

PANDUAN PRAKTIK LABORATORIUM KEPERAWATAN DASAR

TAHUN AJARAN 2021/2022



Disusun Oleh :

Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato, M.Kep

**Program Studi Diploma III Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Kristen Krida Wacana**

Kata Pengantar

Salam sejahtera bagi kita semua..

Sudah lebih 3 tahun proses pembelajaran tetap berlangsung selama pandemi covid – 19, Puji syukur, kita ucapkan kepada Tuhan karena kemurahanNya mahasiswa/i kami dapat memasuki tahapan baru yaitu semester genap tahun ajaran 2021/2022. Pada semester ini mahasiswa/I akan mengikuti mata kuliah wajib yaitu praktik laboratorium keperawatan dasar. Buku panduan ini merupakan sebuah rangkaian petunjuk operasional yang harus diketahui mahasiswa/I semester 2 di mata kuliah laboratorium Keperawatan dasar. Berbagai tindakan Keperawatan dasar perlu diketahui dan dikuasai oleh calon perawat vokasi, dan buku panduan ini merupakan serangkaian petunjuk untuk mempersiapkan peserta didik terlatih selama dilaboratorium dan terampil ketika memasuki kepaniteraan klinik Keperawatan dasar di rumah sakit/fasilitas kesehatan. Pembelajaran di laboratorium merupakan tahapan wajib bagi seluruh mahasiswa keperawatan. Hal ini dikarenakan profil lulusan perawat vokasi yaitu pemberi asuhan keperawatan, pendidik klien, pengelola asuhan keperawatan dan pengguna hasil penelitian. Selain berdasarkan profil lulusan, pencapaian pada Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) perawat vokasi (DIII Keperawatan) berada pada level V, yang berarti menjadi perawat terampil di bidang keperawatan dasar. Buku panduan praktik laboratorium Keperawatan dasar ini dibagikan di tangan mahasiswa/I kami saat ini, merupakan panduan untuk membantu memahami pencapaian kompetensi, standart prosedur; oleh karena penting bagi seluruh mahasiswa/I, untuk mempersiapkan dan memahami isi buku ini. Akhir kata, selamat belajar, berlatih dan menguasai standar prosedur operasional dengan penuh *welasasih* dan amalkan nilai dari institusi Keperawatan UKRIDA yaitu 5C (*compassion, communicative, critical thinking, collaborative dan creative*).

Salam Kasih,

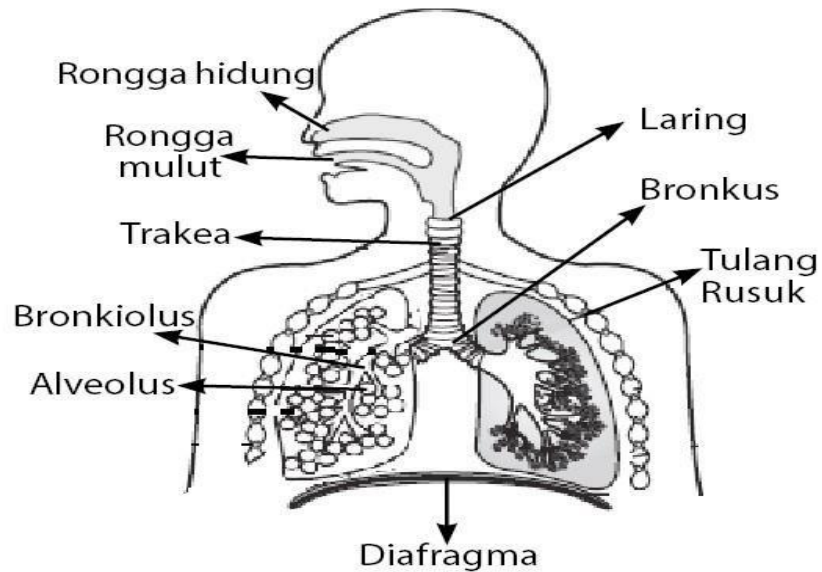
Penulis

Ns. Meylona Verawaty Zendrato, M.Kep

KEBUTUHAN OKSIGENASI

Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa/I mampu menjelaskan kembali sistem pernafasan manusia dan organ yang berperan dalam proses pernafasan



Gambar 1.1 Struktur Pernafasan Manusia

Gambar (1.2. Humidifier, flowmeter, tabung oksigen dan pemasnagan nasal kanul)



Prosedur Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi

1. Pemberian Oksigenasi Dengan Nasal Kanul

Pengertian: Tindakan pemberian oksigen dengan konsentrasi dan aliran lebih tinggi. Oksigen adalah suatu zat yang tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna dan tidak terlihat, mempunyai jenis lebih rendah dibandingkan dengan komponen udara lainnya.

Tujuan: Mempertahankan kadar oksigen yang adekuat di dalam darah arteri pada kondisi paru dan jantung yang bermasalah serta peningkatan fungsi metabolik.

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji Kaji pola nafas pasien apakah ada retraksi dada atau tidak, frekuensi nafas pasien per menit, Saturasi SpO2 pasien , serta tanda sianosis.	<i>Rasional pasien dengan retraksi dada dan SpO2 < 95% menandakan pasien kekurangan O2 dan sesak.</i>
Prosedur	Persiapan Alat 1. Tabung oksigen lengkap dengan flowmeter, humidifier. 2. Nasal kateter/kanule/masker 3. Alat tulis 4. Vaseline/jelly 5. Stetoskop 6. Cairan aquadest steril 7. Pena 8. Form dokumentasi Cara Kerja 1. Tahap Pra Interaksi <ul style="list-style-type: none">Melakukan pengecekan program tindakan keperawatanMencuci tangan & menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih)Menempatkan alat di dekat pasien 2. Tahap Orientasi <ul style="list-style-type: none">Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dalam pemberian oksigen nasal kanul. • Mengidentifikasi identitas pasien (<i>melihat gelang nama, meminta pasien menyebutkan nama dan tanggal lahirnya</i>) • Minta pasien untuk berbaring dengan rileks atau posisi fowler. • Pastikan oksigen mengalir pada selang (<i>meletakkan arah aliran selang di punggung tangan perawat, terdapat gelembung udara di humidifier, dan indicator jumlah oksigen sesuai kebutuhan</i>) <p>3. Tahap Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasang nasal kanul secara tepat pada hidung • Kencangkan tali fiksasi dibelakang telinga dan dagu • Cek lubang hidung setiap 8 jam <i>k/p beri selly/vaselin</i> <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berpamitan kepada pasien dan orang tua pasien / keluarga pasien • Membereskan alat-alat dan mengembalikan tempatnya • Mencuci tangan. 	<p><i>Menggurangi rasa cemas, sesak & membantu peningkatan suplai O2 ke dalam tubuh (hipoksia).</i></p>
Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi pasien dengan mengkaji respon pasien, mengkaji status respirasi selama dan setelah prosedur tindakan dilakukan • Melakukan dokumentasi dengan mencatat jumlah liter oksigen yang digunakan, tanggal dan waktu pemberian terapi oksigen, catat jenis alat yang digunakan, catat tanda-tanda vital, warna kulit dan suara nafas, catat respon pasien sebelum dan sesudah terapi diberikan 	<p><i>Memenuhi oksigenasi pada tubuh pasien menurunkan rasa sesak, meningkatkan saturasi O2 pasien.</i></p>

2. Pengaturan Posisi Fowler Semi Fowler

Pengertian : Memberikan posisi setengah duduk dan duduk pada pasien sambil bersandar dibelakang bantal atau meninggikan tempat tidur pada bagian kepala pasien.

Tujuan :

1. Mengurangi sesak napas
2. Memberikan rasa nyaman
3. Membantu memperlancar keluarnya cairan
4. Membantu mempermudah tindakan pemeriksaan

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji apakah dalam keadaan sesak / tidak nyaman.	<i>Pasien dengan dalam keadaan nyeri mengindikasikan ketidaknyamanan</i>
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ul style="list-style-type: none">• Bantal• Tempat tidur dengan tuas untuk kepala• Pena• Form dokumentasi <p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none">• Melakukan tindakan mandiri keperawatan untuk meningkatkan rasa nyaman pasien• Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih)• Menempatkan alat di dekat pasien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan memberikan posisi semifowler / fowler. Mengidentifikasi identitas pasien (<i>melihat gelang nama, meminta pasien menyebutkan nama dan tanggal lahirnya</i>) Minta pasien untuk rileks 	<p><i>Mengurangi rasa sesak</i></p> <p><i>Mengurangi rasa nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien</i></p>
	<p>3. Tahap Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien Membantu pasien untuk duduk ditempat tidur. Menyusun bantal dengan sudut ketinggian 15-30° (semi fowler) & untuk membutuhkan posisi yang lebih tegak diposisikan dengan sudut 90° (fowler) 	
	<ul style="list-style-type: none"> Perawat berdiri disamping kanan menghadap ke pasien. Menganjurkan pasien untuk menekuk kedua lutut. Menganjurkan pasien untuk menopang badan dengan kedua lengan. Perawat menyangga pasien dengan cara tangan kanan perawat masuk ke ketiak pasien dan tangan kiri perawat menyangga punggung pasien Menganjurkan pasien untuk mendorong badannya kebelakang Bila pasien tidak mampu melakukannya, maka minta 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	bantuan teman/rekan perawat untuk berdiri di kedua sisi pasien. Masing – masing perawat meletakkan 1 tangan ke bawah punggung pasien dan 1 tangan memegang bahu pasien .	
	<ul style="list-style-type: none"> • Angkat pasien sesuai dengan aba-aba yang telah ditetapkan bersama untuk mendorong pasien untuk menuju posisi semifowler dan fowler. 	
	4. Tahap Terminasi <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan,pasien dan lingkungannya. • Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan, yang telah dilakukan • Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan pemberian posisi semi fowler dan fowler.	<i>mengurangi rasa sesak dan merupakan mobilisasi minimal pasien untuk meningkatkan sirkulasi pembuluh darah pasien</i>



3. Terapi Latihan Nafas Dalam

Pengertian : tindakan melatih pasien melakukan nafas dalam, upaya peningkatan kapasitas paru/ rileksasi. **Tujuan :** Meningkatkan kapasitas paru paru pasien dan mencegah terjadinya atelektasis

Tahap	Langkah – Langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji apakah pasien tampak sesak / nafas pendek (inspirasi lebih cepat dibandingkan ekspirasi)	<i>Pasien dengan nafas pendek tentunya mengalami penurunan kapasitas paru..</i>
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantal 2. Pena 3. Form dokumentasi <p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan • Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih) • Menempatkan alat di dekat pasien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga • Mengidentifikasi identitas pasien (<i>melihat gelang identitas pasien sambil meminta pasien menyebutkan nama dan tanggal lahirnya</i>) • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan tindakan relaksasi nafas dalam • Persiapan ruangan: ruangan yang nyaman dan minimalkan kebisingan dan gangguan. Persiapan pasien: Minta pasien untuk berbaring dengan rileks. <p>3. Tahap Kinerja</p>	<i>Dengan adanya tindakan ini untuk mengurangi refleks batuk dan merangsang untuk</i>

Tahap	Langkah – Langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien • Tutup gorden untuk menjaga privasi klien • Pasang bantal di punggung pasien sehingga posisi semi Fowler (berbaring) • Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur, di kursi atau dengan <i>lying position</i> (posisi berbaring) di tempat tidur dengan satu bantal. • Memfleksikan lutut pasien untuk merilekskan otot abdomen. • Tempatkan satu atau dua tangan pada abdomen, tepat di bawah tulang iga. • Tarik nafas dalam melalui hidung, jaga mulut tetap tertutup, hitung sampai 3 selama inspirasi. <p><i>(Konsentrasi dan rasakan gerakan naiknya abdomen sejauh mungkin, tetap dalam kondisi rileks dan cegah lengkung pada punggung. Jika ada kesulitan menaikkan abdomen, ambil nafas secara cepat, nafas kuat lewat hidung)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemudian hembuskan lewat bibir seperti meniup dan ekspirasi secara perlahan dan kuat, sehingga terbentuk suara hembusan tanpa menggembungkan pipi. <p><i>(Konsentrasi dan rasakan turunnya abdomen dan kontraksi dari otot abdomen ketika ekspirasi. Hitung sampai 3 selama ekspirasi)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gunakan latihan ini setiap kali merasakan nafas pendek dan tingkatkan secara bertahap selama 3-5 menit, 4 kali dalam sehari. Latihan teratur akan membantu pernafasan 	<p><i>pengeluaran secret/ sputum / dahak</i></p>

Tahap	Langkah – Langkah	Rasional
	<p>tanpa usaha. Latihan ini dapat dilakukan dalam posisi duduk tegap, berdiri maupun berjalan</p> <ul style="list-style-type: none"> Setelah selesai pasien dirapikan dan dibersihkan kembali. <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Merapikan peralatan, pasien dan lingkungannya. Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan, observasi setiap 15 menit pada pasien yang telah dilakukan tindakan tersebut. Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan latihan nafas dalam	<i>mengurangi rasa sesak dan merangsang untuk mengeluarkan sekret.</i>

4. Terapi Latihan Batuk Efektif & Pengambilan Sampel Sputum

Pengertian: metode batuk dengan benar, dimana klien dapat menghemat energi sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak/ sputum/ secret secara maksimal

Tujuan : meningkatkan distribusi ventilasi dan meningkatkan volume paru dan memfasilitasi pembersihan saluran nafas

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji apakah pasien tampak batuk dan terdengar suara nafas tambahan	<i>Pasien dengan dalam keadaan batuk dan ada suara nafas tambahan tentu menghasilkan sputum/ secret/ dahak</i>
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantal 2. Bengkok 3. Perlak / Handuk Pengalas 4. Plastik Infeksius (warna kuning) 5. Tisu 6. Pena 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>7. Form dokumentasi</p> <p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan • Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih) • Menempatkan alat di dekat pasien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan tindakan latihan batuk efektif • Mengidentifikasi identitas pasien (<i>melihat gelang identitas pasien, sambil meminta pasien menyebutkan nama dan tanggal lahirnya</i>) • Minta pasien untuk berbaring dengan rileks atau posisi fowler. <p>3. Tahap Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien • Tutup gorden untuk menjaga privasi klien • Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur, di kursi atau dengan fowler position (posisi duduk) di tempat tidur dengan satu bantal. 	<p><i>Dengan adanya tindakan ini untuk mengurangi refleks batuk dan merangsang untuk pengeluaran secret/ sputum / dahak</i></p>

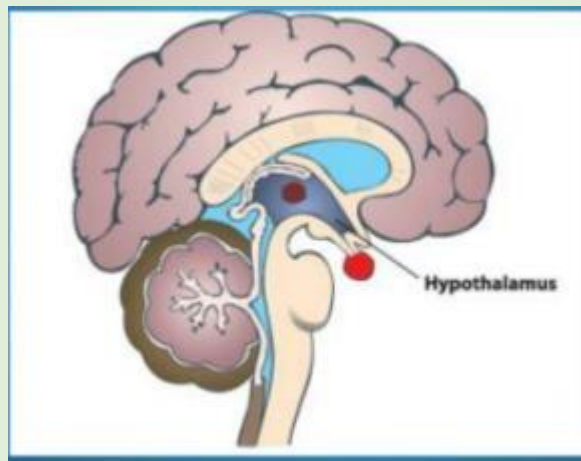
Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Memasang pernak, pengalas di pangkuan pasien dan handuk pada dada. • Memberikan obat bronkodilator (bila di programkan). <p><i>(Untuk menyiapkan paru-paru dan saluran napas dari tehnik batuk huff, keluarkan semua udara dari dalam paru-paru dan saluran napas. Mulai dengan bernapas pelan. Ambil napas secara perlahan, akhiri dengan mengeluarkan napas secara perlahan selama 3 – 4 detik.)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarik napas secara diafragma, lakukan secara pelan dan nyaman, jangan sampai overventilasi paru-paru. • Setelah menarik napas secara perlahan, tahan napas selama 3 detik, dilakukan untuk mengontrol napas dan mempersiapkan melakukan batuk huff secara efektif • Angkat dagu agak ke atas, dan gunakan otot perut untuk melakukan pengeluaran napas cepat sebanyak 3 kali dengan saluran napas dan mulut terbuka, keluarkan dengan bunyi Ha,ha,ha atau huff, huff, huff. Tindakan ini membantu epligotis terbuka dan mempermudah pengeluaran mukus. • Kontrol napas, kemudian ambil napas pelan 2 kali. • Ulangi teknik batuk di atas sampai mukus sampai ke belakang tenggorokkan • Setelah itu batukkan dan keluarkan sputum/ sekret / mukus / dahak • Menampung secret pada sputum di plastik infeksius 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>yang sudah ada di neirbeken.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membersihkan sekitar mulut dengan tissue. • Setelah selesai pasien dirapikan dan dibersihkan kembali.. <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan,pasien dan lingkungannya. • Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan, observasi setiap 15 menit pada pasien yang telah dilakukan tindakan tersebut . • Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan latihan batuk efektif	<i>mengurangi rasa sesak dan merangsang untuk mengeluarkan sekret.</i>

KEBUTUHAN KESEIMBANGAN SUHU TUBUH

Capaian Pembelajaran

8. Mahasiswa/I mampu menjelaskan kembali sistem termoregulasi
9. Mahasiswa/I mampu menjelaskan kembali masalah keseimbangan suhu tubuh
10. Mahasiswa/I mampu menjelaskan kembali faktor yang mempengaruhi suhu tubuh
11. Mahasiswa/I mampu melakukan tindakan kolaborasi pemberian kompres
12. Mahasiswa/I mampu melakukan tindakan pemeriksaan suhu tubuh temporal
13. Mahasiswa/I mampu melakukan tindakan pemeriksaan suhu tubuh per oral
14. Mahasiswa/I mampu melakukan tindakan pemeriksaan suhu tubuh per timpani
15. Mahasiswa/I mampu melakukan tindakan pemeriksaan suhu tubuh per axila
16. Mahasiswa/I mampu melakukan tindakan pemeriksaan suhu tubuh per anal



Gambar 2.1. Hipotalamus sebagai pusat termoregulasi manusia

Prosedur Pemenuhan Kebutuhan Keimbangan Suhu Tubuh

5. Pemberian Kompres Hangat

Pengertian : memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Pemberian kompres dilakukan pada radang persendian, kekejangan otot, perut kembung, dan kedinginan

Tujuan :

- Memperlancar sirkulasi darah
- Mengurangi rasa sakit
- Mengurangi odem/ bengkak pada jaringan
- Memberi rasa hangat,nyaman dan tenang pada klien
- Merangsang peristaltik usus

Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji apakah klien dalam keadaan kedinginan, perut terasa kembung, peradangan sendi, menggigil, spasme otot, dll	<i>Klien dengan dalam keadaan nyeri mengindikasikan ketidaknyamanan dan mendeteksi klien mengalami adanya tanda infeksi</i>
Prosedur	Persiapan Alat <ol style="list-style-type: none">1. Air hangat dalam wadah2. Handuk / kain / washlap untuk kompres3. Handuk pengering4. Sarung tangan disposibel5. Termometer Cara Kerja <ol style="list-style-type: none">1. Tahap Pra Interaksi<ul style="list-style-type: none">• Melakukan pengecekan program tindakan mandiri keperawatan• Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika klien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh klien dalam keadaan tidak bersih)• Menempatkan alat di dekat klien	

Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
	<p>6. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada klien dengan memperkenalkan diri pada klien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan tindakan pengompresan hangat • Meminta persetujuan klien • Mengidentifikasi identitas klien (<i>melihat gelang nama, meminta klien menyebutkan nama dan tanggal lahirnya</i>) • Minta klien untuk berbaring dengan rileks atau posisi fowler. <p>7. Tahap Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menutup tirai untuk menjaga privasi klien • Mengatur posisi yang nyaman bagi klien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur tanpa ada beban fisik • Meletakkan kain pada daerah yang akan dikompres (dahi, ketiak, perut, leher, bagian belakang) • Tutup kain kompres dengan handuk kering • Apabila kain telah kering atau suhu kain relatif menjadi dingin, masukkan kembali kain kompres ke dalam cairan kompres, lakukan berulang sesuai suhu yang diinginkan (<i>Hentikan tindakan jika kulit kemerahan</i>) • Evaluasi hasil dengan mengukur suhu tubuh klien setelah 15 menit • Setelah selesai, keringkan daerah kompres atau bagian tubuh yang basah 	<p><i>Saat pengompresan ditemukan kemerahan pada kulit maka kulit mengalami luka bakar (karena kompres hangat yang diberikan masih dalam keadaan panas)</i></p>

Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
	8. Tahap Terminasi <ul style="list-style-type: none"> Merapikan peralatan, klien dan lingkungannya. Mengevaluasi respon klien sebelum dan selama tindakan, observasi setiap 15 menit pada klien yang telah dilakukan tindakan tersebut . Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon klien terhadap tindakan pemberian kompres hangat	<i>mengurangi rasa nyeri pada klien tanpa memberikan terapi medikasi merupakan tindakan mandiri yang efektif.</i>

2. Pemberian Kompres Dingin/Biasa

Pengertian: metode pemberian suhu rendah agar menimbulkan beberapa efek fisiologis. mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi perdarahan serta edema.

