan cara menjaga atau mempertahankan agar luka tetap dalam keadaan bersih
       2. Mengurangi nyeri & mempercepat proses penyembuhan luka dengan cara melakukan perawatan luka secara aseptik

Apabila Anda akan melaksanakan tindakan perawatan luka, perhatikan prinsip- prinsip perawatan luka di bawah ini:

1. Pembersihan & pencucian luka
2. Luka kering (tidak mengeluarkan cairan) dibersihkan dengan teknik swabbing, yaitu ditekan & digosok pelan2 menggunakan kasa steril atau kasa bersih yang dibasahi dengan air steril atau NaCl 0,9%.
3. Luka basah (mudah berdarah) dibersihkan dengan teknik irigasi, yaitu di semprot lembut dengan air steril atau NaCl.
4. Memilih pembalut Pembalut luka merupakan sarana vital untuk mengatur kelembaban kulit, menyerap cairan yang berlebih, mencegah infeksi & membuang jaringan mati. Pembalut yang dipakai disesuaikan dengan kondisi/keadaan luka. Contoh pembalut diantaranya:
5. Pembalut yang mengandung calsium alginate: berbahan rumput laut, menjadi gel jika bercampur cairan luka, menyerap cairan luka, merangsang proses pembekuan darah, mencegah kontaminasi bakteri pseudomonas. Hydarioactive gel dapat membantu proses pelepasan jaringan mati
6. Hydariocoloid: mempertahankan kelembaban luka, menyerap cairan, menghindari infeksi, bengkak atau mengalami infeksi
7. Tidak boleh membuat sebuah luka menjadi luka baru. Hindari tindakan menggaruk luka atau kulit di sekitar luka.
8. Luka baru
9. Luka baru yang kotor dibersihkan dengan air & sabun & dikeringkan dengan kain bersih atau kasa steril.
10. Bila luka dangkal & terdengan di bagian yang tidak bergerak dibiarkan terbuka agar proses penyembuhan cepat
11. Bila luka bersih tidak usah pakai antiseptik atau salep antibiotik. Bila luka kotor sebaiknya ditutup dengan kasa steril
12. Untuk mempercepat penyembuhan, luka operasi harus dijaga agar tidak terkena air
13. Luka Basah
14. Menghilangkan pus Membuka luka serta mengalirkan nanah. Untuk mengurangi pembentukan nanah luka harus dibersihkan dengan cairan fisiologis dan apabila luka basah bisa diganti balutan beberapa kali
15. Menjaga kelembaban luka

Apabila klien sudah diperbolehkan pulang dari rumah sakit (discharged planning) atau institusi pelayanan kesehatan lain, perlu diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan luka dan perlu juga dikaji keberadaan layanan kesehatan yang dapat memberikan pelayanan perawatan luka yang dapat diakses dari rumah klien. Berikan surat rujukan balik ke institusi pelayanan kesehatan tingkat dasar sebagai bahan informasi tentang kondisi luka pasien serta intervensi-intervensi yang telah diberikan.

## TEKNIK PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum Keperrawatan Dasar II dengan ketentuan sebagai berikut :

* 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
  2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
  3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
  4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
  5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
  6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
  7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

## PRAKTIKUM 6 (WAKTU : 4 x 170 menit)

**Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dan Pasien Menjelang Ajal**

Oleh : Joko Pitoyo, S.Kp., M.Kep

## LANDASAN TEORI

Spiritualitas (*spirituality*) merupakan sesuatu yang dipercayai oleh seseorang dalam hubungannya dengan kekuatan yang lebih tinggi tuhan, yang menimbulkan suatu kebutuhan serta kecintaan terhadap adanya tuhan, dan permohonan maaf atas segala kesalahan yang pernah diperbuat (Alimul, 2006).

## Peran Agama terhadap Kondisi Pasien

1. **Peran agama terhadap kondisi psikologi**

Orang yang merasa dirinya dekat dengan Tuhan, diharapkan akan timbul rasa tenang dan aman, yang merupakan salah satu ciri sehat mental yaitu:

* 1. Mengatur pola hidup individu dengan kebiasaan hidup sehat
  2. Memperbaiki persepsi ke arah positif
  3. Memiliki cara penyelesaian masalah yang spesifik
  4. Mengembangkan emosi positif
  5. Mendorong kepada kondisi yang lebih sehat

## Peran Agama Terhadap Kondisi Sosio

Umumnya para penganut agama akan melakukan kegiatan ibadah atau kegiatan sosial lainnya secara bersama-sama, dan kegiatan bersama seperti ini dilakukan secara berulang-ulang, sehingga dapat menimbulkan rasakebersamaan dan meningkatkan solidaritas antar jamaah. Orang dengan skor religiusitas tinggi, pada umumnya dapat membina keharmonisan keluarga, dan pada umumnya dapat membina hubungan yang baik di antara keluarga.

## Peran Agama terhadap Kondisi Psikologik

Peran yang cukup mendasar tentang peran keagamaan terhadap perubahan fisik– biologik, sebagaimana dituntut oleh para pakar yang berorientasi fisikalistik yang mendapatkan bukti bahwa dengan perkataan yang baik dan halus sebagaimana perkataan orang yang sedang berdoa dapat mengubah partikel air menjadi kristal heksagonal yang indah, dan selanjutnya bermanfaat dalam upaya kesehatan secara umum. Penelitian yang mencari kaitan antara sholat tahajud dengan kesehatan telah dilakukan oleh Sholeh

(2000), dan mendapatkan bahwa *mereka yang melaksanakan sholat tahajud secara rutin, setelah 4 minggu akan menunjukkan peningkatan kadar limfosit dan kadar imunoglobulin*, dan *terus meningkat sampai minggu ke delapan*. Meningkatnya kadar limfosit dan imunoglobulin menggambarkan makin tingginya daya tahan tubuh secara imunologik.

Pengaruh puasa Ramadhan terhadap kesehatan telah diteliti pula oleh Zainullah (2005), dengan sampel para santri suatu pondok pesantren. Penelitian dilakukan 3 minggu sebelum Ramadhan sampai denganpuasa hari ke-26. Penilaian terhadap substansi imunologik. Dari ketiga hal diatas maka peran perawat dengan memberikan bimbingan secara koprehensip yaitu melalui keagamaan akan pengaruh terhadap kondisi bio, psiko, sosio dan spiritual.

## Adapun Manfaat bagi Rumah Sakit dari Kegiatan Bimbingan Spiritual

Tidak ada orang yang ingin menderita sakit dan semua orang yang sakit pasti menginginkan kesembuhan. Salah satu cara meningkatkan kesembuhan adalah dengan memberikan bimbingan rohani dan spiritual. Hal ini sesuai dengan hasil pertemuan psikiater dan konselor sedunia di ***Wina Austria***, Juni 2003 tentang urgensi bimbingan spiritual sebagai sarana peningkatan religiusitas pasien.

Bimbingan spiritual ternyata berdampak kepada peningkatan kesembuhan dan motivasi pasien. Dalam konteks ini, bimbingan spiritual merupakan pelengkap pengobatan dan pelayanan medis di rumah sakit. Seperti halnya: IMZ merupakan salah satu jejaring ***Baznas Dompet Dhuafa*** yang bergerak di bidang pendidikan, pelatihan, konsultasi, publikasi, dan riset seputar zakat. Terilhami dengan kesuksesan program bimbingan Dhuafa dengan nama Bimbingan Rohani Pasien (BRP), maka IMZ bersama BRP – LPM Baznas Dompet Dhuafa menggagas pelatihan SCOPE, ***Spiritual Care On Patient***. Kesuksesan program Bimbingan Rohani Pasien dapat terlihat dengan sudah berjalannya program ini di beberapa rumah sakit di sekitar Jakarta dan terus berdatangannya permintaan dari rumah sakit lain di berbagai daerah. Adapun bagi rumah sakit kegiatan bimbingan spiritual jelas dapat memberikan nilai tambah dalam hal pelayanan bagi pasiennya. Manfaat yang akan diperoleh:

1. Perawat mengetahui pentingnya memberikan bimbingan spiritual kepada orang yang sedang sakit
2. Perawat memahami tata cara bimbingan spiritual untuk pasien sesuai dengan tuntunan Islam
3. Perawat mampu mereplikasi dan menjalankan kegiatan bimbingan spiritual bagi pasien di tempat kerjanya
4. Rumah sakit mendapat citra yang baik di mata masyarakat nilai

## Hubungan Keyakinan Dengan Pelayanan Kesehatan

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh setiap manusia. Apabila sesorang dalam keadaan sakit, maka hubungan dengan tuhannya pun semakin dekat, mengingat seseorang dalam kondisi sakit menjadi lemah dalam segala hal, tidak ada yang mampu membangkitkannya dari kesembuhan, kecuali sang pencipta. Dalam pelayanan kesehatan, perawat sebagai petugas kesehatan harus memiliki peran utama dalam memenuhi kebutuhan spiritual. Perawat dituntut mampu memberikan pemenuhan yang lebih pada saat pasien kritis atau menjelang ajal.