Tujuan :

- Sebagai pemberi efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak
- Mengurangi perdarahan

Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji apakah klien dalam keadaan demam, nyeri, mengalami perdarahan	Klien dengan dalam keadaan nyeri mengindikasikan ketidaknyamanan
Prosedur	Persiapan Alat <ol style="list-style-type: none"> Es batu dalam wadah (kom)/Kain penampung Air bersuhu ruangan Handuk / kain / washlap untuk kompres Handuk pengering Sarung tangan disposibel 	

Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
	<p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan program tindakan mandiri keperawatan • Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (<i>jika klien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh klien dalam keadaan tidak bersih</i>) • Menempatkan alat di dekat klien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada klien dengan memperkenalkan diri pada klien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan tindakan pengompresan dingin • Meminta persetujuan klien • Mengidentifikasi identitas klien sambil melihat gelang klien (<i>meminta klien menyebutkan nama dan tanggal lahirnya</i>) • Minta klien untuk berbaring dengan rileks atau posisi fowler. <p>3. Tahap Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien • Tutup tirai untuk menjaga privasi klien • Mengatur posisi yang nyaman bagi klien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur tanpa ada beban fisik • Pasang pengalas pada area yang akan dikompres • Masukkan waslap/kain kasa kedalam air biasa atau air es lalu diperas sampai lembab 	<p>Meningkatkan kenyamanan klien terhadap rasa nyeri</p>

Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Letakkan waslap/kain kasa tersebut pada area yang akan dikompres. • Ganti waslap/kain kasa tiap kali dengan waslap/kain kasa yang sudah terendam dalam air biasa atau air es. • Diulang-ulang sampai suhu tubuh turun • Setelah selesai, keringkan daerah kompres atau bagian tubuh yang basah <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan,klien dan lingkungannya. • Mengevaluasi respon klien sebelum dan selama tindakan, observasi setiap 15 menit pada klien yang telah dilakukan tindakan tersebut . • Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon klien terhadap tindakan pemberian kompres dingin.	Mengurangi rasa nyeri pada klien tanpa memberikan terapi medikasi merupakan tindakan mandiri yang efektif.

3. Melakukan pemeriksaan suhu per temporal, per oral, per timpani, per axilla dan per rectal

Pengertian : tindakan pemeriksaan temperature/ suhu yang dihasilkan panas tubuh menggunakan alat pengukur suhu (termometer) sesuai dengan lokasi yang dibutuhkan untuk pemeriksaan.

Tujuan:

1. Mengetahui keadaan umum klien dan proses penyakit
2. Mengetahui suhu/ temperature klien

3. Mengetahui adanya kelainan pada tubuh dipergunakan sebagai salah satu penyokong dalam membantu menentukan diagnosa

Gambar 2.2 Jenis Termometer



Tahap	Langkah – Langkah	Rasional
Pengkajian	Melakukan pengkajian dan memastikan klien dalam keadaan rileks	Untuk mendeteksi gangguan, kelainan atau perubahan pada sistem pada tubuh klien .
Prosedur	Persiapan Alat <ol style="list-style-type: none"> 1. Termometer (temporal, oral, timpani, axilla, rektal) 2. Pena 3. Pensil berwarna (biru, merah, hijau) 	Jika menggunakan termometer air raksa, pastikan indikator air raksa pada titik 0), namun jika menggunakan termometer

Tahap	Langkah – Langkah	Rasional
	<p>4. Form dokumentasi</p> <p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan • Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika klien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh klien dalam keadaan tidak bersih) • Menempatkan alat dekat klien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada klien dengan memperkenalkan diri pada klien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan observasi tanda – tanda vital (suhu tubuh) • Meminta persetujuan klien • Mengidentifikasi identitas klien (<i>melihat gelang identitas dan meminta klien menyebutkan nama dan tanggal lahirnya</i>) <p>3. Tahap Kinerja</p> <p>Pemeriksaan suhu dengan termometer temporal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pada penggunaan thermometer temporal, pastikan alat berfungsi dengan baik • Sisihkan rambut/ keringat klien sebelum mengarahkan termometer ke dahi/temporal • Tekan tombol on pada thermometer dan arahkan ke dahi/temporal klien jarak (+10-15cm) 	<p>digital pastikan menyalakan tombol ON sebelum meletakkan pada tubuh klien</p> <p>Dengan adanya pengkajian dan penilaian klien mengalami hipotermi atau hipertemi sebagai tanda klien mengalami kekurangan cairan tubuh dan infeksi pada tubuh.</p>

Tahap	Langkah – Langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Jika sudah berbunyi “titt” maka indikator angka suhu akan tertera pada layar alat • Tekan tombol off, dan beritahukan kepada klien suhunya, dan dokumentasikan <p>Pemeriksaan suhu dengan termometer timpani</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pada penggunaan termometer thimpani, pastikan alat berfungsi baik • Pastikan liang telinga tidak ada serumen/benda lain • Tekan tombol on dan jika sudah bunyi “Klik” dan alat sudah muncul tulisan “°C” pada alat, masukkan ke liang telinga, dan klien menghadap sisi miring arah berlawanan. • Jika stik termometer sudah masuk ke liang telinga, tekan tombol Ok dan jika alat berbunyi “Tiiiiit” amati hasil dan catat hasil suhu tubuh klien <p>Pemeriksaan suhu dengan termometer axilla</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pastikan alat berfungsi baik • Membersihkan dengan tissue atau cucilah dalam air & memegang ujung termometer yang tumpul dengan ibu jari dan jari kedua, turunkan tingkat air raksa sampai angka 35 derajat Celsius (termometer air raksa) • Membersihkan alat dan melaoisindengan cover 	

Tahap	Langkah – Langkah	Rasional
	<p>disposable, dan tekan tombol ON maka akan tertera °C (termometer digital)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membuka lengan klien dan membersihkan keringat klien dengan handuk yang kering/ tissue • Menempatkan ujung termometer yang berisi air raksa pada apex fossa aksillaris kiri / kanan dengan sendi bahu adduksi maksimal lalu menurunkan lengan dan silangkan lengan bawah klien ke atas dada. • Menunggu sampai 10 menit, kemudian dilakukan pembacaan (termometer air raksa), akan terdengar binti “titt..titt” jika alat sudah mendapatkan hasil suhu klien (termometer digital) • Mengangkat termometer dan bersihkan dengan soft tissue/ lap bersih dengan gerak rotasi. <p>Pemeriksaan suhu dengan termometer rektal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pastikan alat berfungsi dengan baik • Gunakan sarung tangan. • Atur posisi dengan menyuruh klien miring kiri. • Oleskan vaslin / jelly secukupnya. • Turunkan pakaian klien sampai bagian gluteal dan tetap menjaga privacy klien. • Letakkan telapak tangan pada sisi gluteal klien dan masukkan 	

Tahap	Langkah – Langkah	Rasional
	<p>termometer ke dalam rectal, suruh klien menahan sampai 3-5 menit dan usahakan jangan sampai berubah posisi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setelah selesai angkat thermometer dan baca/catat hasil. • Bersihkan thermometer • Menginformasikan ke klien <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan,klien dan lingkungannya. • Mengevaluasi respon klien sebelum dan selama tindakan, observasi setiap 15 mnt pada klien dengan kesadaran menurun . • Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dalam catatan terintegrasi dokumentasi rekam medis klien dengan pulpen warna – warni (hijau untuk suhu)	Dengan ada pendataan dokumentasi suhu tubuh klien maka klien mendapat tindakan medik lanjutan.

KEBUTUHAN KESEIMBANGAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT

Capaian Pembelajaran

17. Mahasiswa/I mampu menjelaskan kembali sistem peredaran darah manusia
18. Mahasiswa/I mampu menjelaskan kembali system transportasi cairan dan elektrolit
19. Mahasiswa/I mengetahui jenis cairan dan elektrolit sebagai terapi
20. Mahasiswa/I mampu melakukan tindakan pemeriksaan tanda – tanda vital
21. Mahasiswa/I mampu mengetahui cara menghitung tetesan intra vena
22. Mahasiswa/I mampu melakukan tindakan merawat daerah pemasangan intra vena
23. Mahasiswa/I mampu melakukan tindakan perhitungan balance cairan
24. Mahasiswa/I mampu melakukan tindakan pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi

1. Cairan Intravena

- a. **Isotonik:** cairan infus yang memiliki konsentrasi zat terlarut yang sama dengan plasma darah.



Gambar 3.1. Cairan Intravena Isotonik

- b. Hipotonik :** larutan hipotonik memiliki konsentrasi zat terlarut yang lebih rendah dari pada plasma (Sodium Klorida 0,45%, Sodium Klorida 0,33%, Dextrose 2,5%)
- c. Hipertonik:** cairan hipertonik memiliki konsentrasi zat terlarut yang lebih besar dari pada plasma (**Natrium klorida 3%, Natrium klorida 5%**)

Prosedur Pemenuhan Kebutuhan Keimbangan Cairan dan Elektrolit

- 1. Pengukuran tekanan darah :** Tekanan dari darah yang dipompa oleh jantung terhadap dinding arteri. Tekanan ini terus menerus akan berada dalam pembuluh darah dan memungkinkan darah mengalir secara konstan atau daya dorong ke semua arah pada seluruh permukaan yang tertutup pada dinding bagian dalam jantung dan pembuluh darah. Tekanan yang dihasilkan oleh darah dari sistem sirkulasi atau sistem vaskuler terhadap dinding pembuluh darah.

Tujuan :

- a. Menjadi ukuran statistik berbagai fisiologis untuk membantu menentukan status kesehatan seseorang.
- b. Suatu tindakan bagi pasien dengan riwayat medis tidak stabil atau memiliki faktor-faktor resiko komplikasi kardipulmonal dan untuk menilai respon tubuh pasien.

Tabel 3.1. Klasifikasi Tingkat Tekanan Darah menurut WHO

Kategori	Sistolik	Diastolik
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal – Tinggi	130 - 139	85 – 89
Hipertensi Stage 1 (Mild)	140 - 159	90 – 99
Hipertensi Stage 2 (Moderate)	160 - 179	100 – 109
Hipertensi Stage 3 (Severe)	≥ 180	≥ 110

MAP adalah tekanan darah antara sistolik dan diastolik, karena diastolik berlangsung lebih lama daripada sistolik maka MAP setara dengan 40 % tekanan sistolik ditambah 60 % tekanan diastolik (Woods, Froelicher, Motzer, & Bridges, 2009).

Rentang normal MAP adalah 70 mmHg - 99 mmHg.

Rumus MAP adalah

$$(Tekanan\ darah\ sistolik + (2 \times Tekanan\ darah\ diastolik)) / 3$$

Dengan mengetahui nilai MAP pasien, maka pemeriksa mampu mengetahui perfusi jantung, ginjal, dan pembuluh darah pasien.

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji tanda – tanda vital pasien	Untuk mendeteksi gangguan, kelainan atau perubahan pada sistem pada tubuh pasien .
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none">1. Stetoskop2. Tensimeter/ sphygmomanometer3. Pena4. Pensil berwarna (biru, merah, hijau)5. Form dokumentasi <p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none">• Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan• Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka , penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih)• Menempatkan alat diatas meja mayo/ basket/ kit tensi dekat pasien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga• Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang	Dengan adanya pengkajian dan penilaian tekanan darah pasien, maka akan memudahkan pasien untuk

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>akan melakukan pengecekan tanda – tanda vital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi identitas pasien (meminta pasien menyebutkan nama dan tanggal lahir sambil melihat gelang identitas pasien) • Menanyakan kesediaan pasien <p>3. Tahap Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menempatkan pasien dalam keadaan duduk/berbaring dengan lengan rileks, sedikit menekuk pada siku dan bebas dari tekanan oleh pakaian • Menempatkan tensimeter dengan membuka aliran air raksa atau tensimeter, mengecek saluran pipa dan meletakkan meteran secara vertikal • Mempersiapkan stetoskop dengan corong bel yang terbuka • Memasang manset sedemikian rupa sehingga melingkari lengan atas secara rapi dan tidak terlalu ketat, 2-3 cm di atas fossa cubiti dan bagian balon karet yg menekan tepat diatas arteri brachialis serta sejajar dengan jantung 	<p>mengetahu perfusi tubuh pasien apakah mengalami hipotensi atau hipertensi.</p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Memastikan pipa karet tidak terlipat atau terjepit manset • Meraba / pulsasi a. brachialis di fossa cubiti sebelah medial. letakkan stetoskop diatasnya. Menutup katup pengontrol pada pompa manset. • Mengambil stetoskop dan memasang corong bel pada tempat perabaan pulsasi • Dengan tiga jari meraba pulsasi a. Brachialis pompa manset cepat sampai hilangnya pulsasi kemudian ditambahkan 20 mmHg atau 30 mmhg dari nilai pulsasi akhir. • Mendengarkan melalui stetoskop, sambil menurunkan perlahan-lahan (2 mmHg per detik). Melaporkan saat mana mendengar catat dimana bunyi pertama kali/bising pertama sebagai tekanan sistolik • Setelah turunkan tekanan manset perlahan-lahan sampai pulsasi arteri teraba kembali • Melanjutkan penurunan tekanan manset sampai suara bunyi terakhir/ sehingga setelah itu tidak terdengar bising lagi 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>sebagai tekanan darah diastolic. Apabila ingin diulang tunggu minimal 1 menit</p> <p>a. Melepas manset dan merapikannya. Dapat melaporkan hasil tekanan sistolik dan diastolik dilempar dokumentasi.</p> <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan, pasien dan lingkungannya. • Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan, observasi setiap 15 mnt pada pasien dengan kesadaran menurun . • Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dalam catatan terintegrasi dokumentasi rekam medis pasien dengan pulpen warna – warni (Hitam untuk Tekanan Darah) & mencatat nilai MAP pasien.	Dengan ada pendataan dokumentasi pasien tekanan darah mendapatkan informasi mengenai keadaan tubuh pasien. .

2. Mengukur Nadi / Heart Rate

Pengertian: Jantung bekerja memompa darah ke sirkulasi tubuh (dari ventrikel kiri) dan ke paru (dari ventrikel kanan). Melalui ventrikel kiri, darah dialirkan melalui aorta dan kemudian diteruskan ke arteri di seluruh tubuh. Sebagai akibatnya, timbullah suatu gelombang tekanan yang bergerak cepat pada arteri dan dapat dirasakan. Dengan menghitung frekuensi denyut nadi, dapat diketahui frekuensi denyut jantung dalam 1 menit.

Tujuan:

1. Menjadi indikator fungsi dasar tubuh
2. Menilai kesehatan fisik umum
3. Mengidentifikasi adanya gangguan medis akut
4. Mendeteksi apabila ada kemungkinan penyakit kronis
5. Mengukur seberapa baik tubuh bisa mengatasi stress fisiologis
6. Menunjukkan kemajuan terapi perawatan dan lainnya

Penghitungan nadi pasien dewasa:

Klasifikasi	Nilai Nadi (x/ mnt)
Bradikardi	< 60 x/mnt (untuk olahragawan < 55 x/mnt)
Normal	60 – 100 x/mnt
Takikardi	>100 x/mnt

Tempat palpasi denyut nadi :

- A. Radialis : Untuk mengkaji karakter nadi perifer
- A. Brachialis : Untuk mengkaji sirkulasi ke lengan bawah
- A. Femoralis : Mengkaji sirkulasi ke tungkai
- A. Dorsalis Pedis : Mengkaji sirkulasi ke kaki
- A. Carotis : Digunakan pada saat syok, dimana ditempatlain tidak teraba
- A. Temporalis : Mengkaji nadi pada anak

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji tanda – tanda vital pasien (nadi), Pasien dengan indikasi tidak teraba nadi (arteri carotis)	Untuk mendeteksi gangguan, kelainan atau perubahan pada sistem pada tubuh pasien . Pasien yang tidak teraba arteri carotis berarti pasien dalam keadaan henti jantung dan harus mendapatkan pertolongan cepat dengan resusitasi jantung dengan tenaga medik ahli.

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam tangan 2. Pena 3. Pensil berwarna (biru, merah, hijau) 4. Form dokumentasi <p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan • Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka , penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih) • Menempatkan mayo dekat pasien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan pengecekan nadi • Mengidentifikasi identitas pasien • Meminta persetujuan pasien <p>3. Tahap Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menempatkan pasien dalam keadaan duduk/berbaring dengan lengan rileks dan bebas dari tekanan oleh pakaian • Meletakkan tangan pasien yang akan diperiksa dalam keadaan rileks • Menggunakan jari telunjuk dan jari tengah untuk meraba a. Radialis / a. Ulna / a. Carotis. • Menghitung frekuensi denyut nadi dalam 60 detik • Melaporkan hasil frekuensi nadi dalam satu Menit dilembar dokumentasi. <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan,pasien dan lingkungannya. 	<p>Dengan mengetahui penilaian nadi / heart rate dapat mendeteksi pasien mengalami bradikardi atau takikardi/ mendeteksi gangguan irama jantung</p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan, observasi setiap 15 mnt pada pasien dengan kesadaran menurun . • Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dalam catatan terintegrasi dokumentasi rekam medis pasien dengan pulpen warna – warni (Merah untuk Nadi)	Dengan ada pendataan dokumentasi nadi pasien, memudahkan perawat untuk pelaporan dan tindakan medik lanjut terurama pada pasien dengan gangguan irama jantung.

2. Mengukur Pernapasan Pasien

Pengertian: Salah satu indikator untuk mengetahui fungsi menghirup atau pergerakan udara dari luar yang mengandung oksigen (O₂) ke dalam tubuh atau paru-paru serta menghembuskan udara yang banyak mengandung karbondioksida (CO₂) sebagai sisa dari oksidasi ke luar dari tubuh dalam waktu 1 menit.

Tujuan :

1. Menjadi indikator fungsi dasar tubuh
2. Menilai kesehatan fisik umum
3. Mengidentifikasi adanya gangguan medis akut
4. Mendeteksi apabila ada kemungkinan penyakit kronis
5. Mengukur seberapa baik tubuh bisa mengatasi stress fisiologis
6. Menunjukkan kemajuan terapi perawatan dan lainnya

Penghitungan pernafasan pasien dewasa:

Klasifikasi	Nilai Nadi (x/ mnt)
Bradipnea	< 12 x/mnt
Normal / Ipnea	12 – 20 x/mnt
Takipnea	>20 x/mnt

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji tanda – tanda vital pasien (pernapasan), Mengkaji pasien bernafas ada atau tidak adanya retraksi dada	Untuk mendeteksi gangguan, kelainan atau perubahan pada sistem pada tubuh pasien .
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam tangan 2. Pena 3. Pensil berwarna (biru, merah, hijau) 4. Form dokumentasi <p>Cara Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap Pra Interaksi <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan • Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka , penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih) • Menempatkan alat dekat pasien 2. Tahap Orientasi <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada pasien dengan perkenalkan diri pada pasien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan observasi tanda – tanda vital (pernapasan) • Mengidentifikasi identitas pasien • Menanyakan persetujuan pasien 3. Tahap Kinerja <ul style="list-style-type: none"> • Menempatkan pasien dalam keadaan duduk/berbaring dengan lengan rileks dan bebas dari tekanan oleh pakaian • Jangan beritahu klien jika frekuensi pernafasannya dihitung 	Dengan adanya pengkajian dan penilaian mencegah terjadinya kegawatan nafas pada pasien

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Hitung frekuensi dan irama pernafasan. Menghitung frekuensi pernafasan dalam 60 detik • Jelaskan pada klien bahwa saudara telah menghitung frekuensi dan irama pernafasan klien • Melaporkan hasil frekuensi pernafasan dalam satu menit dilembar dokumentasi. <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan, pasien dan lingkungannya. • Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan, observasi setiap 15 mnt pada pasien dengan kesadaran menurun • Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dalam catatan terintegrasi dokumentasi rekam medis pasien dengan pulpen warna – warni (Biru untuk Pernafasan)	Dengan ada pendataan dokumentasi pernafasan pasien mengetahui pasien tidak mengalami gangguan pernafasan.

3. Mengukur Suhu Tubuh Pasien

Pengertian : tindakan pemeriksaan temperature/ suhu yang dihasilkan panas tubuh menggunakan alat pengukur suhu (termometer) sesuai dengan lokasi yang dibutuhkan untuk pemeriksaan.

Tujuan:

5. Mengetahui keadaan umum klien dan proses penyakit
6. Mengetahui suhu/ temperature klien
7. Mengetahui adanya kelainan pada tubuh dipergunakan sebagai salah satu penyokong dalam membantu menentukan diagnosa

Gambar 2.2 Jenis Termometer



Tahap	Langkah – Langkah	Rasional
Pengkajian	Melakukan pengkajian dan memastikan klien dalam keadaan rileks	Untuk mendeteksi gangguan, kelainan atau perubahan pada sistem pada tubuh klien .
Prosedur	Persiapan Alat <ol style="list-style-type: none"> 5. Termometer (temporal, oral, timpani, axilla, rektal) 6. Pena 7. Pensil berwarna (biru, merah, hijau) 8. Form dokumentasi Cara Kerja	<p>Jika menggunakan termometer air raksa, pastikan indikator air raksa pada titik 0), namun jika menggunakan termometer digital pastikan menyalakan tombol ON sebelum meletakkan pada tubuh klien</p>

Tahap	Langkah – Langkah	Rasional
	<p>4. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan • Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika klien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh klien dalam keadaan tidak bersih) • Menempatkan alat dekat klien <p>5. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada klien dengan memperkenalkan diri pada klien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan observasi tanda – tanda vital (suhu tubuh) • Meminta persetujuan klien • Mengidentifikasi identitas klien (<i>melihat gelang identitas dan meminta klien menyebutkan nama dan tanggal lahirnya</i>) <p>6. Tahap Kinerja Pemeriksaan suhu dengan termometer temporal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pada penggunaan thermometer temporal, pastikan alat berfungsi dengan baik • Sisihkan rambut/ keringat klien sebelum mengarahkan termometer ke dahi/temporal • Tekan tombol on pada thermometer dan arahkan ke dahi/temporal klien jarak (+10-15cm) • Jika sudah berbunyi “titt” maka indikator angka suhu akan tertera pada layar alat 	<p>Dengan adanya pengkajian dan penilaian klien mengalami hipotermi atau hipertemi sebagai tanda klien mengalami kekurangan cairan tubuh dan infeksi pada tubuh.</p>

Tahap	Langkah – Langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Tekan tombol off, dan beritahukan kepada klien suhunya, dan dokumentasikan <p>Pemeriksaan suhu dengan termometer timpani</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pada penggunaan termometer thimpani, pastikan alat berfungsi baik • Pastikan liang telinga tidak ada serumen/benda lain • Tekan tombol on dan jika sudah bunyi “Klik” dan alat sudah muncul tulisan “°C” pada alat, masukkan ke liang telinga, dan klien menghadap sisi miring arah berlawanan. • Jika stik termometer sudah masuk ke liang telinga, tekan tombol Ok dan jika alat berbunyi “Tiiiiit” amati hasil dan catat hasil suhu tubuh klien <p>Pemeriksaan suhu dengan termometer axilla</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pastikan alat berfungsi baik • Membersihkan dengan tissue atau cucilah dalam air & memegang ujung termometer yang tumpul dengan ibu jari dan jari kedua, turunkan tingkat air raksa sampai angka 35 derajat Celsius (termometer air raksa) • Membersihkan alat dan melaoisindengan cover disposable, dan tekan tombol ON maka akan tertera °C (termometer digital) 	

Tahap	Langkah – Langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Membuka lengan klien dan membersihkan keringat klien dengan handuk yang kering/ tissue • Menempatkan ujung termometer yang berisi air raksa pada apex fossa aksillaris kiri / kanan dengan sendi bahu adduksi maksimal lalu menurunkan lengan dan silangkan lengan bawah klien ke atas dada. • Menunggu sampai 10 menit, kemudian dilakukan pembacaan (termometer air raksa), akan terdengar bunt “titt..titt” jika alat sudah mendapatkan hasil suhu klien (termometer digital) • Mengangkat termometer dan bersihkan dengan soft tissue/ lap bersih dengan gerak rotasi. <p>Pemeriksaan suhu dengan termometer rektal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pastikan alat berfungsi dengan baik • Gunakan sarung tangan. • Atur posisi dengan menyuruh klien miring kiri. • Oleskan vaslin / gelly secukupnya. • Turunkan pakaian klien sampai bagian gluteal dan tetap menjaga privacy klien. • Letakkan telapak tangan pada sisi gluteal klien dan masukkan termometer ke dalam rectal, suruh klien menahan sampai 3- 	

Tahap	Langkah – Langkah	Rasional
	<p>5 menit dan usahakan jangan sampai berubah posisi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setelah selesai angkat termometer dan baca/catat hasil. • Bersihkan thermometer • Menginformasikan ke klien <p>8. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan, klien dan lingkungannya. • Mengevaluasi respon klien sebelum dan selama tindakan, observasi setiap 15 mnt pada klien dengan kesadaran menurun . • Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dalam catatan terintegrasi dokumentasi rekam medis klien dengan pulpen warna – warni (hijau untuk suhu)	Dengan ada pendataan dokumentasi suhu tubuh klien maka klien mendapat tindakan medik lanjutan.

4. Menghitung Skala Nyeri (Kebutuhan rasa aman dan nyaman)

5. Mahasiswa/I mampu mengetahui cara menghitung tetesan intra vena, perhitungan balance cairan dan merawat daerah pemasangan intra vena

Menghitung tetesan intravena

Pengertian : suatu tindakan untuk memastikan kebutuhan cairan terapi pasien sesuai dengan waktu dan indikasi pengobatan

Tujuannya :

1. Memastikan ketepatan jumlah dan waktu cairan
2. Memastikan ketepatan etrapi
3. Membantu menyeimbangkan cairan pasien

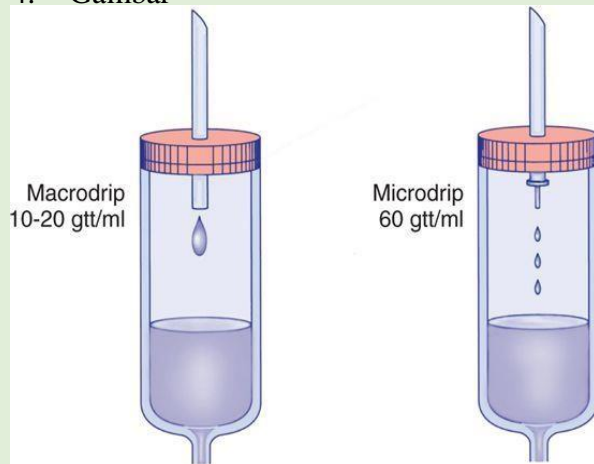
Jenis Tetesan:

- a. Tetesan mikro (makrodrip) 1 cc = 60 tetes

Selang makrodrip disebut juga selang pediatric, volumenya kecil dan memberikan tetesan yang lebih tepat.

- b. Tetesan makro (makrodrip) 1 cc = 20 tetes (dewasa)

4. Gambar



5. Rumus:

$$\text{Jumlah tetesan (Cc/ menit)} = ((\text{jumlah total cairan infuse (cc)} \times \text{faktor tetes}) / \text{Lama pemberian} \times 60))$$

- Faktor tetes mikro 60gtt/menit
- Faktor tetes makro 20gtt/menit
- Lama waktu pemberian (jam)
- Total cairan (cc)

Contoh kasus :

- Ny. Z mendapatkan terapi intravena Nacl 0.9% sebanyak 1500/ 24 jam. Berapa tetes cairan infus yang harus didapatkan setiap menitnya selama Ny.Z mendapatkan perawatan di RS?

Jawab :

$$\text{Jumlah tetesan} = (1500 \times 20) / (24 \times 60) = 20.83 \text{ tetes/menit}$$

Balance Cairan

Pengertian : Suatu tindakan mengukur jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh (intake) dan mengukur jumlah cairan yang keluar dari tubuh (*output*).

Tujuan :

1. Menentukan status keseimbangan cairan tubuh
2. Menentukan tingkat dehidrasi klien

Jenis Intake dan Output

Intake	Output
<ol style="list-style-type: none">1. Sejumlah cairan yang masuk ke tubuh<ul style="list-style-type: none">• Air minum• Air dalam makanan (sayur berkuah, buah)• Cairan intravena (infuse, darah)• Air metabolisme (Hitung AM= 5 cc/kgBB/hari)2. Satuan intake<ul style="list-style-type: none">• Air (makan+Minum) = ..cc• Cairan Infus = ..cc• Terapi injeksi = ...cc• Air Metabolisme = ..cc	<ol style="list-style-type: none">1. Sejumlah cairan yang keluar dari tubuh<ul style="list-style-type: none">• Urine• Insensible Water Loss (IWL): (hitung IWL= 15 cc/kgBB/hari)• Keringat• Feces• Muntah (langsung, melalui NGT)• Drain2. Satuan Output<ul style="list-style-type: none">• Urine = ..cc• Feses = ..cc• Muntah / perdarahan / cairan drainage luka/ cairan NGT terbuka = cc• IWL = ...cc
Rumus	
<ol style="list-style-type: none">1. Balance cairan = Intake – output2. Rumus IWL : $IWL = (15 \times BB) / 24 \text{ jam}$	

3. **Rumus IWL Kenaikan Suhu** : $[(10\% \times \text{cairan masuk}) \times \text{jumlah kenaikan suhu}] / 24 \text{ jam} + \text{IWL normal}$

4. **Rumus IWL (Insensible Water Loss) pada anak**: $(30 - \text{usia anak dalam tahun}) \times \text{cc/kgBB/hari}$

Keterangan

1. **IWL** (*insensible water loss*) **adalah** jumlah cairan keluarnya tidak disadari dan sulit diitung, yaitu jumlah keringat, uap hawa nafas. Menghitung balance cairan harus memperhatikan berbagai faktor berat badan dan umur, karena penghitungannya antara usia anak dengan dewasa berbeda.. Menghitung balance cairanpun harus diperhatikan mana yang termasuk kelompok Intake cairan dan mana yang output cairan

2. Rata2 output perhari

- Urine : 1400-1500 ml (0,5-1 cc/ kg BB/ jam)
- IWL : Paru (350-400 ml, Kulit: 350-400 ml, Keringat: 100 ml)
- Feces : 100-200 ml/ hari

3. Insensible Water Loss

- Dewasa : 15 cc/ kg BB/ hari
- Anak : 40 cc/ kg BB/ 24 jam
- Neonatus : 60 cc/ kg BB/ 24 jam

4. IWL jika ada kenaikan suhu: $\text{IWL} + 200 (\text{suhu badan sekarang} - 36,8^{\circ}\text{C})$ Atau IWL meningkat 12 % setiap ada kenaikan suhu 1°C . Setiap kenaikan suhu sebesar 1°C maka kebutuhan cairan akan naik 12 %. Pada kondisi demam kebutuhan cairan 24 jam + 12 % dari kebutuhan cairan 24 jam

Contoh soal

1. Ny.Z (40 tahun), Berat badan (BB) 50 kg, dirawat di RS Melati dengan diagnose post laparotomy. pada daerah luka insisi operasi terpasang drainage berwarna merah sebanyak 100 cc, terpasang NGT terbuka cairan berwarna kuning kehijauan sebanyak 200cc. Terapi intravena terpasang Ringer Laktat (satu kolf infus 500cc per 8jam maka kalau 24 jam : $500 \times 3 = 1500\text{cc}$, terpasang cateter urine dengan jumlah urine 1200cc. Hitung balance cairan Ny. Z!

Jawab :

Intake:

Cairan Ringer laktat 24 jam : $500 \text{ cc} \times 3 = 1500 \text{ cc}$

AM (air metabolism) = $5 \text{ cc/kgBB/hari} = 5 \times 50 = 250 \text{ cc}$

Intake total = $1500 + 250 = 1750 \text{ cc}$

Output

Drainage luka = 100 cc

NGT = 200 cc

Urine = 1200

IWL = $15 \times \text{BB} / 24 = 15 \times 50 / 24 = 31.25$

Total Output = $100 + 200 + 1200 + 31.25 = 1431.25$

Balance cairan = intake – output = $1750 - 1431.25 = 268.75 \text{ cc}$

Merawat daerah pemasangan intra vena

Pengertian : melakukan tindakan pencegahan infeksi pada area penusukan kanul intravena selama pasien dalam perawatan di rumah sakit

Tujuan :

1. Mencegah infeksi
2. Memastikan tidak ditemukan tanda – tanda inflamasi (kemerahan, nyeri, panas, pembengkakan dan kehilangan fungsi)
3. Memastikan terapi cairan yang diberikan masuk ke dalam tubuh dengan tepat dan benar

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji tanda – tanda inflamasi pada area penusukan intravena	Untuk mendeteksi kemungkinan infeksi pada pemasangan intra vena
Prosedur	Persiapan Alat 1. Kaps alkohol 2. Plester	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>3. Piala ginjal/bengkok 4. Kapas dalam kom 5. Nacl 0.9% 6. Kasaa</p> <p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan • Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih) • Menempatkan alat dekat pasien <p>• Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam kepada pasien dengan perkenalkan diri pada pasien / keluarga 2. Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan perawatan daerah penusukan infus 3. Mengidentifikasi identitas pasien 4. Menanyakan persetujuan pasien <p>• Tahap Kinerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menempatkan pasien dalam keadaan duduk/berbaring dengan lengan rileks b. Observasi cairan infus, apakah tetesan lancar c. Observasi kondisi pasien, tanyakan apakah ada rasa nyeri di daerah penusukan /ketidaknyamanan d. Jika ditemukan 5 tanda inflamasi dan tetesan infus tidak lancar, putar skrup off pada selang infus e. Lakukan pelepasan perekatan plester pada tangan pasien 	<p>Dengan adanya pengkajian dan penilaian mencegah terjadinya infeksi pada intravena</p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>(menggunakan alkohol swab atau kapas lembab)</p> <p>f. Setelah tidak lengket, sampaikan kepada pasien bahwa perawat akan menarik jarum plastik, minta pasien menarik nafas</p> <p>g. Tarik perlahan – lahan, dan lakukan penekanan menggunakan kapas sekitar 1-2 menit sampai memastikan tidak ada darah yang mengalir</p> <p>h. Jika sudah berhenti, lakukan penekanan dengan plester.</p> <p>i. Jika area tangan pasien bengkak, lakukan pengompresan dengan larutan nacl 0.9% dan kasa.</p> <p>j. Pantau kondisi pasien (area penusukan dan suhu tubuh pasien)</p> <p>k. Jika tidak ditemukan masalah pada area penusukan perawat, hanya memastikan tetesan infus lancar, pemasangan infus tidak lebih dari 3 hari, tidak ada tanda inflamasi dan botol cairan tertera waktu dan tanggal pemasangan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tahap Terminasi <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan, pasien dan lingkungannya. • Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan, observasi setiap 15 mnt pada pasien dengan kesadaran menurun • Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dalam catatan terintegrasi dokumentasi.	Dengan ada pendataan dokumentasi pernapasan pasien mengetahui pasien tidak mengalami gangguan pernapasan.

KEBUTUHAN NUTRISI

Capaian Pembelajaran

25. Mahasiswa/I mampu menjelaskan kembali sistem pencernaan pada manusia
26. Mahasiswa/I mampu menjelaskan kembali tujuan pemenuhan kebutuhan nutrisi
27. Mahasiswa/I menjelaskan kembali faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan nutrisi
28. Mahasiswa/I mengenal alat pengukur BB, TB, LLA/LILA klien
29. Mahasiswa/I mampu menjelaskan dan melakukan cara pemberian makanan/minuman per oral
30. Mahasiswa/I mampu menjelaskan dan melakukan cara pengukuran BB, TB dan LLA
31. Mahasiswa/I mampu menjelaskan dan melakukan cara menghitung BMI/IMT klien

Mengenal Alat Pengukuran BB, TB dan LILA





Lila Alat Ukur Lingkar Lengan Ibu Hamil

Prosedur Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

1. Prosedur pemberian makanan/minuman per oral

Pengertian : suatu upaya memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan klien sesuai dengan diet yang ditentukan berdasarkan kondisi kesehatan klien.