Dengan demikian, terdapat keterkaitan antara keyakinan dengan pelayanan kesehatan, dimana kebutuhan dasar manusia yang diberikan melalui pelayanan kesehatan tidak hanya berupa aspek-biologis, tetapi juga aspek spiritual. Aspek spiritual dapat membantu membangkitkan semangat pasien dalam proses penyembuhan.

## Perkembangan Spiritual

Perkembangan spiritual seseorang menurut ***Westerhoff’s*** dibagi ke dalam empat tingkatan berdasarkan kategori umur, yaitu:

1. ***Usia anak-anak***, merupakan tahap perkembangan kepercayaan berdasarkan penglaman. Perilaku tahap yang didapat, antara lain: adanya pengalaman dari interaksi dengan orang lain dengan keyakinan atau kepercayaan yang dianut. Pada masa ini, anak belum mempunyai pemahaman salah atau benar. Kepercayaan atau keyakinan yang ada pada masa ini mungkin hanya mengikuti ritual atau meniru orang lain, seperti berdoa sebelum tidur dan makan, dan lain-lain. Pada masa prasekolah, kegiatan keagamaan yang dilakukan belum bermakna pada dirinya, perkembangan spiritual mulai mencontoh aktivitas keagamaan orang sekelilingnya, dalam hal ini keluarga. Pada masa ini anak- anak biasanya sudah mulai bertanya tentang pencipta, arti doa, serta mencari jawaban tentang kegiatan keagamaan.
2. ***Usia Remaja akhir***, merupakan tahap perkumpulan kepercayaan yang ditandai dengan adanya partisipasi aktif pada aktivitas keagamaan. Pengalaman dan rasa takjub membuat mereka semakin merasa memiliki dan berarti akan keyakinannya. Perkembangan spiritual pada masa ini sudah mulai pada keinginan akan pencapaian kebutuha spiritual

seperti keinginan melalui meminta atau berdoa kepada penciptanya, yang berarti sudah mulai membutuhkan pertolongan melalui keyakinan atau kepecayaan. Bila pemenuhan kebutuhan spiritual tidak terpenuhi akan timbul kekecewaan.

1. ***Usia awal dewasa***, merupakan masa pencarian kepercayaan dini, diawali dengan proses pertanyaan akan keyakinan atau kepercayaan yang dikaitkan secara kognitif sebagai bentuk yang tepat untuk mempercayainya. Pada masa ini, pemikiran sudah bersifat rasional dan keyakinan atau kepercayaan terus dikaitkan dengan rasional. Segala pertanyaan tentang kepercayaan harus dapat dijawab secara rasional. Pada masa ini, timbul perasaan akan penghargaan terhadap kepercayaannya.
2. ***Usia pertengahan dewasa***, merupakan tingkatan kepercayaan dari diri sendiri, perkembangan ini diawali dengan semakin kuatnya kepercayaan diri yang dipertahankan walaupun menghadapi perbedaan keyakinan yang lain dan lebih mengerti akan kepercayaan dirinya.

## Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kebutuhan Spiritual

* 1. ***Perkembangan***. Usia perkembangan dapat menentukan proses pemenuhan kebutuhan spiritual, karena setiap tahap perkembangan memiliki cara meyakini kepercayaan terhadap Tuhan.
  2. ***Keluarga***. Keluarga memiliki peran yang cukup strategis dalam memenuhi kebutuhan spiritual, karena keluarga memiliki ikatan emosional yang kuat dan selalu berinteraksi dalam kehidupan sehari-hari.
  3. ***Ras/suku***. Ras/suku memiliki keyakinan/kepercayaan yang berbeda, sehingga proses pemenuhan kebutuhan spiritual pun berbeda sesuai dengan keyakinan yang dimiliki.
  4. ***Agama yang dianut***. Keyakinan pada agama tertentu yang dimilikioleh seseorang dapat menentukan arti pentingnya kebutuhan spiritual.
  5. ***Kegiatan keagamaan***. Adanya kegitan keagamaan dapat selalu mengingatkan keberadaan dirinya dengan tuhan, selalu mendekatkan diri kepada penciptanya.

## Beberapa Orang yang Membutuhkan Bantuan Spiritual

* + 1. ***Pasien kesepian***. Pasien dalam keadaan sepi dan tidak ada yang menemani akan membutuhkan bantuan spiritual karena mereka merasakan tidak ada kekuatan selain kekuatan Tuhan, tidak ada yang menyertainya selain Tuhan.
    2. ***Pasien ketakutan dan cemas***. Adanya ketakutan atau kecemasan dapat menimbulkan perasaan kacau, yang dapat membuat pasien membutuhkan ketenangan pada dirinya, dan ketenangan yang paling besar adalah bersama Tuhan.
    3. ***Pasien menghadapi pembedahan***. Menghadapi pembedahan adalah sesuatu yang sangat mengkhawatirkan karena akan timbul perasaan antara hidup dan mati, pada saat itulah keberadaan pencipta dalam hal ini adalah Tuhan sangat penting sehingga pasien selalu membutuhkan bantuan spiritual.
    4. ***Pasien yang harus mengubah gaya hidup***. Perubahan gaya hidup dapat membuat seseorang lebih membutuhkan keberadaan Tuhan (*kebutuhan spiritual*). Pola gaya hidup dapat membuat kekacauan keyakinan bila kearah yang lebih buruk. Akan tetapi bila perubahan gaya hidup kearah yang lebih baik, maka pasien akan lebih membutuhkan dukungan spiritual.

## Masalah Kebutuhan Spiritual

Masalah yang sering terjadi pada pemenuhan kebutuhan spiritual adalah distres spiritual, merupakan suatu keadaan ketika individu atau kelompokmengalami beresiko mengalami gangguan dalam kepercayaan atau system nilai yang memberikannya kekuatan, harapan, dan arti kehidupan, yang ditandai dengan pasien meminta pertolongan spiritual, mengungkapkan adanya keraguan dalam sistem kepercayaan, adanya keraguan yang berlebih dalam mengartikan hidup, mengungkapkan perhatian yang lebih pada kematian dan sesudah hidup, adanya keputusasaan, menolak kegiatan ritual, dan terdapat tanda-tanda seperti menangis, menarik diri, cemas, dan marah, kemudian ditunjang dengan keadaan fisik seperti nafsu makan terganggu, kesulitan tidur, dan tekanan darah meningkat.

***Distres spiritual*** terdiri atas:

1. Spiritual yang sakit, yaitu kesulitan menerima kehilangan dari orang yang dicintai atau dari penderitaan yang berat
2. Spiritual yang khawatir, yaitu terjadinya pertentangan kepercayaan dan sistem nilai seperti adanya aborsi
3. Spiritual yang hilang, yaitu adanya kesulitan menemukan ketenangan dalam kegiatan keagamaan

## Asuhan Keperawatan Pada Masalah Kebutuhan Spiritual

* 1. **Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian terhadap masalah kebutuhan spiritual, antara lain adanya ungkapan terhadap masalah spiritual, misalnya arti kehidupan, kematian, dan penderitaan, keraguan akan kepercayaan yang dianut, penolakan untuk beribadah, perasaan yang kosong, dan pengakuan akan perlunya bantuan spiritual. Beberapa faktor yang menyebabkan masalah spiritual adalah kehilangan salah satu bagian tubuh, beberapa penyakit terminal, tindakan pembedahan, prosedur *invasive*, dan lain-lain.

## Diagnosis Keperawatan

Distres spiritual berhubungan dengan ketidakmampuan untuk melaksanakan ritual spiritual, konflik antara keyakinan spiritual dan ketentuan aturan kesehatan dan krisis penyakit, penderitaan, atau kematian.

## Perencanaan dan Tindakan Keperawatan

Rencana yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah spiritual, antara lain:

1. Memberikan ketenangan atau privasi sesuai dengan kebutuhan melalui berdoa dan beribadah secara rutin
2. Membantu individu yang mengalami keterbatasan fisik untuk melakukan ibadah
3. Menghadirkan pemimpin spiritual untuk menjelaskan berbagai konflik keyakinan dan alternatif pemecahannya
4. Mengurangi atau menghilangkan beberapa tindakan medis yang bertentangan dnegan keyakinan pasien dan mencari alternatif pemecahannya
5. Mendorong untuk mengambil keputusan dalam melakukan ritual
6. Membantu pasien untuk memenuhi kewajibannya

## Evaluasi Keperawatan

Evaluasi terhadap masalah spiritual secara umum dapat dinilai dari perubahan untuk melakukan kegiatan spiritual, adanya kemampuan melaksanakan ibadah, adanya ungkapan atau perasaan yang tenang, dan menerima adanya kondisi atau keberadaannya, wajah yang menunjukan rasa damai, kerukunan dengan orang lain, memliki pedoman hidup, dan rasa bersyukur.

## Perawatan Jenazah

1. **Pengertian Perawatan Jenazah**

Perawatan jenazah adalah suatu tindakan medis melakukan pemberian bahan kimia tertentu pada jenazah untuk menghambat pembusukan serta menjaga penampilan luar jenazah supaya tetap mirip dengan kondisi sewaktu hidup.