Tujuan :

- Memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan klien
- Mencegah terjadinya aspirasi oleh makanan/minuman
- Mempercepat proses pemulihan klien
- Mempertahankan kondisi kesehatan klien

Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji kebutuhan nutrisi/cairan klien <ul style="list-style-type: none"> • Terapi diit yang ditetapkan ketika dirawat di fasilitas kesehatan 	<i>Pengkajian penting untuk menentukan/memodifikasi cara pemberian makanan/minuman pada klien</i>

Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Keoptimalan fungsi alat pencernaan klien • Kemampuan menelan klien • Riwayat alergi klien • Riwayat pola/jenis makanan yang disukai/pantangan 	
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Makanan / minuman dalam wadah yang bersih 7. Alat makanan dalam keadaan bersih (piring, sendok, garpu, sedotan, gelas, meja makan klien) 8. Tissue/ alas makan klien <p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan program tindakan mandiri keperawatan (memastikan terapi diet sesuai dengan kebutuhan klien) • Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika klien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh klien dalam keadaan tidak bersih) • Menempatkan alat di dekat klien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada klien dengan memperkenalkan diri pada klien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan • Meminta persetujuan klien • Mengidentifikasi identitas klien (<i>melihat gelang nama, meminta klien menyebutkan nama dan tanggal lahirnya</i>) • Minta klien untuk duduk/semifowler <p>3. Tahap Kinerja</p>	

Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Mengatur posisi yang nyaman bagi klien dengan posisi setengah duduk atau duduk • Memastikan kemampuan menelan/mengunyah klien • Menjelaskan kepada klien mengunyah makanan sampai halus dan tidak berbicara ketika mengunyah ataupun menelan • Menjelaskan kepada klien bahwa makanan baiknya dikonsumsi dalam kondisi hangat dan menghabiskan porsi yang diberikan • Memastikan klien ingin dibantu dalam pemberian nutrisi/mandiri/dibantu keluarga • Jika mampu melakukan mandiri, dekatkan meja makan/alat makan/makanan ke klien • Mendengarkan tissue/pengalas pada dagu atau dekat klien • Jika klien perlu bantuan, masukan makanan/minuman ke mulut klien secara bertahap • Jika seluruh porsi makanan selesai dikonsumsi, minta klien berkumur agar rongga mulut tetap bersih <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan, klien dan lingkungannya. • Mengevaluasi respon klien • Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon klien, jumlah makanan/minuman klien juga menjadi	<i>Mengetahui kemampuan dan porsi makanan/minuman klien membantu mengidentifikasi status nutrisi klien</i>

Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
	data dalam menghitung keseimbangan cairan selama 1x24 jam	

2. Prosedur pengukuran BB, TB dan LLA/LILA

Pengertian : suatu prosedur memastikan berat badan (kg) dan tinggi badan (cm) serta lingkar lengan atas klien guna mengidentifikasi status nutrisi dan kondisi klien.

Tujuan :

- Mengetahui berat badan klien sebelum dan sesudah sakit
- Mengetahui tinggi badan klien sebelum dan sesudah sakit
- Mengidentifikasi kemungkinan masalah kebutuhan nutrisi
- Menjadi data acuan perhitungan BMI/IMT
- Mendeteksi dini kemungkinan Kurang Energi Kronis (KEK) (Ibu hamil yang KEK berpotensi melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), berkaitan dengan volume otak dan IQ seorang anak)

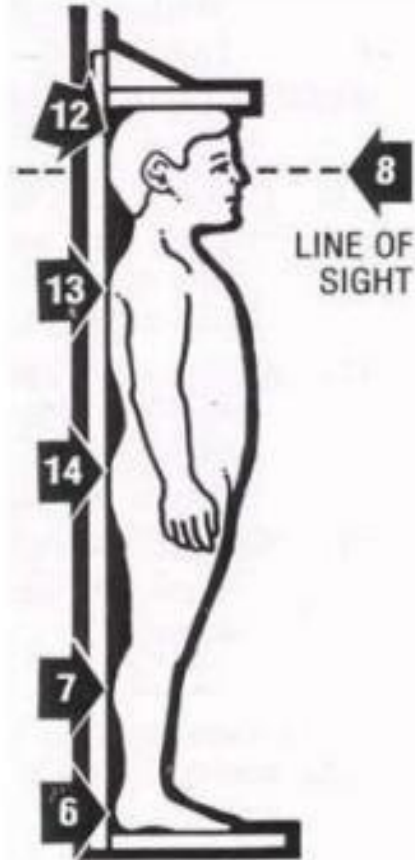
Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji klien : Gunakan alat pengukur sesuai kondisi klien (klien dewasa, anak, kemampuan berdiri)	<i>Pengkajian penting kemampuan klien ketika dilakukan pengukuran BB, TB dan LILA</i>
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Timbangan • Alat pengukur tinggi badan • Meteran <p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan program tindakan mandiri keperawatan • Mencuci tangan dan menggunakan terapi diet sesuai • Gunakan sarung tangan (jika klien memiliki luka, penyakit infeksi) 	

Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
	<p>menular, tubuh klien dalam keadaan tidak bersih)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menempatkan alat di dekat klien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada klien dengan memperkenalkan diri pada klien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan • Meminta persetujuan klien • Mengidentifikasi identitas klien (<i>melihat gelang nama, meminta klien menyebutkan nama dan tanggal lahirnya</i>) <p>3. Tahap Kinerja Mengukur Berat Badan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengatur posisi yang nyaman bagi klien sesuai kebutuhan • Pastikan alat dalam kondisi baik, titik awal) (ketika tekan start) • Jika klien mampu berdiri arahkan klien untuk berdiri • Minta klien melepaskan alas kaki, jaket, tas atau barang-barang yang mempengaruhi berat badan klien • Minta klien naik ke atas timbangan berdiri tegak menghadap ke depam/ menghadap ke perawat • Lihat dan pastikan jarum pengukur berat badan dan ingat angka berat badan klien <p>Mengukur Tinggi Badan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minta klien melepaskan alas kaki (sandal/sepatu), topi (penutup kepala) dan asesori lain yang bisa mempengaruhi hasil pengukuran. 	

Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Pastikan alat geser berada di posisi atas. • Klien diminta berdiri tegak, persis di bawah alat geser. • Posisi kepala dan bahu bagian belakang (punggung), pantat, betis dan tumit menempel pada dinding tempat microtoise dipasang. • Pandangan lurus ke depan, dan tangan dalam posisi tergantung bebas. • Gerakan alat geser sampai menyentuh bagian atas kepala klien. Pastikan alat geser berada tepat di tengah kepala klien. Dalam keadaan ini bagian belakang alat geser harus tetap menempel pada dinding. • Baca angka tinggi badan pada jendela baca ke arah angka yang lebih besar(ke bawah) Pembacaan dilakukan tepat di depan angka (skala) pada garis merah, sejajar dengan mata petugas. • Apabila pengukur lebih rendah dari yang diukur, pengukur harus berdiri di atas bangku agar hasil pembacaannya benar. • Pencatatan dilakukan dengan ketelitian sampai satu angka dibelakang koma (0,1 cm). <p>Mengukur LILA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pastikan pita LiLA tidak kusut, tidak terlipat-lipat atau tidak sobek • Jika lengan klien > 33cm, gunakan meteran kain 	

Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Sebelum pengukuran, dengan sopan minta izin kepada klien bahwa petugas akan menyingsingkan baju lengan kiri klien sampai pangkal bahu. • Bila klien keberatan, minta izin pengukuran dilakukan di dalam ruangan yang tertutup. • Klien diminta berdiri dengan tegak tetapi rileks, tidak memegang apapun serta otot lengan tidak tegang • Baju pada lengan kiri (lengan yang kurang dominan) disingsingkan ke atas sampai pangkal bahu terlihat atau lengan bagian atas tidak tertutup • Tentukan posisi pangkal bahu • Tentukan posisi ujung siku dengan cara siku dilipat dengan telapak tangan ke arah perut. • Tentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan • Menggunakan pita LiLA atau meteran dan beri tanda dengan pulpen/spidol (sebelumnya dengan sopan minta izin kepada klien). • Bila menggunakan pita LiLA perhatikan titik nolnya • Lingkarkan pita LiLA sesuai tanda pulpen di sekeliling lengan klien sesuai tanda (di pertengahan antara pangkal bahu dan siku). • Masukkan ujung pita di lubang yang ada pada pita LiLA. • Pita ditarik dengan perlahan, jangan terlalu ketat atau longgar. 	

Tahapan	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> Baca angka yang ditunjukkan oleh tanda panah pada pita LiLA (kearah angka yang lebih besar). 4. Tahap Terminasi <ul style="list-style-type: none"> Merapikan peralatan, klien dan lingkungannya. Mengevaluasi respon klien Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon klien,	<i>Mengetahui status nutrisi klien</i>



PENGUKURAN LINGKAR LENGAN

Alat ukur lingkaran lengan

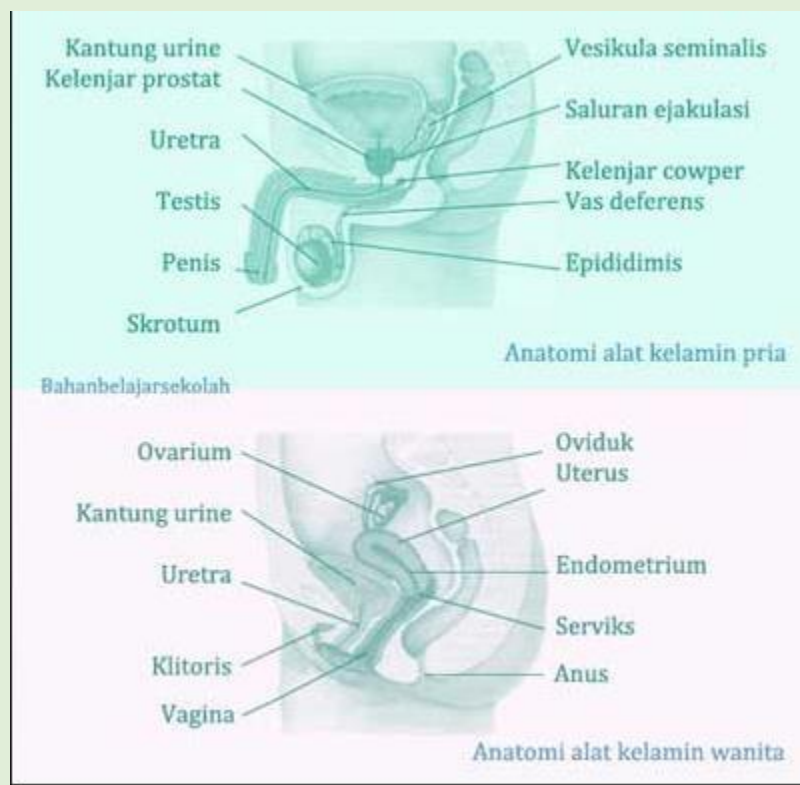
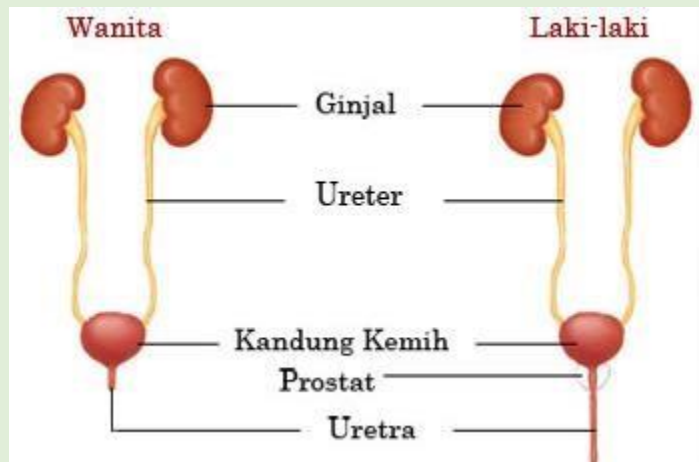


<p>1. Cari ujung bahu sang anak</p>	<p>2. Ujung bahu 3. Ujung siku</p>	<p>4. Taruh ujung pita pengukur di ujung bahu 5. Tarik sampai ujung siku</p>	<p>6. Tandai titik tengah antara ujung bahu dan siku</p>	
<p>7. Tekanan yang benar</p>				
<p>8. Pita terlalu kencang</p>				
<p>9. Pita terlalu longgar</p>	<p>10. Posisi Pita yang benar dalam pengukuran lingkaran lengan</p>			

KEBUTUHAN ELIMINASI

Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa/I mampu menjelaskan kembali sistem pencernaan – eliminasi pada manusia
2. Mahasiswa/I menjelaskan kembali asuhan keperawatan pada kebutuhan eliminasi
3. Mahasiswa/I mampu menjelaskan dan melakukan tindakan membantu pasien BAB/BAK
4. Mahasiswa/I mampu menjelaskan dan melakukan tindakan membantu pasien mengganti diapers
5. Mahasiswa/I mampu menjelaskan dan melakukan tindakan mengumpulkan urine/feses untuk pemeriksaan
6. Mahasiswa/I mampu menjelaskan dan melakukan tindakan bladder training



Prosedur Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi

5. Tindakan membantu pasien BAB/BAK

Pengertian : Melakukan tindakan memberikan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi urin maupun fekal

Tujuan :

1. Membantu mengatasi masalah pasien dalam proses eliminasi zat sisa terutama pada pasien intoleransi aktifitas
2. Mengurangi resiko infeksi
3. Mempertahankan sistem eksresi sisa metabolisme

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji tingkat kesadaran dan mobilisasi pasien	Pasien dengan penurunan tingkat kesadaran dan imobilitas tidak mampu untuk membersihkan eliminasinya sendiri dan jika tidak dibersihkan akan beresiko tinggi mengalami infeksi karena adanya kuman yang berkembang biak cepat pada kotoran manusia.
Prosedur	Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none">• Sarung tangan disposibel• Kantong plastik infeksius• Tempat sampak medik• Perlak sebagai alas pasien• 2 Waslap kering & basah (jika ada)• Pispot• Sabun / Tisu Basah• Pampers / Diapers• Handuk• Trolley kom yang sudah terisi air• Pena• Form dokumentasi	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>Cara Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap Pra Interaksi <ul style="list-style-type: none"> • Analisa keluhan pasien • Mencuci tangan • Siapkan alat – alat & Menempatkan alat di dekat pasien 2. Tahap Orientasi <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dalam membantu pasien untuk membersihkan eliminasi : BAB • Meminta persetujuan pasien • Mengidentifikasi identitas pasien • Minta pasien untuk dengan rileks 3. Tahap Kinerja <ul style="list-style-type: none"> • Mencuci tangan dan pakai sarung tangan • Memasang selimut pasien dan tutup tirai kamar pasien / jaga privasi pasien. • Tinggikan tepi tempat tidur untuk mencegah pasien jatuh (bila ada) • Membuka pakaian pasien bagian bawah. • Memasang alas bokong • Anjurkan pasien untuk berpegangan dibawah / bagian belakang tempat tidur sambil menekuk lutut diikuti dengan mengangkat bokong kemudian pasang pispot perlahan-lahan (jika pasien masih kuat jongkok). • Jika pasien dalam keadaan bedres, pasien sudah terpasang pampers sebelumnya agar tidak mengotori linen dan area pasien. • Pastikan bahwa laken dan stik tidak terkena • Tinggalkan pasien dan anjurkan untuk membunyikan bel jika sudah selesai beritahu perawat. • Kalau sudah selesai tarik pispot dan letakkan lengkap dengan tutupnya 	<p><i>Mencegah terjadinya infeksi akibat kebersihan disekitar pasien.</i></p> <p><i>Menjaga kenyamanan lingkungan pasien selama perawatan dan ketidaknyamanan disekitar pasien akibat defekasi pasien.</i></p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Bersihkan daerah anus dengan tissu kemudian tissu buang ke dalam pispot atau pada pasien dalam keadaan bedrest anjurkan untuk miring sebelah kiri / kanan dan menarik pampers yang sudah digunakan sebelumnya. Setelah ditarik, buang ke plastik infeksius. • Gunakan waslap untuk membersihkan daerah perianal dengan air sabun , tanyakan pada pasien apakah sudah merasa nyaman atau masih merasa ada sabun yang tertinggal (jika ada) • Bilas dengan air bersih (jika ada) • Keringkan daerah anus dengan handuk • Mengangkat alas bokong (jika pasien menggunakan pampers, langsung dipakaikan oleh pasien) • Mengenakan kembali pakaian (celana) pasien • Mengembalikan klien seperti semula • Mengangkat handuk dan sekaligus menarik selimut pasien keatas. • Ganti linen jika kena urin <p data-bbox="386 1136 1029 1171">4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berpamitan kepada pasien dan orang tua pasien / keluarga pasien • Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya, & membuka sarung tangan. • Mencuci tangan. 	
Evaluasi	Melakukan dokumentasi dengan mencatat respon pasien sebelum dan sesudah diberikan tindakan membantu membersihkan BAB pasien tersebut dan lakukan pencatatan saat observasi pada bagian bokok pasien adakah ditemukana luka dekubitus,dll.	<i>Mencegah terjadinya infeksi (HAI's)</i>

Membantu Proses Eliminasi Pasien : BAK (Buang Air Kecil)

Pengertian : Melakukan tindakan memberikan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi : BAK

Tujuan:

1. Kebutuhan dasar fisiologis pasien dapat terpenuhi
2. Dapat membantu mengatasi masalah pasien dalam proses eliminasi zat sisa terutama pada pasien intoleransi aktifitas
3. Mengurangi resiko infeksi
4. Mempertahankan lingkungan pasien agar selalu tetap nyaman

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji tingkat kesadaran dan mobilisasi pasien	<i>Pasien dengan penurunan tingkat kesadaran dan imobilitas tidak mampu untuk membersihkan eliminasinya sendiri dan jika tidak dibersihkan akan beresiko tinggi mengalami infeksi karena adanya kuman yang berkembang biak cepat pada kotoran manusia.</i>
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sarung tangan disposibel • Kantong plastik infeksius • Tempat sampak medik • Perlak sebagai alas pasien • 2 Waslap (kering & basah) / • Pispot / Urinal • Sabun / Tisu Basah • Pampers / Diapers • Handuk • Troly kom yang sudah terisi air • Pena • Form dokumentasi <p>Cara Kerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tahap Pra Interaksi <ul style="list-style-type: none"> • Analisa keluhan pasien • Mencuci tangan • Siapkan alat – alat & Menempatkan alat di dekat pasien • Tahap Orientasi 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dalam membantu pasien untuk membersihkan eliminasi : BAK • Meminta persetujuan klien • Mengidentifikasi klien • Minta pasien untuk dengan rileks <p>Tahap Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mencuci tangan dan pakai sarung tangan • Memasang selimut pasien dan tutup tirai kamar pasien / jaga privasi pasien. • Tinggikan tepi tempat tidur untuk mencegah pasien jatuh (bila ada) • Membuka pakaian pasien bagian bawah. • Memasang alas bokong • Anjurkan pasien untuk berpegangan dibawah/bagian belakang tempat tidur sambil menekuk lutut diikuti dengan mengangkat bokong kemudian pasang pispot perlahan-lahan. • Jika pasien pria pasang urinal untuk BAK • Pastikan bahwa laken dan stik tidak terkena • Tinggalkan pasien dan anjurkan untuk membunyikan bel jika sudah selesai beritahu perawat. • Kalau sudah selesai tarik pispot dan letakkan lengkap dengan tutupnya • Bersihkan daerah perianal dengan tissu (untuk pasien wanita bersihkan mulai dari uretra sampai dengan anus untuk mencegah perpindahan 	<p><i>Mencegah terjadinya infeksi akibat kebersihan disekitar pasien.</i></p> <p><i>Menjaga kenyamanan lingkungan pasien selama perawatan.</i></p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>mikroorganisme dari rectal ke saluran urinaria) kemudian tissu basah buang ke dalam pispot / plastik infeksius</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gunakan waslap untuk membersihkan daerah perianal dengan air sabun (jika ada) • Bilas dengan air bersih (jika ada) • Jika pasien menggunakan pampers, buang ke plastik infeksius yang telah disediakan bersama tissu yang telah digunakan untuk membersihkan area genital pasien. • Keringkan daerah perianal dengan handuk • Mengangkat alas bokong (jika pasien menggunakan pampers, langsung dipakaikan oleh pasien) • Mengenakan kembali pakaian (celana) pasien • Mengembalikan klien seperti semula • Mengangkat handuk dan sekaligus menarik selimut pasien keatas. • Ganti linen jika kena urin <p>• Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berpamitan kepada pasien dan orang tua pasien / keluarga pasien • Membereskan alat-alat, mengembalikan tempatnya , & membuka sarung tangan. • Mencuci tangan. 	
Evaluasi	Melakukan dokumentasi dengan mencatat respon pasien sebelum dan sesudah diberikan tindakan membatu membersihkan BAK pasien tersebut dan lakukan pencatatan saat	<i>Mencegah terjadinya infeksi selama perawatan di rumah sakit (HAI's)</i>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	observasi pada bagian bokok pasien adakah ditemukana luka dekubitus,dll.	

6. Tindakan memasang diapers

Pengertian : Suatu tindakan mandiri yang dilakukan oleh petugas kesehatan / perawat untuk tetap memaksimalkan perawatan pasien yang dalam keadaan penurunan kesadaran / gangguan mobilitas fisik selama dirumah sakit.

Tujuan :

1. Kebutuhan dasar fisiologis pasien dapat terpenuhi
2. Dapat membantu mengatasi masalah pasien dalam proses eliminasi zat sisa terutama pada pasien intoleransi aktifitas
3. Mengurangi resiko infeksi
4. Mempertahankan lingkungan pasien agar selalu tetap nyaman

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat kesadaran dan mobilisasi pasien - Kaji apakah pasien tersebut mampu untuk BAB / BAK 	<i>Pasien dengan penurunan tingkat kesadaran dan imobilitas tidak mampu untuk membersihkan eliminasinya sendiri dan jika tidak dibersihkan akan beresiko tinggi mengalami infeksi karena adanya kuman yang berkembang biak cepat pada kotoran manusia.</i>
Prosedur	Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none"> • Sarung tangan disposibel • Kantong plastik infeksius • Tempat sampak medik • Perlak sebagai alas pasien • Handuk • Troly kom yang sudah terisi air • Pena • Form dokumentasi 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisa keluhan pasien • Mencuci tangan • Siapkan alat – alat & Menempatkan alat di dekat pasien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dalam membantu pasien untuk dalam pemasangan pampers/ diapers • Minta pasien untuk dengan rileks <p>7. Tahap Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mencuci tangan dan pakai sarung tangan • Memasang selimut pasien dan tutup tirai kamar pasien / jaga privasi pasien. • Tinggikan tepi tempat tidur untuk mencegah pasien jatuh (bila ada) • Membuka pakaian pasien bagian bawah. • Memasang alas bokong • Anjurkan pasien untuk miring ke sisi kiri / kanan pada saat ingin memasang pempers/diapers. • Buka pampers / diapers baru dan bentangkan (pada sisi bokong adalah bagian yang paling lebar dan memiliki perekat sedangkan sisi depan adalah bagian yang diameternya kecil dan tidak memiliki perekat). • Posisi pasien terlentang. • Pasangkan dengan pas dan tanyakan pada pasien (jika sadar) apakah sudah pas. Jika pasien tidak dala keadaan sadar 	<p><i>Mencegah terjadinya infeksi akibat kebersihan disekitar pasien.</i></p> <p><i>Menjaga kenyamanan lingkungan pasien selama perawatan.</i></p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>perhatikan posisi pempers/diapers tersebut.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemudian buka strep tempelan pampers dan arahkan ke bagian depan pasien. Perhatikan untuk pampers jangan dalam keadaan terlalu longgar atau terlalu rapat. • Pakaikan kembali celana pasien (jika ada) <p>8. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berpamitan kepada pasien dan orang tua pasien / keluarga pasien • Membersihkan alat-alat, mengembalikan ketempatnya , & membuka sarung tangan. • Mencuci tangan. 	
Evaluasi	Melakukan dokumentasi dengan mencatat respon pasien sebelum dan sesudah dalam pemasangan pempers/diapers pasien tersebut dan lakukan pencatatan saat observasi pada bagian bokok pasien adakah ditemukana luka dekubitus,dll.	<i>Mengurangi resiko terjadinya infeksi dirumah sakit HAI's selama perawatan</i>

3. Tindakan mengumpulkan feses untuk pemeriksaan

Pengertian : Suatu tindakan pengumpulan bahan feses untuk analisis laboratorium yang digunakan mengetahui keadaan fungsi eliminasi dalam pada sistem pencernaan.

Tujuan : Mengetahui kelainan dari feses (adanya darah, bakteri, peningkatan leukosit).

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji pola kebersihan makanan pasien	<i>Pasien dengan peningkatan peristaltik usus akan menyebabkan pasien mengalami gangguan pola eliminasi (diare)</i>
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sarung tangan disposibel • Kantong plastik infeksius 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Tempat sampah medik • Form pemeriksaan lab • Bokal Feses • Pena • Form dokumentasi <p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan program medik pasien di rencana program kegiatan pasien. • Mencuci tangan • Siapkan alat – alat & Menempatkan alat di dekat pasien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dalam pengambilan feses pasien. • <i>Meminta persetujuan klien</i> • Identifikasi pasien. Minta pasien / keluarga untuk menyebutkan nama lengkap, tahun tanggal lahir, no rekam medik (bila perlu) <p>3. Tahap Kinerja</p> <p>Pasien Sadar & Tidak Mengalami Gangguan Mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mencuci tangan • Pada pasien yang tidak mengalami gangguan imobilisasi. • Berikan bokal feses pasien yang sudah beretiket (berikan nama, tahun tanggal lahir, nomor rekam medik, dan tanggal pengambilan) tersebut. • Ajarkan pasien cara mengambil sampel feses: Apabila pasien BAB, ajarkan pasien 	<p><i>Untuk mendekati keadaan pasien akibat gangguan pencernaan</i></p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>menampung feses yang masih ada ampasnya dengan menggunakan serokan yang ada pada bokal feses. Jika feses pasien tersebut tidak ada ampas (cairan) anjurkan pasien langsung menampung tempat dibawah anus saat ingin BAB.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setelah selesai mengambil sampel feses, anjurkan pasien untuk menutup rapat bokal feses dan anjurkan pasien untuk mencuci tangan. • Ambil bokal feses dan masukkan ke dalam plastik lab dan identifikasi kembali pasien. Dengan tujuan mengurangi resiko kesalahan. <p>Pasien yang mengalami penurunan kesadaran & gangguan mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan dan memakai sarung tangan. • Berikan bokal feses pada pasien / keluarga pasien. • Pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran / gangguan mobilisasi, anjurkan pasien / keluarga untuk bel jika sudah BAB • Pasien yang sudah BAB, buka pampers / diapers pasien lalu ambil sampel feses yang ada di pampers / diapers pasien menggunakan serokan yang ada pada bokal feses • Tutup rapat bokal feses dan identifikasi ulang terhadap pasien / keluarga pasien dan masukkan sampel feses tersebut kedalam plastik lab • Bersihkan feses pasien dan ganti diapers/ pampers pasien dengan yang baru, & membuka sarung tangan 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Antarkan sampel feses tersebut ke laboratorium. 	
	4. Tahap Terminasi <ul style="list-style-type: none"> • Berpamitan kepada pasien dan orang tua pasien / keluarga pasien • Merapikan alat-alat & mengembalikan tempatnya. • Mencuci tangan. 	
Evaluasi	Melakukan dokumentasi dengan mencatat respon pasien sebelum dan sesudah diberikan tindakan pengambilan sampel feses dan lakukan pencatatan saat observasi pada bagian bokor pasien adakah ditemukana luka dekubitus,dll.	<i>Mengetahui keadaan pasien mengalami diare.</i>

5. Tindakan mengumpulkan urin untuk pemeriksaan

Pengertian : Suatu tindakan pengumpulan bahan urin untuk analisis laboratorium yang digunakan mengetahui keadaan fungsi eliminasi dalam pada sistem perkemihan.

Tujuan : Mengetahui kelainan dari urin (adanya darah, bakteri, peningkatan leukosit, glukosa,dll).

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji pola eliminasi pasien dan adanya nyeri saat berkemih	<i>Dapat mengetahui pasien dengan gangguan sistem perkemihan akan menyebabkan pasien mengalami gangguan pola eliminasi (diare)</i>
Prosedur	Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none"> • Sarung tangan disposibel • Kantong plastik infeksius • Tempat sampah medik • Bokal Urin non steril • Form pemeriksaan • Pena • Form dokumentasi 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan program medik pasien. • Mencuci tangan • Siapkan alat – alat & Menempatkan alat di dekat pasien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dalam pengambilan feses pasien. • Meminta persetujuan klien • Identifikasi pasien. Minta pasien / keluarga untuk menyebutkan nama lengkap, tahun tanggal lahir, no rekam medik (bila perlu) <p>3. Tahap Kinerja Pasien Sadar & Tidak Mengalami Gangguan Mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mencuci tangan • Pada pasien yang tidak mengalami gangguan imobilisasi. Berikan bokal urin lengkap pasien yang sudah beretiket (berikan nama, tahun tanggal lahir, nomor rekam medik, dan tanggal pengambilan) tersebut. • Ajarkan pasien cara mengambil sampel urin: Apabila pasien BAK, ajarkan pasien menampung urin dengan mengeluarkan urin pertama yang kali keluar saat BAK lalu tahan sejenak dan bokal urin yang sudah terbuka tutupannya dan langsung menampung urin lanjutannya sampai batas yang ditentukan oleh perawat. • Setelah sampel urin didapat, tutup rapat dan anjurkan pasien untuk segera mencuci tangan. 	<p><i>Mengetahui gangguan perkemihan yang dialami pasien adakah disebabkan adanya perkembangbiakan bakteri.</i></p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> Ambil bokal urin pasien dan taruh ke plastik lab, tidak lupa identifikasi kembali pasien lalu antarkan sampel urin <p>Pasien yang mengalami penurunan kesadaran & gangguan mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuci tangan dan memakai sarung tangan. Siapkan bokal urin pada pasien / keluarga pasien yang sudah beretiket (nama, tahun tanggal lahir, no rekam medik). Pasien dengan penurunan kesadaran sudah terpasang kateter dan di klem kateter pasien dengan karet. Setelah 30 menit kateter urin di klem, buka klem kateter urin pasien dan buka selang penghubung kantong urin dan folly kateter. Kemudian tuangkan urine yang keluar dari folley kateter ke bokal urin. Setelah mendapat sampel urin yang dibutuhkan, langsung sambungkan kembali selang antara folley kateter dan kantong urin Masukkan bokal urin ke kantong lab dan lakukan identifikasi pasien kembali dengan menanyakan kepada keluarga. Bersihkan tempat tidur pasien dan rapikan pasien, buka sarung tangan & antarkan sampel urin ke laboratorium. <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Berpamitan kepada pasien dan orang tua pasien / keluarga pasien Membereskan alat-alat & mengembalikan tempatnya. Mencuci tangan. 	
Evaluasi	Melakukan dokumentasi dengan mencatat respon pasien sebelum dan sesudah diberikan tindakan pengambilan sampel urin	<i>Mendapatkan data secara objektif untuk mengetahui</i>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	dan lakukan pencatatan saat observasi pada urin pasien.	<i>keadaan tubuh pasien akibat gangguan perkemihan</i>

5. Tindakan bladder training

Pengertian : Salah satu upaya untuk mengembalikan fungsi kandung kemih yang mengalami gangguan ke keadaan normal atau ke fungsi optimal neurogenik. Bladder training merupakan salah satu terapi yang efektif di antara terapi nonfarmakologi.

Tujuan :

1. Untuk melatih kandung kemih dan mengembalikan pola normal perkemihan dengan menghambat atau menstimulasi pengeluaran air kemih.
2. Memperpanjang interval berkemih yang normal dengan berbagai teknik distraksi atau teknik relaksasi sehingga frekuensi berkemih dapat berkurang, hanya 6-7 kali per hari atau 3-4 jam sekali.

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji keadaan pasien adakah gangguan yang masih ditemukan saat BAK seperti gangguan spinger urine yang sudah mengalami perbaikan membaik	<i>Melatih refleks saraf untuk berkemih agar pasien bisa merasakan ingin berkemih tanpa ada bantuan alat.</i>
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sarung tangan disposibel • Kantong plastik infeksius • Neirbeken/ Bengkok • Klem • Tisu • Pena • Form dokumentasi <p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan • Mencuci tangan • Menempatkan alat di dekat pasien 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan dalam melakukan tindakan bladder training • Meminta persetujuan klien • Mengidentifikasi identitas klien • Minta pasien untuk berbaring dengan rileks <p>3. Tahap Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menciptakan lingkungan yang nyaman dengan menutup ruangan atau tirai ruangan. • Atur posisi pasien yaitu dengan posisi dorsal recumbent • Pakai sarung tangan disposibel • Lakukan pengukuran volume urin pada kantong urin. • Kosongkan kantong urin. • Klem selang kateter sesuai dengan program selama 1 jam yang memungkinkan kandung kemih terisi urin dan otot destrusor berkontraksi, agar meningkatkan volume urin residual. • Anjurkan klien minum (200-250 cc). • Tanyakan pada klien apakah terasa ingin berkemih setelah 1 jam. • Buka klem dan biarkan urin mengalir keluar. • Lihat kemampuan berkemih klien • Lepaskan sarung tangan dan merapikan semua peralatan. <p>4. Tahap Terminasi</p>	<p><i>melatih refleks berkemih pasien untuk merasakan rasa ingin BAK</i></p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Berpamitan kepada pasien dan orang tua pasien / keluarga pasien • Membereskan alat-alat dan mengembalikan tempatnya • Mencuci tangan. 	
Evaluasi	Melakukan dokumentasi dengan mencatat respon pasien sebelum dan sesudah diberikan tindakan dan catat apakah pasien mampu merasakan ingin berkenih dan catat berapa jumlah BAK pasien yang keluar dan berapa frekuensi pasien merasakan ingin BAK .	<i>Mengembalikan fungsi refleks spingter urin pasien.</i>

KEBUTUHAN PERAWATAN DIRI

Capaian Pembelajaran

32. Mahasiswa/I mampu menjelaskan tujuan kebersihan diri
33. Mahasiswa/I mampu menjelaskan dan melakukan cara memandikan pasien di atas tempat tidur
34. Mahasiswa/I mampu menjelaskan dan melakukan *oral hygiene*
35. Mahasiswa/I mampu menjelaskan dan melakukan cara mencuci rambut, menyisir rambut.
36. Mahasiswa/I mampu menjelaskan dan melakukan cara membersihkan area genital

Prosedur Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri

9. Memandikan Pasien di tempat tidur

Pengertian : Prosedur keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu mandi secara sendiri.

Tujuan :

1. Menjaga kebersihan tubuh
2. Mencegah kemungkinan terjadinya infeksi akibat kebersihan kulit yang kurang
3. Memperlancar sistem peredaran darah
4. Meningkatkan kenyamanan pasien

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengaki kebutuhan personal hygiene pasien	<i>Membantu memandikan pasien, menjaga kebersihan tubuh pasien dan mengurangi resiko kerusakan kulit dan mengurangi resiko infeksi</i>
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ul style="list-style-type: none"> • APD (Handscone, masker, apron) • Baskom dan tempatnya (2) berisi air hangat dan air bersih • Waslap (2) • Perlak (1) • Handuk besar (2) (bagian tubuh atas dan bawah) • Handuk sedang (1) • Baju ganti bersih • Sabun mandi • Baby oil / minyak kayu putih/ minyak kepala / <i>body lation</i> • Bengkok • Baki • Tempat baju kotor • Pispot /Urinal • Trol • Gelas kumur • Pasta gigi • Sikat gigi • Sisir rambut <p>Cara Kerja</p>	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Keringkan bagian wajah dan leher bersamaan menggunakan handuk sedang • Siapkan pasta gigi dan sikat gigi. Sikat gigi pasien dengan arah memutar dari belakang ke depan, dari atas ke bawah serta lidah pasien. Ajurkan pasien untuk kumur2 (jika sadar) dan basuh bagian mulut dalam pasien dengan waslap kecil bersih serta spatel menggunakan air mineral / air hangat. <p><i>Setiap membersihkan area/bagian tubuh pasien tanggalkan pakaian (meminta persetujuan) dan menutup dengan handuk bagian tubuh yang terbuka (jaga privasi pasien), setelah dibersihkan langsung gunakan pakaian yang baru/bersih/pengganti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Membersihkan daerah ekstremitas lengan : <ul style="list-style-type: none"> - Lengan sebelah kiri diangkat, kemudian bentangkan handuk secara memanjang sehingga seluruh lengan dapat diletakkan di atas handuk. - Membasahi lengan pasien dengan was lap sabun dari arah proximal ke distal dengan satu arah, kemudian dibilas dengan waslap basah sampai bersih. Mulai dari lengan yang lebih jauh dari perawat. - Mengeringkan lengan dengan handuk sampai kering. - Membersihkan lengan yang lebih dekat dengan perawat sama dengan membersihkan lengan sebelumnya. • Membersihkan daerah dada, ketiak dan perut : <ul style="list-style-type: none"> - Kedua lengan diangkat ke atas dan diletakkan di samping kepala pasien. 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> - Selimut mandi atau kain penutup diturunkan dan dilipat sampai daerah os. pubis. - Handuk dibentangkan pada bagian sisi pasien. - Membersihkan daerah dada, ketiak dan perut dengan waslap bersabun dengan cara memutar. - Membersihkan dengan waslap lembab sampai bersih. - Mengeringkan dengan handuk sampai kering. - Memberi bedak / talk tipis pada daerah dada, ketiak dan perut - Menutup tubuh pasien bagian depan dengan selimut atau kain penutup yang bersih • Membersihkan daerah punggung : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dimiringkan ke kiri atau kanan sesuai kebutuhan pasien. - Membentangkan handuk di sisi bawah pasien sampai ke bokong. - Membersihkan dengan waslap bersabun mulai dari tengkuk, bahu, punggung sampai bokong dengan cara memutar. - Membersihkan dengan waslap lembab sampai bersih. - Mengeringkan dengan handuk sampai kering. - Menggosok sambil message dengan vaselin / minyak kelapa / minyak telon sampai kering kemudian diberi bedak tipis. Pasien dimiringkan ke kanan, handuk dibentangkan di bawah punggung kemudian punggung kiri dibersihkan seperti punggung kanan. • Posisi pasien kembali ditelentangkan. <ul style="list-style-type: none"> - Mengenakan pakaian bagian atas. 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> - Mengganti air dengan air bersih dan hangat. - Washlap dicuci bersih. • Membersihkan daerah lipatan paha dan genitalia: <ul style="list-style-type: none"> - Menutup daerah genitalia dengan kain penutup atau selimut. - Selimut atau kain penutup diangkat dan dilipat kemudian diletakkan pada kursi. - Melepaskan pakaian bagian bawah. - Mengangkat bokong. - Membentangkan handuk di bawah bokong pasien. - Membersihkan daerah lipatan paha dengan waslap bersabun, lalu membersihkan dengan waslap lembab sampai bersih. - Mengeringkan dengan handuk sampai kering. • Membersihkan daerah genitalia dengan waslap bersabun. <ul style="list-style-type: none"> - Pada wanita mulai dari depan ke dalam. Membuka labia mayora kemaluannya dengan hati-hati dan dibersihkan (dari arah atas ke bawah(anus) sebanyak 3 kali). - Pada pria yang tidak disunat, tariklah kulit penis ke belakang, lalu kepala kemaluannya dan kulit penutup kepala kemaluannya dibersihkan dengan hati-hati. - Membersihkan dengan waslap lembab sampai bersih. - Mengeringkan dengan handuk sampai kering • Membersihkan daerah anus: <ul style="list-style-type: none"> - Memiringkan pasien ke sisi sebelah kiri. 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> - Membuka lipatan bokong dan membersihkan anus dengan waslap bersabun. - Membersihkan dengan waslap lembab sampai bersih. - Mengeringkan dengan handuk sampai kering. - Posisi pasien kembali terlentang. - Mengenakan pakaian bagian bawah. - Merapikan pasien dan kalau perlu memasang selimut kembali. - Merapikan tempat tidur dan mengganti sarung bantal pasien bila diperlukan. - Membuka gordyn dan atau sampiran kamar pasien. . • Membersihkan daerah extremitas bawah. <ul style="list-style-type: none"> - Menanggalkan pakaian bagian bawah kemudian memasukkan ke dalam ember bertutup / tempat pakaian kotor. - Membentangkan handuk sepanjang extremitas bawah sebelah kiri, extremitas kanan ditutup dengan selimut atau kain penutup. - Lutut ditekuk kemudian membersihkan dengan waslap bersabun mulai dari arah proximal ke distal satu arah. - Membersihkan dengan waslap lembab sampai bersih. - Mengeringkan dengan handuk sampai kering. - Membersihkan extremitas bawah sebelah kanan sama dengan membersihkan extremitas sebelah kiri pasien. - keringkan ekstrematas bawah pasien. 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Pakaikan pakaian bawah / celana pada pasien • Ambil semua handuk mandi pasien yang sudah kotor dan pasang selimut tidur pada pasien. • Jangan lupa untuk merapikan rambut pasien dngan sisir dan memberikan bedak pada wajah pasien <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan, pasien dan lingkungannya. • Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan telah dilakukan tersebut . • Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan catat jika pasien mengalami perubahan siklus kulit seperti luka tekan, catat grade dan luas luka. Catat kebersihan kepala, genitalia (adanya jamur), dll	<i>Memandikan pasien juga merupakan cara perawat sembari melakukan pemeriksaan fisik pasien untuk mendeteksi ada tidaknya gangguan yang ditemukan pada tubuh pasien</i>

2. Tindakan Perawatan Rambut

Pengertian: Merupakan prosedur perawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan untuk mencuci dan menyisir rambut. Tindakan yang dilakukan perawat untuk membersihkan rambut pasien dengan menggunakan air hangat dan shampoo untuk mempertahankan kebersihan rambut.