Perawatan jenazah dapat dilakukan langsung pada kematian wajar, akan tetapi kematian pada tidak wajar pengawetan jenazah baru boleh dilakukan setelah pemeriksaan jenazah atau otopsi dilakukan. Perawatan jenazah dilakukan karena ditundanya penguburan/kremasi, misalnya untuk menunggu kerabat yang tinggal jauh diluar kota/diluar negri.

Pada kematian yang terjadi jauh dari tempat asalnya terkadang perlu dilakukan pengangkutan atau perpindahan jenazah dari suatu tempat ketempat lainnya. Pada keadaan ini, diperlukan pengawetan jenazah untuk mencegah pembusukan dan penyebaran kuman dari jenazah kelingkungannya.

Jenazah yang meninggal akibat penyakit menular akan cepat membusuk dan potensial menular petugas kamar jenazah. Keluarga serta orang-orang disekitarnya. Pada kasus semacam ini, kalau pun penguburan atau kremasinya akan segera dilakukan tetap dilakukan perawatan jenazah untuk mencegah penularan kuman atau bibit penyakit disekitarnya.

Perawatan jenazah penderita penyakit menular dilaksanakan dengan selalu menerapkan kewaspadaan universal tanpa mengakibatkan tradisi budaya dan agama yang dianut keluarganya. Setiap petugas kesehatan terutama perawat harus dapat menasihati keluarga dan mengambil tindakan yangs sesuai agar penanganan jenazah tidak menambah resiko penularan penyakit seperti halnya ***hepatitis B, AIDS, Kolera dan sebagainya***. Tradisi yang berkaitan dengan perlakuan terhadap jenazah tersebut dapat diizinkan dengan memperhatikan hal yang telah disebut diatas, seperti misalnya mencium jenazah sebagai bagian dari upacara penguburan. Perlu diingat bahwa virus HIV hanya dapat hidup dan berkembang dalam manusia hidup, maka beberapa waktu setelah penderita infeksi HIV meninggal, virus pun akan mati.

## Tujuan Perawatan Jenazah

Adapun tujuan dari perawatan jenazah, yaitu:

Untuk mencegah terjadinya pembusukan pada jenazah. Dengan menyuntikan zat- zat tertentu untuk membunuh kuman seperti pemberian intjeksi formalin murni, agar

tidak meninggalkan luka dan membuat tubuh menjadi kaku. Dalam injeksi formalin dapat dimasukan kemulut hidung dan pantat jenazah.

## Tindakan diluar Kamar Jenazah

Adapun tindakan yang dilakukan diluar kamar jenazah yaitu:

* 1. Mencuci tangan sebelum memakai sarung tangan
  2. Memakai pelindung wajah dan jubah
  3. Luruskan tubuh jenazah dan letakan dalam posisi terlentang dengan tangan disisi atau terlipat didada
  4. Tutup kelopak mata atau ditutup dengan kapas atau kasa, begitu pula mulut dan telinga
  5. Beri alas kepala dengan kain handuk untuk menampung bila ada rembesan darah atau cairan tubuh lainnya
  6. Tutup anus dengan kasa dan plester kedap air
  7. Lepaskan semua alat kesehatan dan letakan alat bekas tersebut dalam wadah yang aman
  8. Tutup setiap luka yang ada dengan plester kedap air
  9. Bersihkan tubuh jenazah tutup dengan kain bersih untuk disaksikan oleh keluarga
  10. Pasang label identitas pada laki-laki
  11. Beritahu petugas kamar jenazah jika jenazah adalah penderita penyakit menular
  12. Cuci tangan setelah melepas rarung tangan

## Tindakan dikamar Jenazah

Adapun tidakan dikamar jenazah yaitu:

* 1. Lakukan prosedur dasar sepertii cuci tangan sebelum mamakai sarung tangan
  2. Petugas memakai alat pelindung:

1. Sarung tangan karet yang panjang (sampai kesiku)
2. Sebaiknya memakai sepatu *boot* sampai lutut
3. Pelindung wajah (*masker* dan kaca mata)
4. Jubah atau celemek sebaiknya yang kedap air
   1. Jenazah dimandikan oleh petugas kamar jenazah yang telah memahami cara membersihkan atau memandikan jenazah penderita penyakit menular
   2. Bungkus jenazah dengan kain kafan atau kain pembungkus lain sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut
   3. Cuci tangan dengan sabun sebelum memakai sarung tangan dan sesudah melepas sarung tangan

## Catatan Penting:

1. Jenazah yang telah dibungkus tidak boleh dibuka lagi
2. Jenazah tidak boleh dibalsem atau disuntik atau pengawetan kecuali oleh petugas khusus yang telah mahir dalam hal tersebut
3. Jenazah tidak boleh diotopsi, dalam hal tertentu, otopsi dapat dilakukan setelah mendapat persetujuan dari pimpinan rumah sakit dan dilaksanakan oleh petugas rumah sakit yang telah mahir dalam hal tersebut

## Hal-hal yang Diperhatikan dalam Proses Keperawatan

Adapun hal-hal yang perlu diperhatikan dalam proses keperawatan yaitu:

1. Segera mencuci kulit dan permukaan lain dengan air mengalir bila terkena darah atau cairan tubuh lain
2. Dilarang memanipulasi alat suntik atau menyarungkan jarum suntik ke tutupnya. Buang semua alat atau benda tajam dalam wadah yang tahan tusukan (*ember khusus*)
3. Semua permukaan yang terkena percikan atau tumpahan darah atau cairan tubuh lainnya segera dibersihkan dengan cairan klorin 0,5 %
4. Semua peralatan yang akan digunakan kembali harus diproses dengan urutan: dekontaminasi, pembersihan, desinfeksi, atau sterilisasi
5. Sampah dan bahan terkontaminasi lainnya ditempatkan dalam kantong plastik
6. Pembuangan sampah dan bahan yang tercemar sesuai pengolah sampah medis

## TEKNIK PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum Keperrawatan Dasar II dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
      2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
      3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
      4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
      5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
      6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
      7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

## TATA TERTIB

Berikut ini adalah tata tertib pelaksanaan praktikum.

* 1. Untuk Mahasiswa
     1. Anda harus hadir 10 menit di tempat praktikum sebelum kegiatan praktikum berlangsung
     2. Menggunakan jas praktikum yang telah ditetapkan dilengkapi dengan nama
     3. Diwajibkan menggunakan sepatu. Bila pembimbing Anda menginginkan melepas sepatu ketika memasuki ruang praktikum, maka Anda wajib mematuhinya.
     4. Pada saat praktikum berlangsung Anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan praktikum selesai
     5. Anda harus menyiapkan alat tulis sendiri karena pembimbing tidak mempersiapkannya
     6. Semua kelengkapan untuk praktikum Anda harus siapkan seperti format laporan pendahuluan, format strategi pelaksanaan dan format asuhan keperawatan serta lembar evaluasi
     7. Selama kegiatan praktikum berlangsung Anda diberikan kesempatan untuk ke kamar kecil sebelum kegiatan berlangsung dan tidak diperbolehkan makan dan minum ketika kegiatan praktikum sedang berlangsung.
  2. Untuk Pembimbing
     1. Anda harus hadir 10 menit di tempat praktikum sebelum kegiatan praktikum berlangsung
     2. Menggunakan jas praktikum yang telah ditetapkan dilengkapi dengan papan nama
     3. Pada saat praktikum berlangsung Anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan praktikum selesai
     4. Memberikan penilaian sesuai format yang ada dan menyerahkannya kepada koordinator mata ajar.
     5. Selama kegiatan praktikum berlangsung Anda tidak diperkenankan untuk melakukan kegiatan lain yang dapat mengganggu kegiatan praktikum.

## SANGSI

* 1. Apabila terjadi pelanggaran terhadap tata tertib yang berlaku akan diberikan sangsi oleh akademik sesuai berat ringannya pelanggaran
  2. Apabila menghilangkan/merusak alat yang dipakai dalam praktikum wajib mengganti

## EVALUASI

Untuk menilai keberhasilan capaian pembelajaran kegiatan praktikum dilakukan evaluasi, yang meliputi :

* 1. Kognitif/pengetahuan yaitu responsi dan partisipasi dalam diskusi
  2. Sikap : yaitu sikap mahasiswa saat melaksanakan prosedur meiputi kesopanan, komunikasi, ketelitian, kesabaran dan respon terhadap anak/klien
  3. Psikomotor : mampu melakukan prosedur sesuai SOP dengan tepat dan benar

## REFERENSI

A. Azis Alimun H, Musrifatul U. 2005. Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

A. Azis Alimun H. 2006. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1, Buku 2. Jakarta: Salemba Medika.

A. Azis Alimun. 2006. Kebutuhan Dasar Manusia I. Jakarta: Salemba Medika.

Alman. 2000. Fundamental & Advanced Nursing Skill. Canada: Delmar Thompson, Learning Publisher.

Asmadi. 2008. Teknik Prosedural Keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien. Jakarta: Salemba Medika.

Carpenito, L.J, 2000, Buku Saku Diagnosa Keperawatan. Edisi 8, Alih Bahasa Ester M. Jakarta: EGC.