Tujuan :

1. Memberikan perasaan senang dan segar kepada klien
2. Rambut tetap bersih, rapi dan terpelihara
3. Merangsang peredaran darah dibawah kulit kepala agar pasien tidak mudah pusing.
4. Membersihkan kutu(Pedikulus) dan ketombe (Pityriasis Sicca)

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji keadaan kulit rambut pasien dan karakteristik rambut pasien.	<i>mencegah resiko aspirasi</i>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 buah sisir • 2 buah handuk (besar dan kecil) • 1 buah washlap • Sarung tangan disposibel • Sabun atau shampoo • Alas (handuk atau perlak) • Kom kecil (mangkok) serta kain kasa • Sarung tangan bersih • Celemek • Kassa yang sudah dipotong kecil • Gayung kecil • Ember berisi air hangat • Baskom <p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan tindakan mandiri keperawatan dalam pemenuhan personal hygiene pasien • Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih) • Menempatkan alat di dekat pasien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan tindakan perawatan rambut • Minta pasien untuk berbaring dengan rileks atau posisi kepala agak menghadah ke atas <p>3. Tahap Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Tutup gorden untuk menjaga privasi klien • Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dengan memberikan bantal kecil pada leher pasien sambil mengadahkan kepala agak ke atas • Setelah posisi tidur lalu letakkan perlak /pengalas dibawah kepala pasien dan perlak/pengalas diarahkan kebawah dengan digulung bagian tepi menuju tempat penampung (baskom). • Letakkan baskom dibawah tempat tidur tepat dibawah kepala pasien. • Tutup telinga dengan kapas dan ajurkan pasien untuk menutup mata agar tidak mengenai cipratan air/sampo. • Tutup dada dengan handuk sampai ke leher. • Kemudian sisir rambut dan lakukan pencucian dengan air hangat selanjutnya menggunakan sampo dan bilas dengan air hangat sambil dipijat. • Setelah selesai, bersihkan rambut pasien dengan air hangat dan keringkan rambut dan sisir. • Meletakkan kepala pada bantal yang telah dialasi handuk kering <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan, pasien dan lingkungannya. • Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan yang telah dilakukan. • Mencuci tangan kembali. 	<p><i>Menjaga personal hygiene pasien dan mencegah terjadinya infeksi pada kulit kepala</i></p> <p><i>Mendeteksi nutrisi pasien melalui rambut pasien</i></p>
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan rambut pasien , adakah	<i>Mengurangi resiko infeksi dan tetap mempertahankan kenyamanan pasien.</i>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	ditemukan pediculus/ pityriasis sicca / lesi, massa / volume rambut / warna rambut, dll .	

3. Tindakan Perawatan Kebersihan Mulut (Oral Hygiene)

Pengertian : Merawat gigi dan mulut merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yang dihospitalisasi. Tindakan ini dapat dilakukan oleh pasien yang sadar secara mandiri atau dengan bantuan perawat. Untuk pasien yang tidak mampu mempertahankan kebersihan mulut dan gigi secara mandiri harus dibantu sepenuhnya oleh perawat

Tujuan : Mencegah infeksi gusi dan gigi dan mempertahankan kenyamanan rongga mulut

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji refleks menelan pasien dan mengkumur pasien	<i>mencegah resiko aspirasi</i>
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baki dan alat • Tissue • Gelas kumur berisi air hangat • Sikat gigi dan pasta gigi • Bengkok • Spatel • Kassa • Perlak dan alas/handuk <p>Cara Kerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tahap Pra Interaksi <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan tindakan mandiri keperawatan dalam pemenuhan oral hygiene pasien • Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih) • Menempatkan alat di dekat pasien • Tahap Orientasi 	

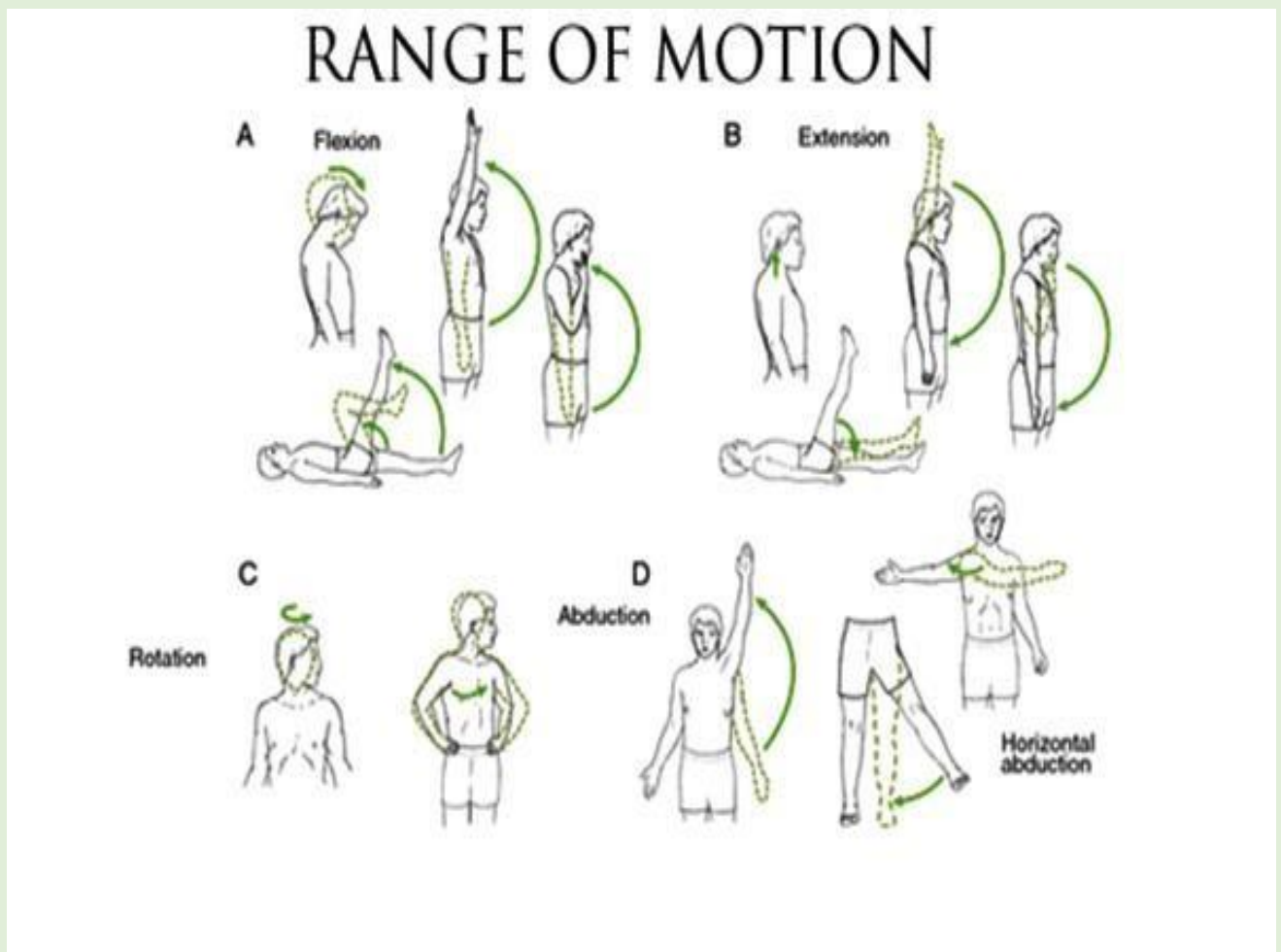
Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan tindakan perawatan mulut • Minta pasien untuk berbaring dengan rileks atau posisi semifowler atau fowler (bagi pasien sadar). <p>3. Tahap Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien • Tutup gorden untuk menjaga privasi klien • Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dengan posisi semi fowler di tempat tidur atau dengan fowler position (posisi duduk). • Memasang perlak dan alasnya/handuk dibawah dagu pasien. • Pada pasien yang tidak mengalami gangguan menelan, bantu pasien untuk berkumur sambil menyiapkan bengkok. • Membantu menyiapkan sikat gigi dan pastanya. Pada pasien dengan penurunan kesadaran, bersihkan area mulut pasien dengan kassa basah dililit spatel dalam keadaan hangat. Bersihkan sampai tidak ditemukan kotoran pada mulut pasien. • Membantu pasien menyikat gigi bagian depan, samping dan dalam • Membantu pasien untuk berkumur sambil menyiapkan bengkok • Mengulangi membantu pasien menyikat gigi bagian depan, samping dan dalam • Membantu pasien untuk berkumur sambil menyiapkan bengkok 	<p><i>Mencegah terjadinya infeksi (bau nafas pasien)</i></p> <p><i>menjaga personal hygiene pasien.</i></p>

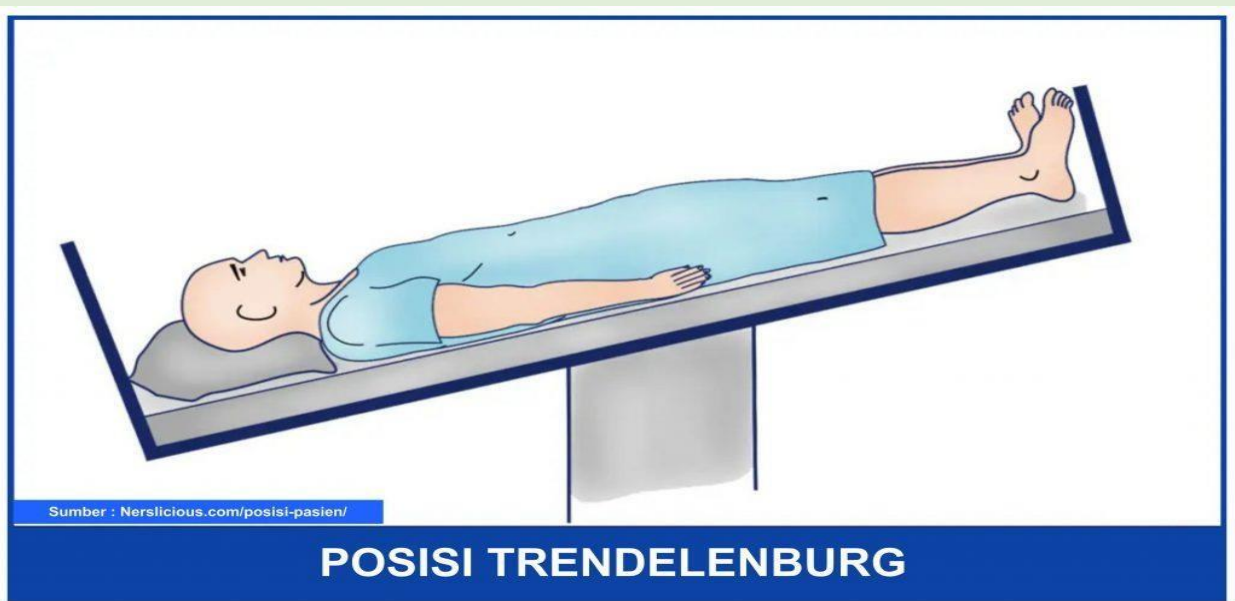
Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Mengeringkan bibir menggunakan tissue <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan, pasien dan lingkungannya. • Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan yang telah dilakukan. • Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan membersihkan mulut pasien , adakah ditemukan stomatitis / caries pada gigi / jamur pada mulut,dll.	<i>Mengurangi resiko infeksi dan tetap menjaga kenyamanan pasien selama perawatan</i>

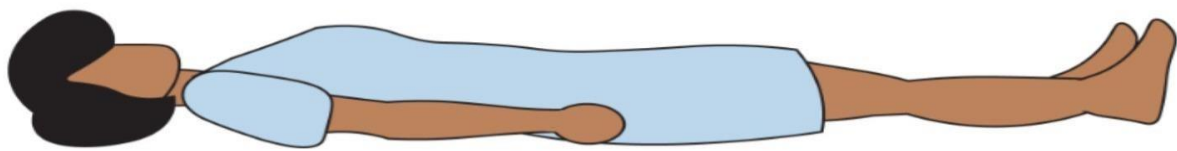
KEBUTUHAN MOBILISASI

Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa/I mampu menjelaskan dan melakukan cara melakukan ROM
2. Mahasiswa/I mampu menjelaskan dan melakukan cara melakukan reposisi pasien sims kanan/kiri), lithotomy, dorsal recumbent, trendelenberg, supine, prone
3. Mahasiswa/I mampu menjelaskan dan melakukan cara melatih menggunakan alat bantu berjalan: kruk, tripot, kursi roda



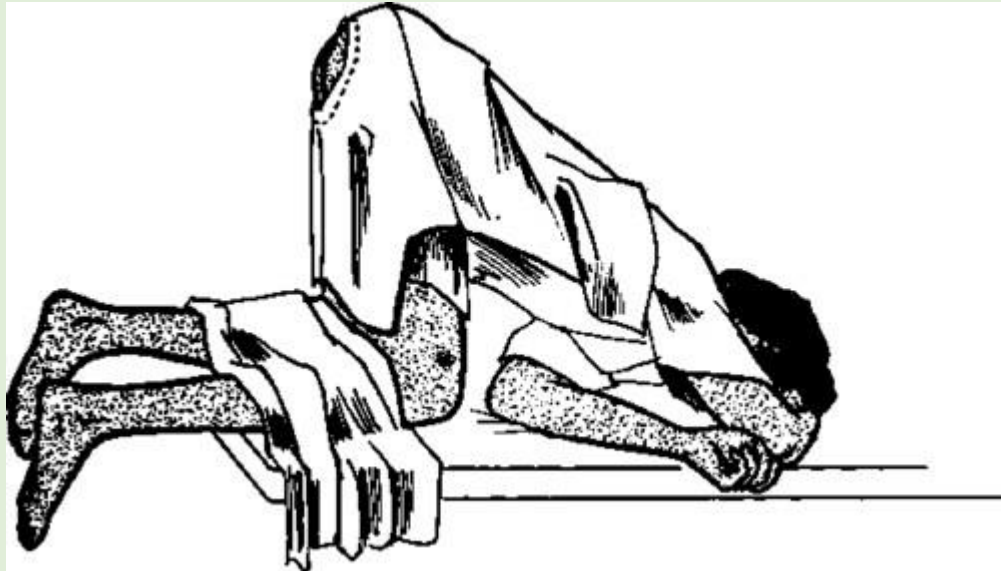




Supine



knee-chest



ALAT BANTU JALAN



Prosedur Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi

1. Tindakan ROM Aktif & Pasif Pada Pasien

Pengertian : Kegiatan latihan yang bertujuan untuk memelihara fleksibilitas dan mobilitas sendi

Tujuan:

1. Mempertahankan fleksibilitas dan mobilitas sendi
2. Mengembalikan kontrol motorik & meningkatkan / mempertahankan integritas ROM sendi dan jaringan lunak.
3. Mencegah bertambah buruknya *system neuromuscular*
4. Menurunkan pembentukan kontraktur terutama ekstremitas yang mengalami paralisis.
5. Meningkatkan ADL pasien

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji kekuatan otot pasien	<i>Untuk meningkatkan dan mempertahankan ketonusan otot ekstremitas pasien</i>
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ul style="list-style-type: none">• Handbody / Body Lation• Pena• Form dokumentasi <p>Cara Kerja</p> <p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none">• Melakukan pengecekan program rencana asuhan keperawatan pasien• Mencuci tangan• Menempatkan alat diatas meja mayo dekat pasien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Memberikan salam kepada pasien dengan perkenalkan diri pada pasien / keluarga• Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan tindakan	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>merapikan tempat tidur pasien kepada pasien atau keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutup tirai kamar tidur pasien dan jaga privasi pasien. <p>3. Tahap Kerja</p> <p>Latihan pasif anggota gerak atas</p> <p>a. Gerakkan menekuk dan meluruskan sendi bahu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tangan satu penolong memegang siku, tangan lainnya memegang lengan. • Luruskan siku, naikkan dan turunkan lengan dengan siku tetap lurus. <p>b. Gerakkan menekuk dan meluruskan siku :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pegangan lengan atas dengan lengan satu, tangan lainnya menekuk dan meluruskan siku <p>c. Gerakkan memutar pergelangan tangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pegangan lengan bawah dengan lengan satu, tangan lainnya menggenggam telapak tangan pasien. • Putar pergelangan tangan pasien ke arah luar (terlentang) dan ke arah dalam (telungkup). <p>d. Gerakkan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pegang lengan bawah dengan lengan satu, tangan lainnya memegang pergelangan tangan pasien. • Tekuk pergelangan tangan keatas dan kebawah. <p>e. Gerakkan memutar ibu jari :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pegang telapak tangan dan keempat jari dengan tangan satu, tangan lainnya memutar ibu jari tangan. <p>f. Gerakkan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan :</p>	<p><i>Untuk tetap meningkatkan keaktifitasan ketonusan otot pasien agar tidak terjadi atropi otot</i></p> <p><i>Meningkatkan mobilisasi pasien</i></p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Pegang pergelangan tangan dengan tangan satu, tangan lainnya menekuk dan meluruskan jari-jari tangan <p>Latihan pasif anggota gerak bawah.</p> <p>a. Gerakkan menekuk dan meluruskan pangkal paha :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai. • Naikkan dan turunkan kaki dengan lutut tetap lurus. <p>b. Gerakkan menekuk dan meluruskan lutut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai. • Tekuk dan luruskan lutut. <p>c. Gerakkan untuk pangkal paha :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerakkan kaki pasien menjauh dan mendekati badan (kaki satunya). <p>d. Gerakkan memutar pergelangan kaki :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pegang tungkai dengan tangan satu, tangan lainnya memutar pergelangan kaki. <p>Latihan aktif anggota gerak atas dan bawah :</p> <p>a. Latihan 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angkat tangan yang lumpuh menggunakan tangan yang sehat keatas. - Letakkan kedua tangan diatas kedua kepala - Kembalikan tangan ke posisi semula <p>a. Latihan 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angkat tangan yang lumpuh melewati dada kearah tangan yang sehat - Kembali ke posisi semula 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	b. Latihan 3 - Angkat tangan yang lemah menggunakan tangan yang sehat keatas - Kembali seperti semula c. Latihan 4 - Tekuk siku yang lumpuh menggunakan tangan yang sehat - Luruskan siku, kemudian angkat keatas - Letakkan kembali tangan yang lumpuh ditempat tidur d. Latihan 5 - Pegang pergelangan tangan yang lumpuh menggunakan tangan yang sehat, angkat keatas dada. - Putar pergelangan tangan kearah dalam dan kearah luar	
	4. Tahap Terminasi <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan dan lingkungan pasien • Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan catat dalam pendokumentasi rekam medik pasien mengenai kekuatan otot pasien, gerakan, dan observasi jika adanya luka tekan dan atropi pada otot pasien.	<i>Mendapatkan data secara objektif untuk mengetahui keadaan tubuh pasien</i>

2. Tindakan Mobilisasi Miring Kiri & Miring Kanan (MiKa MiKi)

Pengertian : Suatu tindakan merubah posisi tidur pada pasien yang mengalami keterbatasan aktifitas

Tujuan :

1. Untuk memper lancar peredaran darah.
2. Untuk menghin dari terjadinya dekubitus
3. Untuk memantau ada tidaknya luka di kulit pasien

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji kekuatan otot. - Kaji tingkat kesadaran pasien 	<p><i>Untuk mengetahui seberapa besar kekuatan ketonusan otot ekstremitas pasien</i></p> <p><i>Pasien yang mengalami penurunan kesadaran tentu mengalami penurunan fungsi dan beresiko besar terjadi atropi otot dan mengalami luka akibat tidak mengalirnya sirkulasi darah pada tubuh</i></p>
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bantal • Minyak kepala / Minyak telon / Vaseline / Body Lotion • Pena • Form dokumentasi <p>Cara Kerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tahap Pra Interaksi <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan tindakan mandiri perawat • Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (jika pasien memiliki luka, penyakit infeksi menular, tubuh pasien dalam keadaan tidak bersih) • Menempatkan alat di dekat pasien • Tahap Orientasi <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada pasien dengan memperkenalkan diri pada pasien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang untuk membantu mobilisasi pasien yang tidak dapat dilakukan secara mandiri (bantuan) 	<p><i>Untuk mencegah terjadinya dekubitus atau luka tekan akibat pasien mengalami imobilisasi atau gangguan ekstremitas.</i></p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Minta keluarga / pasien untuk membantu mengubah posisi pasien <p>3. Tahap Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan persetujuan dan kesiapan • Menjaga privasi pasien, Perawat mencuci tangan dan memakai sarung tangan • Membuka penjagaan tempat tidur pasien di sebelah perawat dan pastikan penjagaan diarah berlawanannya dalam keadaan tertutup dan yakinkan bawa sekitar pasien dalam keadaan aman. untuk mempermudah perawat akan melakukan mobilisasi • Pastikan posisi pasien pada bagian tengah tempat tidur, posisi supinasi (terlentang) lebih mudah untuk melakukan mobilisasi MiKa – MiKi. • Letakkan bantal guling diatas dada pasien dengan tangan kanan pasien yang menahan dan menyentuh ke pundak kiri / sebaliknya. • Kemudian tekuk kaki kanan pasien dan letakkan telapan kaki pasien kesisi kaki kiri (berlawanan) • Jika sudah dilakukan maka pegang punggung dan pinggul pasien lalu dorong ke arah kiri / sebaliknya. 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan bantalan di area punggung pasien dan kaki pasien yang dalam posisi ditekuk. • Lakukan tindakan tersebut secara terus menerus setiap 2 jam . <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merapikan peralatan, pasien dan lingkungannya. • Mengevaluasi respon pasien sebelum dan selama tindakan. • Mencuci tangan kembali. 	
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien terhadap tindakan mobilisasi pasien	<i>mengurangi resiko terjadinya luka tekan dan resiko atropi otot.</i>

REPOSISI PASIEN

POSISI	DEFENISI	TUJUAN	INDIKASI	PROSEDUR
SIM	Posisi sim adalah posisi miring ke kanan atau ke kiri, posisi ini dilakukan untuk memberi kenyamanan dan memberikan obat melalui anus (supositoria).	<ul style="list-style-type: none"> • Mengurangi penekanan pada tulang secrum dan trochanter mayor otot pinggang • Meningkatkan drainage dari mulut pasien dan mencegah aspirasi • Memasukkan obat supositoria • Mencegah dekubitus 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien yang akan di huknah • Pasien yang akan diberikan obat melalui anus 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Pasien dalam keadaan berbaring, kemudian miringkan ke kiri dengan posisi badan setengan telungkup dan kaki kiri lurus lutut. Paha kanan ditekuk diarahkan ke dada 3. Tangan kiri diatas kepala atau dibelakang punggung dan tangan kanan diatas tempat tidur. 4. Bila pasien miring ke kanan dengan posisi badan setengan telungkup dan kaki kanan lurus, lutut dan paha kiri ditekuk diarahkan ke dada.
TREND ELENB URG	Pada posisi ini pasien berbaring di tempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah daripada bagian kaki. Posisi ini dilakukan untuk melancarkan peredaran darah ke otak.	<ul style="list-style-type: none"> • Posisi ini digunakan dalam situasi seperti hipotensi dan kedaruratan. • Mendukukung aliran balik vena ke organ-organ utama seperti otak dan jantung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien dengan pembedahan pada daerah perut • Pasien shock • Pasien hipotensi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Pasien dalam keadaan berbaring, kemudian miringkan ke kiri dengan posisi badan setengan telungkup dan kaki kiri lurus lutut. Paha kanan ditekuk diarahkan ke dada. 3. Tangan kiri diatas kepala atau dibelakang punggung dan tangan kanan diatas tempat tidur. 4. Bila pasien miring ke kanan dengan posisi badan setengan telungkup dan kaki kanan lurus, lutut dan paha kiri ditekuk diarahkan ke dada.

POSISI	DEFENISI	TUJUAN	INDIKASI	PROSEDUR
				5. Tangan kanan diatas kepala atau dibelakang punggung dan tangan kiri diatas tempat tidur
DORSAL RECTUMBENT	Pada posisi ini pasien berbaring terlentang dengan kedua lutut flexi (ditarik atau diregangkan) diatas tempat tidur.	Membantu membuka area genitalia	Posisi ini dilakukan untuk merawat dan memeriksa genetalia serta pada proses persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Pasien dalam keadaan berbaring terlentang, letakkan bantal diantara kepala dan ujung tempat tidur pasien dan berikan bantal dibawah lipatan lutut 3. Berikan balok penopang pada bagian kaki tempat tidur atau atur tempat tidur khusus dengan meninggikan bagian kaki pasien.
LITHOTOMY	Posisi berbaring telentang dengan mengangkat kedua kaki dan menariknya ke atas bagian perut.	Posisi ini dilakukan untuk memeriksa genitalia pada proses persalinan, dan memasang alat kontrasepsi.	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu hamil • Persalinan • anita yang ingin memasang alat kontrasepsi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dalam keadaan berbaring telentang, kemudian angkat kedua paha dan tarik ke arah perut 2. Tungkai bawah membentuk sudut 90 derajat terhadap paha 3. Letakkan bagian lutut/kaki pada tempat tidur khusus untuk posisi lithotomi 4. Pasang selimut

POSISI	DEFENISI	TUJUAN	INDIKASI	PROSEDUR
Posisi Genu pectrocal / Knee chest	Pada posisi ini pasien menungging dengan kedua kaki di tekuk dan dada menempel pada bagian alas tempat tidur.	Mempermudah pemeriksaan daerah rektum, sigmoid, dan vagina.	Pemeriksaan daerah rektum, sigmoid, dan vagina.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk posisi menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada mencmpel pada kasur tempat tidur. 2. Pasang selimut pada pasien.
Prone	Posisi pasien telungkup(tengkurep) dengan kepala menghadap kesamping.	<ul style="list-style-type: none"> • Mencegah kontraktur fleksi pada bokong dan lutut. • Meningkatkan drainase dari mulut, oleh karena itu sangat bermanfaat untuk pasien paska operasi mulut dan tenggorokan. 	Drainase dan kontraktur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atur tempat tidur pada posisi datar. Ambil semua bantal dan perlengkapan lain yang digunakan pada posisi sebelumnya. 2. Letakkan bantal pada tempat tidur bagian atas. 3. Atur posisi pasien pada bagian atas tempat tidur. Ajak pasien bekerja sama. Balikan pasien. 4. Hadapkan kepala pasien ke satu sisi, letakkan bantal kecil di bawah kepala tetapi tidak sampai bahu. 5. Letakkan bantal kecil dibawah perut mulai dari diafragma sampai krista illaka. 6. Letakkan bantal dibawah kaki, mulai dari tumit hingga lutut.

PEMERIKSAAN FISIK

Capaian Pembelajaran

37. Mahasiswa/I mampu menjelaskan pemeriksaan fisik pasien *head to toe*
38. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan pemeriksaan fisik *head to toe*
39. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan fisik *head to toe*

Pengertian :

1. Pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu sistem atau suatu organ tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), dan mendengarkan (auskultasi).
2. Pemeriksaan tubuh klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien dengan menilai dan penampakan pasien dalam saat keadaan sakit / dirawat.

Tujuan :

1. Mendapatkan data tentang keadaan pasien secara lengkap
2. Menambah, menginformasi atau menyangkal data yang diperoleh dalam riwayat keperawatan
3. Menginformasi dan mengidentifikasi diagnosa keperawatan
4. Membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalaksanaannya
5. Mengevaluasi hasil fisiologis dari asuhan keperawatan

PROSEDUR PEMERIKSAAN FISIK

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Pengkajian	Mengkaji tanda – tanda vital pasien	<i>Untuk mendeteksi gangguan, kelainan atau perubahan pada sistem pada tubuh pasien .</i>
Prosedur	<p>Persiapan Alat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stetoskop - Tensimeter - Termometer - Jam tangan (ada jarum detik) - Penlight - Refleks Hammer - Sampul Buku dengan berbagai ukuran huruf. - Spatel - Meteran - Timbangan - Pena - Pensil berwarna (biru, merah, hijau) - Form dokumentasi <p>Cara Kerja</p> <p>✓ Tahap Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pengecekan program tindakan keperawatan • Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan • Menempatkan alat diatas meja mayo dekat pasien <p>✓ Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan salam kepada pasien dengan perkenalkan diri pada pasien / keluarga • Jelaskan tujuan dan maksud kedatangan yang akan melakukan pemeriksaan fisik <p>✓ Tahap Kinerja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mintalah izin kepada pasien sebelum melakukan pemeriksaan fisik 	<i>Dengan adanya pengkajian dan penilaian keadaan tubuh secara keseluruhan</i>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>(sebelum menyentuh tubuh pasien yang akan diperiksa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setelah cuci tangan dan dekatkan ke pasien alat – alat yang akan digunakan. • Tutup tirai kamar pasien untuk menjaga privasi pasien. • Lakukan pemeriksaan tanda tanda vital: suhu, nadi, respirasi, dan tekanan darah • Timbang berat badan dan tinggi badan pasien. <p>Inspeksi : kulit kepala , posisi, bentuk dan kesimetrisan kepala, warna, & kebersihan (berketombe, berbau) adanya pedikulus humanus kapitis (kutu rambut)& bentuk (apakah ada lesi/pembengkakan).</p> <p>Palpasi : nyeri, benjolan / massa, lesi (Vesicula, Pustula, Crusta, Dermatitis) tekstur, distribusi dan kekuatan / kerontokan. penekanan ibu jari pada dahi untuk mengetahui hidrasi pada pasien “<i>Fingger Print</i>”</p> <p>Inspeksi: Kaji adanya pustula (jerawat), papula (gigitan nyamuk), nevus pigmentosus (tahi lalat), massa, vesicula & bulla.</p> <p>Mata Inspeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisi mata dalam perbandingan antara satu dan lainnya. • Kelopak mata, edema dan benjolan, jika ada lesi catat ukuran, bentuk, penyebaran dan pengeluaran cairan. • Kaji adanya kemerahan, jaringan lunak area orbital, & edema palpebrae (mudah terlihat / tampak saat pasien baru bangun tidur / berbaring lama). Perhatikan 	<p><i>Mendeteksi terjadinya gangguan pada tubuh pasien jika adanya massa atau gangguan lainnya seperti gangguan personal hygiene pasien</i></p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>frekwensi reflek berkedip. Keadaan kelopak mata yang selalu tertutup (<i>Ptosis</i>) dan kelopak mata yang tidak menutup rapat (<i>Lagophthalmus</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji adanya <i>eksophthalmus</i> pada pasien yang mengalami hipertiroidisme. • Kaji alis untuk ukuran, distribusi dan tekstur rambut dan minta klien untuk menaikkan dan menurunkan alis mata, amati pergerakannya. • Posisi rambut mata, normalnya melengkung ke atas. • Kelenjar lakrimal pada dinding luar atas anterior tulang orbital terhadap edema dan kemerahan. • Pupil :Bagaimana refleks pupil terhadap cahaya (baik / tidak). Apakah besarnya sama dan bulat? (Pupil mengecil / melebar secara bersamaan) → <i>Isokort</i> / <i>Anisokort</i>. Pupil yang mengecil disebut <i>miosis</i>, dan amat kecil disebut <i>pinpoint</i>, sedangkan pupil yang melebar/ dilatasi disebut <i>midriasis</i>. • Kornea dan iris : Adakah peradangan, bagaimana gerakan bola mata (normal / tidak). • Lakukan test ketajaman penglihatan dengan melakukan pemeriksaan lapang pandang dengan membaca dengan jarak 60 cm dan menutup salah satu mata. Penglihatan warna dengan menggunakan kartu snellen (Ichihara). Tentukan ketajaman penglihatan klien bandingkan dengan mata normal*) <p>Palpasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Palpebrae : Dengan cara meraba menggunakan tiga jari pada palpebrae untuk merasakan apakah ada penumpukan cairan, atau pasien dehidrasi bila teraba cekung 	<p><i>mendeteksi ada tidaknya perdarahan pada cerebral</i></p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>✓ Tekanan Intra Okular (T.I.O). Dengan dua jari telunjuk memeriksa membandingkan TIO bola mata kiri dan kanan dengan cara tekanan berganti pada bola mata atas dengan kelopak mata tertutup kewaspadaan terhadap glaucoma umumnya terhadap pasien berumur lebih dari 40 tahun.</p> <p>Hidung Inspeksi :</p> <p>✓ Hidung eksternal (bentuk, ukuran, warna, kesimetrisan), rongga, hidung. Dikaji apakah ada kotoran hidung, sekret, polip, defiasi tulang,& pembengkakan. (lesi,secret, sumbatan, pendarahan), hidung internal (kemerahan, lesi, tanda-tanda infeksi). Normal : simetris Ka.Ki, warna sama dengan warna kulit lain, tidak ada lesi, tidak ada sumbatan, perdarahan / epitaksis dan tanda-tanda infeksi.</p> <p>Palpasi :</p> <p>✓ Sinus (maksilaris, frontalis, etmoidalis, sphenoid).</p> <p>Telinga Inspeksi :</p> <p>✓ Lihat kesimetrisan kedua daun telinga</p> <p>✓ Lihat adanya luka/bekas luka pada telinga dan sekitarnya</p> <p>✓ Lihat apakah ada darah atau sekret yang keluar</p> <p>✓ Lihat apakah gendang telinga dalam kondisi utuh atau tidak.</p> <p>✓ Palpasi :</p> <p>✓ Palpasi telinga pada daerah tragus, normalnya tidak akan terasa nyeri. Jika terjadi nyeri kemungkinan ada infeksi di dalam saluran telinga, selain itu warna tragus akan tampak memerah (radang).</p>	<p><i>Mendeteksi/ mencegah terjadinya gangguan saluran nafas atas.</i></p> <p><i>Mendeteksi terjadinya Otitis media akut</i></p> <p><i>Mendeteksi ketulian</i></p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>✓ Palpasi kelenjar limfe di sekitar aurikel</p> <p>Pemeriksaan Pendengaran Tujuan: menentukan adanya penurunan fungsi pendengaran dan menentukan jenis tuli persepsi atau konduksi. Teknik pemeriksaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Voice Test (tes bisik) ✓ Test garputala <ul style="list-style-type: none"> • Rinne test • Weber test • Scwabach Test ✓ Test Audiometri <p>Mulut : Inspeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kaji adanya bau mulut, radang mocosa (stomatitis), dan adanya aphtae ✓ Bibir, gunakan pen light & spatel lidah untuk memudahkan inspeksi amati, warna (pucat/ cianosis pucat pd anemis , merah karena peradangan, sianosis akibat kekurangan oksigen , & keracunan) ,kelembaban (kekeringan / pecah-pecah pada dehidrasi / malnutirsi dan avitaminosis ; lesi/cheilosis). ✓ Gigi-geligi : diperiksa adanya makanan, karang gigi, caries, sisa akar, gigi yang tanggal, perdarahan, abses, benda asing, gigi palsu, keadaan gusi, meradang. ✓ Lidah : kotor/coated, akan ditemui pada keadaan: hygiene mulut yang kurang, demam thypoid, tidak suka makan, pasien coma, perhatikan pula tipe lidah yang hipertemik yang dapat ditemui pada pasien typoid fever ✓ Tonsil : Tonsil diperiksa pakah ada pembengkakan atau tidak. Diukur berdasarkan panduan sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> ✓ T0 – bila sudah dioperasi 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ T1- ukuran normal yang ada ✓ T2 - pembesaran tonsil tidak sampai garis tengah ✓ T3- pembesaran mencapai garis tengah ✓ T4- pembesaran melewati garis tengah. ✓ Pharynx : dinding belakang oropharynx diperiksa apakah ada peradangan, pembesaran adenoid, dan lender/secret yang ada. <p>Pemeriksaan Leher & Toraks.</p> <p>Leher</p> <p>Inspeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Amati bentuk leher, warna kulit, (adanya) jaringan parut, pembengkakan, (adanya) massa. Pengamatan dilakukan secara sistematis mulai dari garis tengah sisi depan leher, samping, dan belakang ✓ Inspeksi tiroid bentuk dan besarnya tampak nyata & Terlihatnya. Normalnya, kelenjar tiroid tidak dapat dilihat. ✓ Minta klien untuk memfleksikan leher dengan dagu kedepan hiperekstensikan leher sedikit kebelakang, dan gerakan menyamping ke masing-masing sisi kemudian ke samping sehingga telinga bergerak kearah bahu. Hal ini dilakukan untuk menguji otot - otot sternomastoideus & trapezius. Dan dapat melihat ada tidaknya kaku kuduk / tengkuk untuk mengetahui peradangan pada Sub-Arachnoid (SAH) / rangsangan meningeal. ✓ Inspeksi trachea untuk melihat adanya deviasi trachea, simetris, asimetris. ✓ Inspeksi dilakukan untuk melihat adanya pembesaran, peradangan 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>pada limfonodi seperti penyakit tuberculosis, limfoma maligna, metastase, HIV/ AIDs.</p> <p>✓ Palpasi :</p> <p>✓ Kelenjar tiroid : satu tangan dari samping atau dua tangan dari arah belakang, jari-jari meraba permukaan kelenjar dan pasien diminta menelan rasakan.</p> <p>✓ Apakah terasa ada pembengkakan pada Kelenjar Getah Bening di area sekitar</p> <p>✓ Palpasi trachea dilakukan dengan cara ujung jari telunjuk dan jari manis menekan pada daerah <i>m. sternocleidomastoideus</i> kanan dan kiri dengan trachea dan pasien diminta menelan ludah. Bandingkan pada kedua sisi. Bila kedua jari tangan bisa masuk maka posisi trachea normal, tetapi bila salah satu jari ada yang terhalang masuk, artinya ada deviasi ke arah sisi ini. Deviasi trachea dapat juga disebabkan oleh adanya kelainan dirongga dada, seperti atelektasis, masa tumor paru atau pneumothorak yang luas.</p> <p>✓ Pemeriksaan Pembuluh Darah Vena Jungulari (JVP merupakan gambaran / cermin secara tidak langsung atas fungsi pemompaan ventrikel. Maka menilai tekanan vena jungularis adalah :</p> <p>= 5-a cm air (bila dibawah bidang horizntal)</p> <p>= 5+a cm air (bila diatas bidang horizontal)</p> <p>Angka 5 berasal dari jarak Atrium Kanan ke titik Angulus Ludovici. Nilai normal JVP = 5-2 cm air.</p> <p>Toraks & Paru - paru :</p> <p>Inspeksi :</p>	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>Macam-macam pola pernafasan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eupnea : Irama dan kecepatan pernafasan normal. ✓ Takipneu : Peningkatan kecepatan pernafasan. ✓ Bradipnea : Lambat tapi merupakan pernafasan normal. ✓ Apnea : Tidak terdapatnya pernafasan ✓ Chene Stokes : Pernafasan secara bertahap lebih cepat dan dalam, dan melambat diselingi periode apnea. ✓ Biot's : Pernafasan cepat dan dalam dengan berhenti tiba-tiba . ✓ Kusmaul : Pernafasan cepat dan dalam tanpa berhenti. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inspeksi dari depan, belakang, kiri dan kanan dada. ✓ Dalam keadaan normal, gerakan toraks apakah dalam keadaan simetris pada saat inspirasi dan ekspirasi. ✓ Perhatikan bentuk dada pasien (Pigeon chest sternum, Funnel chest, Flat chest anterior, & Barrel chest) . ✓ Warna kulit dan keadaan sekitar toraks (apakah sama dengan warna kulit lainnya) & adakah lesi, haematoma, massa di area sekitar toraks. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Palpasi : Palpasi dinding toraks dengan menggunakan seluruh telapak tangan dan jari tangan kanan dan kiri dengan maksud untuk meraba getaran dinding dada pasien sewaktu mengucapkan kata “<i>tujuh puluh tujuh</i>” secara berulang . Dan gerakan ini disebut Vocal Fromitus. ✓ Digunakan untuk memeriksa denyutan, rasa sakit, spasme otot, kekakuan otot, tekstur permukaan 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>kulit, temperatur, dan massa (ukuran, lokasi, konsistensi, dan batas lesi).</p> <p>✓ Perkusi : Penjalaran gelombang suara ditentukan oleh kepadatan media yang dilalui gelombang tersebut dan jumlah antar permukaan diantara media yang berbeda kepadatannya, hal ini disebut <u>Resonansi</u>. Udara dan gas paling resonan, jaringan keras padat kurang resonan. Tergantung pada isi jaringan yang berada di bawahnya, maka akan timbul berbagai nada yang dibedakan menjadi 5 kualitas dasar nada perkusi yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nada suara pekak : dihasilkan oleh massa padat, seperti pada adanya cairan di rongga pleura, perkusi daerah jantung dan perkusi daerah hepar. ✓ Nada suara redup : dihasilkan oleh perkusi di atas hati. ✓ Nada suara sonor/ resonan : dihasilkan oleh perkusi di atas paru normal. ✓ Nada suara hipersonor : dihasilkan oleh perkusi di atas paru yang emfisematous dan akan jelas nada suara ini pada bentuk dada Barrel Chest. ✓ Nada suara timpani : dihasilkan oleh perkusi di atas gelembung udara (lambung & usus) <p>Auskultasi : Mendengarkan suara yang didengar saat pemeriksaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suara Nafas : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vesicular, suara nafas vesicular terdengar di semua lapangan paru yang normal , bersifat halus dan nada rendah, inspirasi lebih panjang dari expirasi. 	