Dillerlaw. 2015. Why Won’t My Wound Heal? Tersedia pada; <http://www.dillerlaw.com/injuries/why-wont-my-wound-heal.html>

Elkin, et al . 2000. Nursing Intervention and Clinical Skills. Aecond edt.

Gardiner, L. Lampshire, S., Biggins, A., McMurray, A., Noake, N., Van Zyl, M., Vickery, J., Woodage, T., Lodge, J., & Edgar, M. 2008. Evidence-based best

practice in maintaining skin integrity. Wound Practice and Research 15 Vol. 16 No. 2 MAY 2008. Pp. 5-14.

Hess, C.T. (2010). Performing a skin assessment. Nursing: July 2010 - Volume 40 - Issue 7 - p 66

Kozier, B. 1995, Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values, California, Addison Wesley.

Kozier, B., Erb, G., Blais, K., & Wilkinson, J.M. (2004). Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice. California: Addison-Wesley

Perry,at al. 2005. Ketwrampilan dan Prosedur Dasar Kedokteran. Jakarta: EGC. Potter & Perry (2010). Fundamental of Nursing. Elsevier: Singapura.

Potter & Perry. 2006. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep,Proses, dan Praktik, Edisi 4. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.

Priharjo, Robert. 2006. Pengkajian Fisik Keperawatan. Jakarta: EGC.

S. Suarli dan Yanyan Bahtiar. 2010. Manajemen Keperawatan. Jakarta: Erlangga Medical Series.

Smith, S.F., Duell, D.J., & Martin, B.C. (2008). Clinical Nursing Skill. Basic To Advanced Skills. Canada: Pearson Education.

Tarwoto Wartonah. 2006. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Edisi 3.

Jakarta: Salemba Medika.

Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. Modul Pembelajaran KDM. Malang.

Tim Poltekkes Depkes Jakarta III .2009. Panduan Praktek KDM. Jakarta: Salemba Medika.

WebMD. 2015. Stages of pressure sores. Tersedia pada: <http://www.webmd.com/skinproblems-and-treatments/four-stages-of-pressure-> sores.

Wikihow. 2015. How to Measure Wound Granulation. Tersedia pada: <http://www.wikihow.com/Measure-Wound-Granulation>

Wilkinson, J.M., & Ahern, N.R. (2002). Buku Saku Diagnosis Keperawatan. Edisi 9.Alih Bahasa oleh Esty Wahyuningsih. Jakarta: EGC

*Lampiran*

# STANDART OPERATING PROSEDUR PEMASANGAN INFUS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRODI KEPERAWATAN**  **MALANG** | **Pemasangan Infus**  No. Dokumen : No. Revisi : | |  |
|  |  |
| **PROTAP** | **Tanggal Ditetapkan Di** | **tetapkan Oleh :** | |
| Pengertian | Pemberian cairan intrav | ena (infus) yaitu : memasukan | |
| cairan atau obat langsung kedalam pembuluh darah vena dalam jumlah dan waktu tertentu  denganmenggunakan infus set (potter,2005) | | |
| **Indikasi** | * Keadaan emergency (misal pada tindakan RJP), yang memungkinkan pemberian obat langsung ke dalam Intra Vena * Untuk memberikan respon yang cepat terhadap pemberian obat (seperti furosemid, digoxin) * Pasien yang mendapat terapi obat dalam dosis besar secara terus-menerus melalui Intra vena * Pasien yang membutuhkan pencegahan gangguan cairan dan elektrolit * Pasien yang mendapatkan tranfusi darah Upaya profilaksis (tindakan pencegahan) sebelum prosedur (misalnya pada operasi besar dengan risiko perdarahan, dipasang jalur infus intravena untuk persiapan jika terjadi syok, juga untuk memudahkan pemberian obat) * Upaya profilaksis pada pasien-pasien yang tidak stabil, misalnya risiko dehidrasi (kekurangan cairan) dan syok (mengancam nyawa), sebelum pembuluh darah kolaps (tidak teraba), sehingga tidak dapat dipasang jalur infus. Untuk menurunkan ketidaknyamanan pasien dengan mengurangi kebutuhan dengan injeksi   intramuskuler. | | |
| **Tujuan** | * Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh   yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein lemak, dan kalori yang tidak dapat dipertahankan secara adekuat melalui oral   * Memperbaiki keseimbangan asam basa * Memperbaiki volume komponen-komponen darah Memberikan jalan masuk untuk pemberian obat- obatan kedalam tubuh * Memonitor tekan Vena Central (CVP) | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | * Memberikan nutrisi pada saat system pencernaan di istirahatkan. |
| **Petugas** | 1. Perawat 2. Mahasiswa D III Keperawatan |
| **Pengkajian** | 1. Mengkaji kebutuhan pasien untuk pemasangan infus 2. Mengkaji kebutuhan dan jenis cairan dan elektrolit 3. Mengkaji lokasi pemasangan infus |
| **Persiapan Alat** | 1. Standar infus 2. Infus set 3. Cairan sesuai program medis 4. IV Cateter/abocath/Jarum infus dengan ukuran yang sesuai 5. Pengalas 6. Torniket 7. Kapas alcohol 8. Betadin 9. Plester 10. Gunting 11. Kasa steril 12. Sarung tangan 13. Bengkok 14. Tempat sampah medis/non medis 15. Lembar monitoring cairan |
| **Persiapan**  **Lingkungan** | 1. Tutup pintu dan jendela atau pasang sketsell 2. Gunakan cahaya yang cukup |
| **Pelaksanaan** | 1. Cuci tangan 2. Hubungkan cairan dengan infus set dengan memasukkan ke bagian karet atau akses selang ke botol infus 3. Keluarkan udara dengan mengisi cairan ke dalam set infus dengan menekan ruang tetesan hingga terisi sebagian dan buka klem slang hingga cairan memenuhi selang dan udara selang keluar 4. Letakkan cairan infus yang sudah siap pada standar infus 5. Letakkan pangalas di bawah tempat ( vena ) yang akan dilakukan penginfusan 6. Dekatkan bengkok 7. Lakukan pembendungan dengan torniket ( karet pembendung ) 10-12 cm di atas tempat penusukan dan anjurkan pasien untuk menggenggam ( bila sadar ) 8. Gunakan sarung tangan steril 9. Disinfeksi daerah yang akan ditusuk dengan |

|  |  |
| --- | --- |
|  | betadhin dan kapas alcohol dengan gerakan memutar dari dalam keluar   1. Lakukan penusukan pada vena dengan meletakkan ibu jari di bagian bawah vena dan posisi jarum ( abocath ) mengarah ke atas 2. Perhatikan keluarnya darah melalui jarum   ( abocath / surflo ) maka tarik keluar bagian dalam ( jarum atau mandren) sambil meneruskan tusukan ke dalam vena   1. Setelah jarum infus bagian dalam dilepaskan atau dikeluarkan, tahan bagian atas vena dengan menekan menggunakan jari tangan agar darah tidak keluar. 2. Sambungkan abocath dengan slang infus 3. Buka pengatur tetesan dan atur kecepatan sesuai dengan dosis yang diberikan 4. Lakukan fiksasi dengan kasa steril dan plester 5. Pada tempat fiksasi tuliskan tanggal dan waktu pemasangan infus serta catat ukuran jarum 6. Buang sampah medis dan non medis pada tempatnya 7. Lepaskan sarung tangan 8. Cuci tangan 9. Dokumentasi: waktu pemasangan tipe cairan Tempat insersi (melalui IV) Kecepatan aliran (tetesan/menit) Respon klien setelah dilakukan   tindakan pemasangan infuse |
| **Evaluasi** | 1. Perhatikan kelancaran tetesan infus 2. Amati respon pasien terhadap tindakan 3. Amati komplikasi secara periodik |
| **Penutup** | 1. Bereskan alat dan letakkan pada tempatnya 2. Rapikan pasien, dan berikan posisi yang nyaman |

## FORM EVALUASI PROSEDUR PEMASANGAN INFUS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TINDAKAN** | **PELAKSANAAN** | |
| **DILAKUKAN** | **TIDAK DILAKUKAN** |
| 1. | **Persiapan Alat dan Bahan :**   1. Standar infus 2. Infus set 3. Cairan sesuai program medis 4. IV Cateter/abocath/Jarum infus dengan ukuran yang sesuai 5. Pengalas 6. Torniket 7. Kapas alcohol 8. Betadin 9. Plester 10. Gunting 11. Kasa steril 12. Sarung tangan 13. Bengkok 14. Tempat sampah medis/non medis 15. Lembar monitoring cairan |  |  |
| 2. | **Persiapan Lingkungan :**   1. Tutup pintu dan jendela atau pasang sketsel 2. Gunakan cahaya yang cukup |  |  |
| 3. | **Pelaksanaan :**   1. Cuci tangan 2. Hubungkan cairan dengan infus set dengan memasukkan ke bagian karet atau akses selang ke botol infus 3. Keluarkan udara dengan mengisi cairan ke dalam set infus dengan menekan ruang tetesan hingga terisi sebagian dan buka klem slang hingga cairan memenuhi selang dan udara selang keluar 4. Letakkan cairan infus yang sudah siap pada standar infus 5. Letakkan pangalas di bawah tempat ( vena ) yang akan dilakukan penginfusan 6. Dekatkan bengkok 7. Lakukan pembendungan dengan torniket ( karet pembendung ) 10-12 cm di atas tempat penusukan dan anjurkan pasien untuk menggenggam ( bila sadar ) 8. Gunakan sarung tangan steril 9. Disinfeksi daerah yang akan ditusuk dengan betadhin dan kapas alcohol dengan gerakan memutar dari dalam keluar 10. Lakukan penusukan pada vena dengan meletakkan ibu jari di bagian bawah vena dan posisi jarum ( abocath ) mengarah ke atas 11. Perhatikan keluarnya darah melalui jarum   ( abocath / surflo ) maka tarik keluar bagian dalam ( |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | jarum atau mandren) sambil meneruskan tusukan ke dalam vena   1. Setelah jarum infus bagian dalam dilepaskan atau dikeluarkan, tahan bagian atas vena dengan menekan menggunakan jari tangan agar darah tidak keluar. 2. Sambungkan abocath dengan slang infus 3. Buka pengatur tetesan dan atur kecepatan sesuai dengan dosis yang diberikan 4. Lakukan fiksasi dengan kasa steril dan plester 5. Pada tempat fiksasi tuliskan tanggal dan waktu pemasangan infus serta catat ukuran jarum 6. Buang sampah medis dan non medis pada tempatnya 7. Lepaskan sarung tangan 8. Cuci tangan 9. Dokumentasi: waktu pemasangan tipe cairan Tempat insersi (melalui IV) Kecepatan aliran (tetesan/menit) Respon klien setelah dilakukan   tindakan pemasangan infuse |  |  |
| 4. | **Sikap Selama Pelaksanaan :**  1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah |  |  |
| 2. Menjamin Privacy pasien |  |  |
| 3. Bekerja dengan teliti |  |  |
| 4. Memperhatikan body mekanism |  |  |

NILAI =

Skor didapat Skor Maksimal

× 100

=

Ket : Batas minimal ≥ 80

Dosen/ Fasilitator

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **POLTEKKES KEMENKES MALANG** | **No. Dokumen : SOP.KDM.056** |
| STANDARD OPERASIONAL  PROSEDUR | **No. Revisi :**  **00** |
| **MEMBERIKAN OBAT ORAL** | **Tanggal Terbit :** |
| **Halaman :** |
| **Unit : Laboratorium Keperawatan** | | **Petugas / pelaksana: Perawat, dosen, CI, Mhs.** |
| **Pengertian** | Suatu kegiatan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan cara  memberikan obat dengan cara ditelan lewat mulut dan dibawah lidah. | |
| **Indikasi** | 1. Pasien yang tidak memiliki gangguan system pencernaan seperti oral 2. Pasien yang tidak memiliki gangguan kesadaran | |
| **Tujuan** | Memberikan terapi pengobatan peroral atau lewat mulut | |
| **Persiapan tempat dan alat** | **Alat-alat :**   1. Obat-obatan 2. Gelas obat 3. Daftar obat 4. Tempat obat | |
| **Persiapan pasien** | Pasien diberitahu tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan  dilakukan | |
| **Persiapan Lingkungan** | Persiapkan lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien | |
| **Pelaksanaan** | 1. Menyiapkan obat untuk pasien    1. Mencuci tangan    2. Membaca instruksi    3. Mengambil obat    4. Menyiapkan obat dengan tepat dan teratur    5. Menyiapkan obat cair (waktu menuang jangan pada sisi yang beretiket) 2. Memberikan obat kepada pasien    1. Mencuci tangan    2. Mengambil daftar obat dan obat diteliti kembali    3. Membawa obat dan daftar obat ke pasien sambil mencocokkan nama    4. Memanggil nama pasien sesuai dengan nama pada daftar obat    5. Memberi obat satu persatu sambil menunggu pasien selesai minum obat    6. Mencuci tangan 3. Menulis pada catatan pemberian obat | |
| **Sikap** | **Sikap Selama Pelaksanaan :**   1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah 2. Menjamin Privacy pasien | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Bekerja dengan teliti 2. Memperhatikan body mekanism |
| **Evaluasi** | 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 2. Observasi reaksi setelah pengobatan |

## FORM EVALUASI PROSEDUR MEMBERIKAN OBAT ORAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TINDAKAN** | **PELAKSANAAN** | |
| **DILAKUKAN** | **TIDAK**  **DILAKUKAN** |
| 1. | **Persiapan Alat dan Bahan :**   1. Obat-obatan 2. Gelas obat 3. Daftar obat 4. Tempat obat |  |  |
| 2. | **Persiapan pasien :**  Pasien diberitahu tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan |  |  |
| 3. | **Persiapan Lingkungan :**  Persiapkan lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien |  |  |
| 4. | **Pelaksanaan :**   1. Menyiapkan obat untuk pasien    1. Mencuci tangan |  |  |
| b. Membaca instruksi |  |  |
| c. Mengambil obat |  |  |
| d. Menyiapkan obat dengan tepat dan teratur |  |  |
| e. Menyiapkan obat cair (waktu menuang jangan pada sisi  yang beretiket) |  |  |
| 1. Memberikan obat kepada pasien    1. Mencuci tangan |  |  |
| b. Mengambil daftar obat dan obat diteliti kembali |  |  |
| c. Membawa obat dan daftar obat ke pasien sambil  mencocokkan nama |  |  |
| d. Memanggil nama pasien sesuai dengan nama pada daftar  obat |  |  |
| e. Memberi obat satu persatu sambil menunggu pasien  selesai minum obat |  |  |
| f. Mencuci tangan |  |  |
| 3. Menulis pada catatan pemberian obat |  |  |
| 5. | **Sikap Selama Pelaksanaan :**  1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah |  |  |
| 2. Menjamin Privacy pasien |  |  |
| 3. Bekerja dengan teliti |  |  |
| **4.** Memperhatikan body mekanism |  |  |

NILAI =

Skor didapat Skor Maksimal

× 100

=

Ket : Batas minimal ≥ 80

Dosen/ Fasilitator

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **POLTEKKES KEMENKES**  **MALANG** | **No. Dokumen :**  **SOP.KDM.061** |
| STANDARD OPERASIONAL  PROSEDUR | **No. Revisi : 00** |
| **MEMBERIKAN OBAT MELALUI KULIT** | **Tanggal Terbit :** |
| **Halaman :** |
| **Unit : Laboratorium Keperawatan** | | **Petugas / pelaksana: Perawat, dosen, CI, Mhs.** |
| **Pengertian** | Suatu kegiatan sebagai salah satu cara pengobatan dengan  melalui kulit | |
| **Indikasi** | Pasien dengan penyakit kulit | |
| **Tujuan** | Mengobati penyakit kulit | |
| **Persiapan tempat dan alat** | **Alat-alat :**   1. Obat yang diperlukan 2. Kapas lidi steril 3. Kasa steril 4. Bengkok | |
| **Persiapan pasien** | Pasien diberitahu tentang tujuan dan prosedur tindakan yang  akan dilakukan | |
| **Persiapan Lingkungan** | Persiapkan lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien | |
| **Pelaksanaan** | 1. Mencuci tangan 2. Mengambil daftar obat dan obat, kemudian diteliti 3. Membawa obat dan daftar obat ke pasien sambil mencocokkan nama 4. Membersihkan kulit dengan kasa steril 5. Mengoleskan obat (salep, obat cair, powder) di atas kulit 6. Merapikan pasien dan lingkungan 7. Mencuci tangan 8. Menulis pada catatan pemberian obat | |
| **Sikap** | **Sikap Selama Pelaksanaan :**   1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah 2. Menjamin Privacy pasien 3. Bekerja dengan teliti 4. Memperhatikan body mekanism | |
| **Evaluasi** | 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 2. Observasi reaksi setelah pengobatan | |

## FORM EVALUASI PROSEDUR MEMBERIKAN OBAT MELALUI KULIT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TINDAKAN** | **PELAKSANAAN** | |
| **DILAKUKAN** | **TIDAK**  **DILAKUKAN** |
| 1. | **Persiapan Alat dan Bahan :**   1. Obat yang diperlukan 2. Kapas lidi steril 3. Kasa sterile 4. Bengkok |  |  |
| 2. | **Persiapan pasien :**  Pasien diberitahu tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan |  |  |
| 3. | **Persiapan Lingkungan :**  Persiapkan lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien |  |  |
| 4. | **Pelaksanaan :**  1. Mencuci tangan |  |  |
| 2. Mengambil daftar obat dan obat, kemudian diteliti |  |  |
| 3. Membawa obat dan daftar obat ke pasien sambil  mencocokkan nama |  |  |
| 4. Membersihkan kulit dengan kasa steril |  |  |
| 5. Mengoleskan obat (salep, obat cair, powder) di atas  kulit |  |  |
| 6. Merapikan pasien dan lingkungan |  |  |
| 7. Mencuci tangan  Menulis pada catatan pemberian obat |  |  |
| 5. | **Sikap Selama Pelaksanaan :**  1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah |  |  |
| 2. Menjamin Privacy pasien |  |  |
| 3. Bekerja dengan teliti |  |  |
| **4.** Memperhatikan body mekanism |  |  |

NILAI =

Skor didapat Skor Maksimal

× 100

=

Ket : Batas minimal ≥ 80

Dosen/ Fasilitator

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **POLTEKKES KEMENKES**  **MALANG** | **No. Dokumen :**  **SOP.KDM.057** |
| STANDARD OPERASIONAL  PROSEDUR | **No. Revisi : 00** |
| **MEMBERIKAN OBAT SECARA INTRA MUSKULER (IM)** | **Tanggal Terbit :** |
| **Halaman :** |
| **Unit : Laboratorium Keperawatan** | | **Petugas / pelaksana: Perawat, dosen, CI,**  **Mhs.** |
| **Pengertian** | Prosedur invasive yang melibatkan deposisi obat melalui jarum steril  yang diinsersikan ke dalam jaringan muskuler | |
| **Indikasi** | 1. Pasien dengan gangguan sistem pencernaan 2. Rute obat-obatan seperti obat yang mengiritasi, suspensi dalam air & larutan dalam minyak | |
| **Tujuan** | Memberikan pengobatan pada obat-obatan yang mengiritasi, suspensi  dalam air & larutan dalam minyak | |
| **Persiapan tempat dan alat** | **Alat-alat :**   1. Baki atau meja suntikan beroda 2. Spuit dan jarum steril sesuai ukuran yang dibutuhkan 3. Korentang steril dalam tempatnya 4. Kapas alkohol dalam tempatnya dan gergaji ampul 5. Cairan pelarut dan obat 6. Bak steril yang tertutup yang di dalamnya sudah diberi alas untuk tempat spuit 7. Bengkok berisi disinfektan, untuk tempat spuit dan jarum yang sudah dipakai 8. Bengkok 9. Perlak dan alasnya 10. Baskom berisi disinfektan untuk cuci tangan 11. Handuk | |
| **Persiapan pasien** | 1. Menjelaskan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan 2. Menyiapkan posisi pasien sesuai dengan kebutuhan | |
| **Persiapan Lingkungan** | Menyiapkan lingkungan aman dan nyaman | |
| **Pelaksanaan** | 1. Membawa alat-alat ke dekat pasien sesuai dengan kebutuhan 2. Mencucui tangan 3. Membaca daftar obat pasien, mengenai obat yang diberikan dan cara pemberiannya 4. Mengambil spuit dan jarum pada tempatnya 5. Melarutkan obat yang diperlukan 6. Membaca kembali daftar obat tersebut sesuai takaran kemudian udara dalam spuit dikeluarkan 7. Spuit dan kapas alkohol dimasukkan ke dalam bak spuit yang tersedia dan langsung dibawa ke pasien | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Membaca kembali daftar pemberian obat dan mencocokkan dengan papan nama pasien/tanya pasien 2. Membebaskan daerah yang akan disuntik 3. Menentukan tempat yang akan disuntik lalu mendisinfeksi kulit tersebut. Posisi 1/3 tengah paha luar atau 1/3 bagian dari spina iliaca anterior posterior (SIAS) 4. Menusukkan jarum tegak lurus dengan permukaan kulit 5. Penghisap ditarik sedikit (bila ada darah, obat jangan dimasukkan) 6. Obat disemprotkan perlahan-lahan sampai sesuai dosis 7. Setelah obat masuk seluruhnya, jarum ditarik dengan cepat 8. Kulit ditahan dengan kapas alkohol sambil dilakukan massage 9. Pasien dirapikan dan alat-alat dibereskan 10. Mencuci tangan 11. Mencatat hasilnya dalam buku catatan obat |
| **Sikap** | **Sikap Selama Pelaksanaan :**   1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah 2. Menjamin Privacy pasien 3. Bekerja dengan teliti 4. Memperhatikan body mekanism |
| **Evaluasi** | 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 2. Observasi reaksi setelah pengobatan |

## FORM EVALUASI PROSEDUR MEMBERIKAN OBAT SECARA INTRA MUSKULER (IM)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TINDAKAN** | **PELAKSANAAN** | |
| **DILAKUKAN** | **TIDAK**  **DILAKUKAN** |
| 1. | **Persiapan Alat dan Bahan :**   1. Baki atau meja suntikan beroda 2. Spuit dan jarum steril sesuai ukuran yang dibutuhkan 3. Korentang steril dalam tempatnya 4. Kapas alkohol dalam tempatnya dan gergaji ampul 5. Cairan pelarut dan obat 6. Bak steril yang tertutup yang di dalamnya sudah diberi alas untuk tempat spuit 7. Bengkok berisi disinfektan, untuk tempat spuit dan jarum yang sudah dipakai 8. Bengkok 9. Perlak dan alasnya 10. Baskom berisi disinfektan untuk cuci tangan 11. Handuk |  |  |
| 2. | **Persiapan pasien :**   1. Menjelaskan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan 2. Menyiapkan posisi pasien sesuai dengan kebutuhan |  |  |
| 3. | **Persiapan Lingkungan :**  Menyiapkan lingkungan aman dan nyaman |  |  |
| 4. | **Pelaksanaan :**   1. Membawa alat-alat ke dekat pasien sesuai dengan kebutuhan 2. Mencucui tangan 3. Membaca daftar obat pasien, mengenai obat yang diberikan dan cara pemberiannya 4. Mengambil spuit dan jarum pada tempatnya 5. Melarutkan obat yang diperlukan 6. Membaca kembali daftar obat tersebut sesuai takaran kemudian udara dalam spuit dikeluarkan 7. Spuit dan kapas alkohol dimasukkan ke dalam bak spuit yang tersedia dan langsung dibawa ke pasien 8. Membaca kembali daftar pemberian obat dan mencocokkan dengan papan nama pasien/tanya pasien 9. Membebaskan daerah yang akan disuntik 10. Menentukan tempat yang akan disuntik lalu mendisinfeksi kulit tersebut. Posisi 1/3 tengah paha luar atau 1/3 bagian dari spina iliaca   anterior posterior (SIAS) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TINDAKAN** | **PELAKSANAAN** | |
| **DILAKUKAN** | **TIDAK**  **DILAKUKAN** |
|  | 1. Menusukkan jarum tegak lurus dengan permukaan kulit 2. Penghisap ditarik sedikit (bila ada darah, obat jangan dimasukkan) 3. Obat disemprotkan perlahan-lahan sampai sesuai dosis 4. Setelah obat masuk seluruhnya, jarum ditarik dengan cepat 5. Kulit ditahan dengan kapas alkohol sambil dilakukan massage 6. Pasien dirapikan dan alat-alat dibereskan 7. Mencuci tangan 8. Mencatat hasilnya dalam buku catatan obat |  |  |
| 5. | **Sikap Selama Pelaksanaan :**  1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah |  |  |
| 2. Menjamin Privacy pasien |  |  |
| 3. Bekerja dengan teliti |  |  |
| **4.** Memperhatikan body mekanism |  |  |

NILAI =

Skor didapat Skor Maksimal

× 100

=

Ket : Batas minimal ≥ 80

Dosen/ Fasilitator

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **POLTEKKES KEMENKES MALANG** | **No. Dokumen : SOP.KDM.058** |
| STANDARD OPERASIONAL  PROSEDUR | **No. Revisi :**  **00** |
| **MEMBERIKAN OBAT SECARA INTRA VENA (IV)** | **Tanggal Terbit :** |
| **Halaman :** |
| **Unit : Laboratorium Keperawatan** | | **Petugas / pelaksana: Perawat, dosen, CI, Mhs.** |
| **Pengertian** | Prosedur invasive yang melibatkan deposisi obat melalui jarum steril  yang diinsersikan ke dalam pembuluh darah vena | |
| **Indikasi** | 1. Pasien dengan gangguan sistem pencernaan 2. Pemberian terapi pengobatan yang paling cepat diabsorbsi | |
| **Tujuan** | Terapi pengobatan yang paling cepat diabsorbsi | |
| **Persiapan tempat dan alat** | **Alat-alat :**   1. Baki atau meja suntikan beroda 2. Spuit dan jarum steril sesuai ukuran yang dibutuhkan 3. Korentang steril dalam tempatnya 4. Kapas alkohol dalam tempatnya dan gergaji ampul 5. Cairan pelarut dan obat 6. Bak steril yang tertutup yang di dalamnya sudah diberi alas untuk tempat spuit 7. Pembendung vena 8. Bengkok berisi disinfektan, untuk tempat spuit dan jarum yang sudah dipakai 9. Bengkok 10. Perlak dan alasnya 11. Baskom berisi desinfektan untuk cuci tangan 12. Handuk | |
| **Persiapan pasien** | 1. Menjelaskan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan 2. Menyiapkan posisi pasien sesuai dengan kebutuhan | |
| **Persiapan Lingkungan** | Menyiapkan lingkungan aman dan nyaman | |
| **Pelaksanaan** | 1. Membawa alat-alat ke dekat pasien sesuai dengan kebutuhan 2. Mencuci tangan 3. Membaca daftar obat pasien, mengenai obat yang diberikan dengan cara pemberiannya 4. Mengambil spuit dan jarum pada tempatnya 5. Melarutkan obat yang diperlukan 6. Membaca kembali daftar obat tersebut sesuai takaran kemudian udara dalam spuit dikeluarkan 7. Spuit dan kapas alkohol dimasukkan ke dalam bak spuit yang tersedia dan langsung dibawa ke pasien 8. Membaca kembali daftar pemberian obat dan mencocokkan dengan papan nama pasien/ tanya pasien 9. Membebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Memasang pengalas pada daerah yang akan disuntik 2. Menentukan tempat dan membendung bagian atas yang akan disuntik 3. Bagian yang akan disuntik di disinfeksi, lalu kulit diregangkan 4. Menusukkan jarum ke dalam vena dengan lubang jarum menghadap/mengarah ke atas sejajar dengan vena 5. Mengontrol dan menarik penghisap sedikit, pemasangan benar jika keluar darah 6. Pembendung dibuka dan cairan dimasukkan ke dalam vena secara perlahan-lahan sampai sesuai dosis 7. Meletakkan kapan alkohol di atas jarum kemudian menarik spuit dan jarum dengan cepat 8. Menekan bekas tusukan dengan kapas alkohol 9. Pasien dirapikan dan alat-alat dibereskan 10. Mencuci tangan 11. Mencatat hasilnya dalam buku catatan perawatan |
| **Sikap** | **Sikap Selama Pelaksanaan :**   1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah 2. Menjamin Privacy pasien 3. Bekerja dengan teliti 4. Memperhatikan body mekanism |
| **Evaluasi** | 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 2. Observasi reaksi setelah pengobatan |

## FORM EVALUASI PROSEDUR MEMBERIKAN OBAT SECARA INTRA VENA (IV)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TINDAKAN** | **PELAKSANAAN** | |
| **DILAKUKAN** | **TIDAK**  **DILAKUKAN** |
| 1. | Persiapan Alat dan Bahan :   1. Baki atau meja suntikan beroda 2. Spuit dan jarum steril sesuai ukuran yang dibutuhkan 3. Korentang steril dalam tempatnya 4. Kapas alkohol dalam tempatnya dan gergaji ampul 5. Cairan pelarut dan obat 6. Bak steril yang tertutup yang di dalamnya sudah diberi alas untuk tempat spuit 7. Pembendung vena 8. Bengkok berisi disinfektan, untuk tempat spuit dan jarum yang sudah dipakai 9. Bengkok 10. Perlak dan alasnya 11. Baskom berisi desinfektan untuk cuci tangan 12. Handuk |  |  |
| 2. | Persiapan pasien :   1. Menjelaskan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan 2. Menyiapkan posisi pasien sesuai dengan kebutuhan |  |  |
| 3. | Persiapan Lingkungan :  Menyiapkan lingkungan aman dan nyaman |  |  |
| 4. | Pelaksanaan :   1. Membawa alat-alat ke dekat pasien sesuai dengan kebutuhan 2. Mencuci tangan 3. Membaca daftar obat pasien, mengenai obat yang diberikan dengan cara pemberiannya 4. Mengambil spuit dan jarum pada tempatnya 5. Melarutkan obat yang diperlukan 6. Membaca kembali daftar obat tersebut sesuai takaran kemudian udara dalam spuit dikeluarkan 7. Spuit dan kapas alkohol dimasukkan ke dalam bak spuit yang tersedia dan langsung dibawa ke pasien 8. Membaca kembali daftar pemberian obat dan mencocokkan dengan papan nama pasien/ tanya pasien 9. Membebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian 10. Memasang pengalas pada daerah yang akan disuntik 11. Menentukan tempat dan membendung bagian atas yang akan disuntik 12. Bagian yang akan disuntik di disinfeksi, lalu kulit diregangkan |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TINDAKAN** | **PELAKSANAAN** | |
| **DILAKUKAN** | **TIDAK**  **DILAKUKAN** |
|  | 1. Menusukkan jarum ke dalam vena dengan lubang jarum menghadap/mengarah ke atas sejajar dengan vena 2. Mengontrol dan menarik penghisap sedikit, pemasangan benar jika keluar darah 3. Pembendung dibuka dan cairan dimasukkan ke dalam vena secara perlahan-lahan sampai sesuai dosis 4. Meletakkan kapan alkohol di atas jarum kemudian menarik spuit dan jarum dengan cepat 5. Menekan bekas tusukan dengan kapas alkohol 6. Pasien dirapikan dan alat-alat dibereskan 7. Mencuci tangan 8. Mencatat hasilnya dalam buku catatan perawatan |  |  |
| 5. | **Sikap Selama Pelaksanaan :**  1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah |  |  |
| 2. Menjamin Privacy pasien |  |  |
| 3. Bekerja dengan teliti |  |  |
| **4.** Memperhatikan body mekanism |  |  |

NILAI =

Skor didapat × 100 Skor Maksimal

=

Ket : Batas minimal ≥ 80

Dosen/ Fasilitator

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **POLTEKKES KEMENKES MALANG** | **No. Dokumen : SOP.KDM.059** |
| STANDARD OPERASIONAL  PROSEDUR | **No. Revisi : 00** |
| **MEMBERIKAN OBAT SECARA SUB CUTAN (SC)** | **Tanggal Terbit :** |
| **Halaman :** |
| **Unit : Laboratorium Keperawatan** | | **Petugas / pelaksana: Perawat, dosen, CI,**  **Mhs.** |
| **Pengertian** | Prosedur invasive yang melibatkan deposisi obat melalui jarum steril  yang diinsersikan ke dalam jaringan sub cutan | |
| **Indikasi** | 1. Pasien dengan gangguan sistem pencernaan 2. Rute obat-obatan seperti obat yang mengiritasi, suspensi dalam air dan larutan dalam minyak | |
| **Tujuan** | Dipakai untuk dosis kecil untuk obat-obat yang tidak mengiritasi,  larut dalam air | |
| **Persiapan tempat dan alat** | **Alat-alat :**   1. Baki atau meja suntikan beroda 2. Spuit dan jarum steril sesuai ukuran yang dibutuhkan 3. Korentang steril dalam tempatnya 4. Kapas alkohol dalam tempatnya dan gergaji ampul 5. Cairan pelarut 6. Bak steril yang tertutup yang di dalamnya sudah diberi alas untuk tempat spuit 7. Bengkok berisi desinfektan, untuk tempat spuit dan jarum yang sudah dipakai 8. Bengkok 9. Perlak dan alasnya 10. Buku catatan pemberian obat | |
| **Persiapan pasien** | 1. Menjelaskan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan 2. Menyiapkan posisi pasien sesuai dengan kebutuhan | |
| **Persiapan Lingkungan** | Menyiapkan lingkungan aman dan nyaman | |
| **Pelaksanaan** | 1. Membawa alat-alat ke dekat pasien sesuai dengan kebutuhan 2. Mencuci tangan 3. Membaca daftar obat pasien, mengenai obat yang diberikan dan cara pemberiannya 4. Mengambil spuit dan jarum pada tempatnya 5. Melarutkan obat yang diperlukan 6. Membaca kembali daftar obat tersebut sesuai takaran kemudian udara dalam spuit dikeluarkan 7. Spuit dan kapas alkohol dimasukkan ke dalam bak spuit yang tersedia dan langsung dibawa ke pasien 8. Membaca kembali daftar pemberian obat dan mencocokkan dengan papan nama pasien/tanya pasien | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Membebaskan area yang akan disuntik dari pakaian 2. Mendisinfeksi kulit lalu mengangkat sedikit tempat yang akan disuntik dengan tangan kiri 3. Menusukkan jarum dengan lubang menghadap ke atas dan membuat sudut 45 derajat dengan permukaan kulit 4. Penghisap ditarik sedikit, bila tidak ada darah obat disemprotkan perlahan-lahan dan bila ada darah obat jangan disemprotkan 5. Setelah obat habis, jarum ditarik dengan cepat dan bekas tusukan ditahan dengan kapas alkohol 6. Melakukan massage pada bekas suntikan 7. Pasien dirapikan dan alat-alat dibereskan 8. Mencuci tangan 9. Menulis pada buku catatan pemberian obat |
| **Sikap** | **Sikap Selama Pelaksanaan :**   1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah 2. Menjamin Privacy pasien 3. Bekerja dengan teliti 4. Memperhatikan body mekanism |
| **Evaluasi** | 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 2. Observasi reaksi setelah pengobatan |

## FORM EVALUASI PROSEDUR MEMBERIKAN OBAT SECARA SUB CUTAN (SC)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TINDAKAN** | **PELAKSANAAN** | |
| **DILAKUKAN** | **TIDAK**  **DILAKUKAN** |
| 1. | Persiapan Alat dan Bahan :   1. Baki atau meja suntikan beroda 2. Spuit dan jarum steril sesuai ukuran yang dibutuhkan 3. Korentang steril dalam tempatnya 4. Kapas alkohol dalam tempatnya dan gergaji ampul 5. Cairan pelarut 6. Bak steril yang tertutup yang di dalamnya sudah diberi alas untuk tempat spuit 7. Bengkok berisi desinfektan, untuk tempat spuit dan jarum yang sudah dipakai 8. Bengkok 9. Perlak dan alasnya 10. Buku catatan pemberian obat |  |  |
| 2. | Persiapan pasien :   1. Menjelaskan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan 2. Menyiapkan posisi pasien sesuai dengan kebutuhan |  |  |
| 3. | Persiapan Lingkungan :  Menyiapkan lingkungan aman dan nyaman |  |  |
| 4. | Pelaksanaan :   1. Membawa alat-alat ke dekat pasien sesuai dengan kebutuhan 2. Mencuci tangan 3. Membaca daftar obat pasien, mengenai obat yang diberikan dan cara pemberiannya 4. Mengambil spuit dan jarum pada tempatnya 5. Melarutkan obat yang diperlukan 6. Membaca kembali daftar obat tersebut sesuai takaran kemudian udara dalam spuit dikeluarkan 7. Spuit dan kapas alkohol dimasukkan ke dalam bak spuit yang tersedia dan langsung dibawa ke pasien 8. Membaca kembali daftar pemberian obat dan mencocokkan dengan papan nama pasien/tanya pasien 9. Membebaskan area yang akan disuntik dari pakaian 10. Mendisinfeksi kulit lalu mengangkat sedikit tempat yang akan disuntik dengan tangan kiri 11. Menusukkan jarum dengan lubang menghadap ke atas dan membuat sudut 45 derajat dengan permukaan kulit 12. Penghisap ditarik sedikit, bila tidak ada darah |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TINDAKAN** | **PELAKSANAAN** | |
| **DILAKUKAN** | **TIDAK**  **DILAKUKAN** |
|  | obat disemprotkan perlahan-lahan dan bila ada darah obat jangan disemprotkan   1. Setelah obat habis, jarum ditarik dengan cepat dan bekas tusukan ditahan dengan kapas alkohol 2. Melakukan massage pada bekas suntikan 3. Pasien dirapikan dan alat-alat dibereskan 4. Mencuci tangan   Menulis pada buku catatan pemberian obat |  |  |
| 5. | **Sikap Selama Pelaksanaan :**  1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah |  |  |
| 2. Menjamin Privacy pasien |  |  |
| 3. Bekerja dengan teliti |  |  |
| 4. Memperhatikan body mekanism |  |  |

NILAI =

Skor didapat Skor Maksimal

× 100

=

Ket : Batas minimal ≥ 80

Dosen/ Fasilitator

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **POLTEKKES KEMENKES MALANG** | **No. Dokumen : SOP.KDM.060** |
| STANDARD OPERASIONAL  PROSEDUR | **No. Revisi :**  **00** |
| **MEMBERIKAN OBAT SECARA INTRA CUTAN (IC)** | **Tanggal Terbit :** |
| **Halaman :** |
| **Unit : Laboratorium Keperawatan** | | **Petugas / pelaksana: Perawat, dosen, CI, Mhs.** |
| **Pengertian** | Prosedur invasive yang melibatkan deposisi obat melalui jarum steril  yang diinsersikan ke dalam jaringan kulit | |
| **Indikasi** | Skin test | |
| **Tujuan** | Mengetahui reaksi hipersensitif pada klien terhadap obat | |
| **Persiapan tempat dan alat** | **Alat-alat :**   1. Baki atau meja suntikan beroda 2. Spuit dan jarum steril sesuai ukuran yang dibutuhkan 3. Korentang steril dalam tempatnya 4. Kapas alkohol dalam tempatnya dan gergaji ampul 5. Cairan pelarut dan obat 6. Bak steril yang tertutup yang di dalamnya sudah diberi alas untuk tempat spuit 7. Bengkok berisi disinfektan untuk tempat spuit dan jarum yang sudah dipakai 8. Bengkok 9. Perlak dan alasnya 10. Buku catatan pemberian obat | |
| **Persiapan pasien** | 1. Menjelaskan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan 2. Menyiapkan posisi pasien sesuai dengan kebutuhan | |
| **Persiapan Lingkungan** | Menyiapkan lingkungan aman dan nyaman | |
| **Pelaksanaan** | 1. Membawa alat-alat ke dekat pasien sesuai dengan kebutuhan 2. Mencuci tangan 3. Membaca daftar obat pasien, mengenai obat yang diberikan dan cara pemberiannya 4. Mengambil spuit dan jarum pada tempatnya 5. Melarutkan obat yang diperlukan 6. Membaca kembali daftar obat tersebut sesuai takaran kemudian udara dalam dikeluarkan 7. Spuit dan kapas alkohol dimasukkan ke dalam bak spuit yang tersedia dan langsung dibawa ke pasien 8. Membaca kembali daftar pemberian obat dan mencocokkan dengan papan nama pasien/ tanya pasien 9. Membebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian 10. Mendisinfeksi kulit dan meregangkan dengan tangan kiri 11. Menusukkan jarum dengan lubang menghadap ke atas dan membuat sudut antara 15-20 derajat dengan permukaan kulit | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Obat disemprotkan sampai terjadi gelembung pada tempat tersebut 2. Menarik jarum dengan cepat, daerah suntikan tidak dihapus dengan alkohol dan tidak dilakukan massage 3. Melihat reaksi setelah jangka waktu tertentu, pasien dirapikan dan alat-alat dibereskan 4. Mencuci tangan 5. Mencatat hasil pada buku catatan pemberian obat |
| **Sikap** | **Sikap Selama Pelaksanaan :**   1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah 2. Menjamin Privacy pasien 3. Bekerja dengan teliti 4. Memperhatikan body mekanism |
| **Evaluasi** | Observasi reaksi alergi yang mungkin muncul (kemerahan, indurasi  membesar berdiameter 10 mm atau lebih, gatal) |

## FORM EVALUASI PROSEDUR MEMBERIKAN OBAT SECARA INTRA CUTAN (IC)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TINDAKAN** | **PELAKSANAAN** | |
| **DILAKUKAN** | **TIDAK**  **DILAKUKAN** |
| 1. | Persiapan Alat dan Bahan :   1. Baki atau meja suntikan beroda 2. Spuit dan jarum steril sesuai ukuran yang dibutuhkan 3. Korentang steril dalam tempatnya 4. Kapas alkohol dalam tempatnya dan gergaji ampul 5. Cairan pelarut dan obat 6. Bak steril yang tertutup yang di dalamnya sudah diberi alas untuk tempat spuit 7. Bengkok berisi disinfektan untuk tempat spuit dan jarum yang sudah dipakai 8. Bengkok 9. Perlak dan alasnya 10. Buku catatan pemberian obat |  |  |
| 2. | Persiapan pasien :   1. Menjelaskan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan 2. Menyiapkan posisi pasien sesuai dengan kebutuhan |  |  |
| 3. | Persiapan Lingkungan :  Menyiapkan lingkungan aman dan nyaman |  |  |
| 4. | Pelaksanaan :   1. Membawa alat-alat ke dekat pasien sesuai dengan kebutuhan 2. Mencuci tangan 3. Membaca daftar obat pasien, mengenai obat yang diberikan dan cara pemberiannya 4. Mengambil spuit dan jarum pada tempatnya 5. Melarutkan obat yang diperlukan 6. Membaca kembali daftar obat tersebut sesuai takaran kemudian udara dalam dikeluarkan 7. Spuit dan kapas alkohol dimasukkan ke dalam bak spuit yang tersedia dan langsung dibawa ke pasien 8. Membaca kembali daftar pemberian obat dan mencocokkan dengan papan nama pasien/ tanya pasien 9. Membebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian 10. Mendisinfeksi kulit dan meregangkan dengan tangan kiri 11. Menusukkan jarum dengan lubang menghadap ke atas dan membuat sudut   antara 15-20 derajat dengan permukaan kulit |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TINDAKAN** | **PELAKSANAAN** | |
| **DILAKUKAN** | **TIDAK**  **DILAKUKAN** |
|  | 1. Obat disemprotkan sampai terjadi gelembung pada tempat tersebut 2. Menarik jarum dengan cepat, daerah suntikan tidak dihapus dengan alkohol dan tidak dilakukan massage 3. Melihat reaksi setelah jangka waktu tertentu, pasien dirapikan dan alat-alat dibereskan 4. Mencuci tangan   Mencatat hasil pada buku catatan pemberian  obat |  |  |
| 5. | **Sikap Selama Pelaksanaan :**  5. Menunjukkan sikap sopan dan ramah |  |  |
| 6. Menjamin Privacy pasien |  |  |
| 7. Bekerja dengan teliti |  |  |
| 8. Memperhatikan body mekanism |  |  |

NILAI =

Skor didapat Skor Maksimal

× 100

=

Ket : Batas minimal ≥ 80

Dosen/ Fasilitator