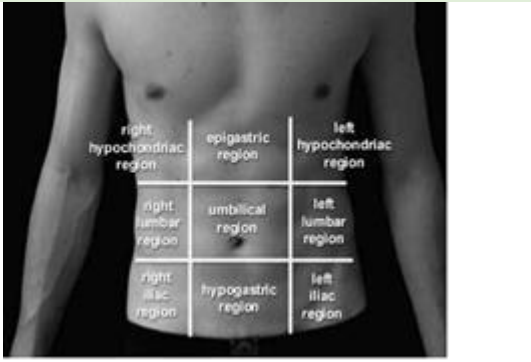
Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Broncho Vesicular, suara nafas yang terdengar dipercabangan broncus dan trachea. Jadi, sekitar sterum dan regio interscapular, nadanya sedang dan lebih kasar dibandingkan vesicular, inspirasi sama panjang dengan ekspirasi. ✓ Bronchial, suara nafas bronchial yag terdengar di daerah trachea dengan suaranya bersifat kasar, nada tinggi , inspirasi lebih pendek dibandingkan ekspirasi. ✓ Suara Ucapan (Vocal Resonans) Pasien dianjurkan untuk menyebutkan “Tujuh puluh tujuh” dan pemeriksa mendengarkan dengan stetoskop secara sistemik di lapangan paru serta membandingkannya kiri dan kanan. ✓ Suara normal : intensitas dan kualitas di paru kiri sama dengan paru kanan. ✓ Bronchophoni : suara terdengar jelas ucapannya dan lebih keras dibandingkan daerah sisi lain (akibat dari adanya proses pepadatan / konsolidasi paru) ✓ Pectoriloquy : Suara terdengar “jauh” dan tidak jelas “ Nggereyem. Bisa disebabkan adanya atelektasisatau effusion. ✓ Egophony : Suara bergema seperti hidung tersumbat (bindeng) ✓ Suara Tambahan : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crackles : jenis suara yang bersifat discontinuous (terputus-putus), pendek, dan kasar. Suara ini umumnya terdengar pada proses inspirasi. Suara crackles ini juga sering disebut dengan nama rales atau crepitation. Suara ini dapat diklasifikasikan sebagai fine, yaitu memiliki pitch tinggi, lembut, sangat singkat. Atau sebagai coarse, yaitu pitch rendah, lebih keras, tidak terlalu singkat. Suara seperti berkumur atau gesekan kelereng “ crekk.....lee... 	<p><i>Mendeteksi terjadinya obstruksi paru</i></p>

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p><u>crekk lell</u> Kondisi yang berhubungan dengan terjadinya crakle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Asma ✓ Bronchiectasis ✓ Chronic bronchitis ✓ ARDS ✓ Early CHF ✓ Consolidation ✓ Interstitial lung disease ✓ Pulmonary edema <ul style="list-style-type: none"> • Wheezing : jenis suara yang bersifat kontiniu, memiliki pitch tinggi, lebih sering terdengar pada proses ekspirasi. Suara ini terjadi saat aliran udara melalui saluran udara yang menyempit karena sekresi, benda asing ataupun luka yang menghalangi. Terdengar bunyi musikal “Nggiiiiiiii.....ik”. Kondisi yang menyebabkan wheezing : <ul style="list-style-type: none"> • Asthma • CHF • Cronic bronchitis • COPD • Pulmonary edema ✓ Ronchi : jenis suara yang bersifat kontiniu, pitch rendah, mirip seperti Wheezing. Tetapi dalam ronchi jalan udara lebih besar, atau sering disebut coarse ratling sound. Suara ini menunjukkan halangan pada saluran udara yang lebih besar oleh sekresi. Kondisi yang berhubungan dengan terjadinya ronchi yaitu : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pneumonia ✓ Asthma ✓ Bronchitis ✓ Bronkopasme ✓ Stridor : suara Wheezing pada saat inspirasi yang terdengar keras pada trachea. Stridor menunjukkan indikasi luka pada trachea atau pada larynx sehingga sangat dianjurkan pertolongan medis. Terdengar seperti tidur mendengkur “ Ngroooo.....ok” di <u>sertai adanya sekret</u> 	

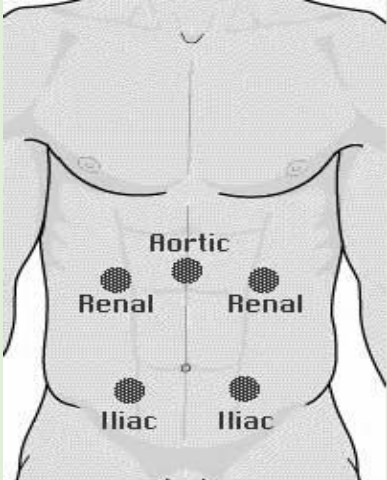
Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>✓ Pleural Rub : suara yang terdengar menggesek atau menggeretak yang terjadi saat permukaan pleural membengkak atau menjadi kasar dan bergesekan satu dan lainnya. Suaranya dapat bersifat kontiniu atau diskontiniu. Beberapa kondisi yang menyebabkan pleural rub :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pleurisy ✓ Pneumonia ✓ Tuberculosis ✓ Pleural effusion <p>Pemeriksaan Jantung.</p> <p>✓ <i>Inspeksi</i></p> <p>Amati ictus cordis : denyutan dinding torak akibat pukulan ventrikel kiri pada dinding torak, normalnya pada ICS V Mid clavikula kiriselebar 1 cm, sulit ditemukan pada klien yang gemuk.</p> <p>✓ <i>Palpasi</i></p> <p>Detak pulmonal. Normal :BJ II tidak teraba Hipertensi pulmonal: BJ II mengeras →dapat diraba di sela iga 2 tepi kiri sternum(disebut detak pulmonal/pulmonary tapping)</p> <p>✓ <i>Perkusi :</i></p> <p>Perkusi dilakukan secara sistematis dari penemuan ICS 5 (dari cranial ke kaudal sampai menemukan suara pekak, naikan 2 jari, itu ICS 5) batas kanan – ICS 5, linea sternalis dextra (perkusi ke arah medial, hingga menemukan suara peka). Batas kiri – biasanya sesuai ictus cordis (perkusi ke arah medial dari batas kanan sampai ketemu suara sonor lagi). Batas pinggang – para sternal ICS 3, sinistra (redup). Batas atas – ICS 2, dari lateral ke medial linea para sternal sinistra, sisi lateral ke medial, sisi kanan ke kiri, dari atas (fosa supra clavicula) ke bawah.</p> <p>Batas jantung normal adalah:</p>	

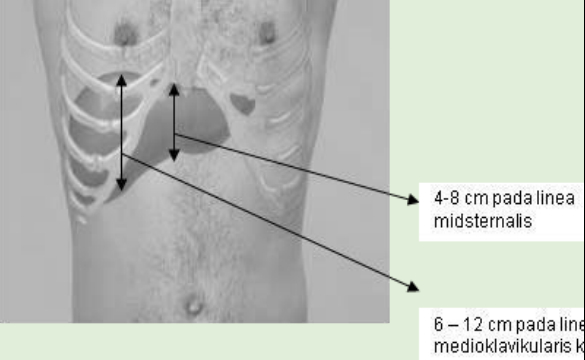
Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Batas kanan : Ruang ICS ke-3 s.d. 5 pada linea parasternal kanan. ✓ Batas kiri : Ruang ICS ke-3 linea parasternal kiri s.d. ruang ICS ke-5 linea axillaries anterior kiri. ✓ Batas atas : Ruang ICS ke-3 linea parasternal kanan s.d ICS ke-3 linea parasternal kiri. ✓ Batas bawah : Ruang ICS ke-5 linea parasternal kanan s.d. ruang ICS ke-5 linea axillaries anterior kiri. <p>• Auskultasi Minta klien untuk tidak bicara dan bernafas dengan nyaman. Mulai pemeriksaan dengan bagian diafragma dari stetoskop kemudian dengan bagian bell. Berikan penekanan ringan saat menggunakan stetoskop bagian bell. Lakukan pemeriksaan secara berurutan, jangan melompat dari satu tempat ke tempat lainnya. Jangan mendengarkan suara jantung hanya 1x saja .</p> <p>↑ Intensitas S1 dapat terdengar pada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Stenosis mitral atau stenosis trikuspid ✓ Keadaan output tinggi (latihan, anemia, dll) ✓ Sindrom interval PR yang pendek <p>↓Intensitas S1 dapat terdengar pada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Regurgitasi mitral atau regurgitasi trikuspid ✓ Sindrom curah jantung yang pendek ✓ Interval PR yang panjang ✓ Konduksi yang buruk dari bunyi yang melalui dinding dada ✓ Infark miokard yang luas. ✓ Pemisahan Fisiologis pada respirasi normal (↑split dengan inspirasi) ✓ Penyebab ↓ intensitas P2 : Hipertensi Pulmoner ✓ Penyebab dari pemisahan S2 yang luas: penundaan aktivasi elektrik dari ventrikel kanan ✓ RBBB lengkap ✓ Embolus pulmonal akut yang masif 	

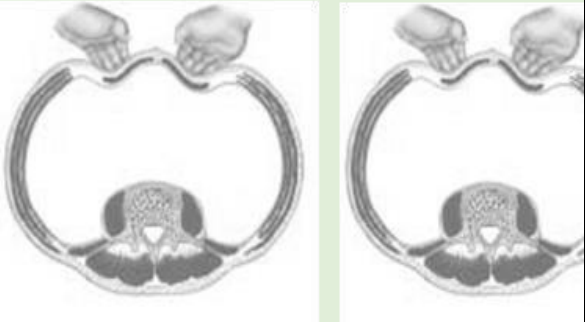

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertensi pulmonal dengan gagal jantung kanan ✓ Stenosis pulmonal dengan intak septum. ✓ Akibat pemisahan S2 yang luas dan tetap: Atrial Septal Defek. ✓ Akibat dari kemunduran atau paradoksikal dari pemisahan S2 (P2-A2) ✓ Mekanisme LV sistolik yang memanjang (seperti: aorta stenosis valvular yang berat) ✓ LBBB lengkap <p>Pemeriksaan Payudara Perempuan</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inspeksi Adakah tapak retraksi kulit daerah mammae akibat tarikan ligamentum Cowperi seperti kulit jeruk. Adakah berbau dari puting susu, ulcus, bayangan benjolan yang tampak sehingga tidak simetris. ✓ Palpasi Lengan kanan pasien ditopang dengan lengan kiri. Saat tangan kanan pemeriksa melakukan palpasi pada setiap kuadran mammae pasien dan fossa axillarisnya. Periksa elastisitasnya, adakah kekakuan/lekatan dengan dasar, periksa ada tidaknya benjolan tumor, bila ditemukan buatlah deskripsi tentang : bentuk, ukuran, konsistensi, dan keadaan permukaannya . Selanjutnya palpasi elenjar limfe axillar untuk memeriksa tumor di daerah tersebut. <p>Pemeriksaan Abdomen</p> <p>Abdomen dibagi menjadi 4 kuadran menurut dua garis imajiner yang saling tegak lurus dan berpotongan di umbilikus. Berdasarkan pembagian ini didapatkan 4 kuadran, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ RUQ : <i>Right upper quadrant</i> ✓ LUQ : <i>Left upper quadrant</i> ✓ RLQ : <i>Right lower quadrant</i> ✓ LLQ : <i>Left lower quadrant</i> 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>Sistem pembagian yang lain, abdomen dibagi menjadi sembilan regio :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hypokhondrium dekstra ✓ Epigastrium ✓ Hypokhondrium sinistra ✓ Lumbalis dekstra ✓ Umbilikalis ✓ Lumbalis sinistra ✓ Iliaka dekstra ✓ Hipogastrium ✓ Iliaka sinistra  <p>Gambar 1 : Dinding abdomen dengan pembagian 9 regio.</p> <p>Inspeksi</p> <p>Dengan berdiri di sebelah kanan penderita, perhatikan</p> <p>Kulit : Perhatikan tinggi dinding perut dibanding dinding dada, wujud kelainan kulit, jaringan parut pelebaran vena. Kemungkinan yang ditemukan : <i>pink purple striae</i> pada <i>Cushing's syndrome</i>, dilatasi vena pada sirosis hepatitis atau obstruksi vena cava inferior, jaringan parut bekas operasi, <i>cullen's sign</i> dan <i>grey turner's sign</i> (hematoma pada daerah umbilikus dan pinggang), sebagai tanda pankreatitis akut.</p> <p>Umbilikus</p> <p>Perhatikan bentuk, lokasi dan adanya tanda-tanda inflamasi atau hernia.</p> <p>Bentuk perut</p>	



Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>Perhatikan simetris, pembesaran organ atau adanya massa. Perhatikan juga daerah inguinal dan femoral. Kemungkinan yang ditemukan : tonjolan nyata, tonjolan suprapubik, hepar atau limpa yang membesar, tumor, pembesaran perut seperti bentuk perut katak.</p> <p>Adanya gelombang peristaltik Normal ditemukan pada orang yang kurus. Abnormal pada obstruksi gastrointestinal.</p> <p>Adanya pulsasi Normal : pada orang kurus terlihat pulsasi aorta abdominalis</p> <p>Aneurisma aorta : terlihat massa dengan pulsasi.</p> <p>Pulsasi epigastrium : pembesaran ventrikel kanan</p> <p>Pengamatan pada abdomen dan perhatikan adanya :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Massa, perut ataupun lesi trauma. ✓ Atrofi/hipertofi. ✓ Perubahan warna kulit. ✓ Pembengkakan. ✓ Simetri dari abdomen. ✓ Distensi abdomen. ✓ Tonjolan massa yang muncul dari bawah iga kiri dan dapat ekstensi ke arah kuadran kanan bawah. <p>Auskultasi Dengarkan suara bising usus dan catat jumlah frekuensi dan karakter bising. Normal 5 sampai 34 kali permenit. Ada beberapa kemungkinan yang dapat ditemukan, antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bising usus dapat meningkat atau menurun. Perubahan didapatkan pada diare, obstruksi usus, ileus paralitik dan peritonitis. 	


Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desiran, didapatkan pada stenosis arteri renalis. ✓ <i>Friction rubs</i>, didapatkan pada tumor hepar, infark splenikus. ✓ <i>Borborygmi</i> dan <i>metallic sound</i>, didapatkan pada ileus obstruktif.  <p>Gambar 4. Tempat-tempat untuk pemeriksaan auskultasi abdomen</p> <p>Perkusi Berguna untuk orientasi abdomen, untuk meyakinkan pemeriksaan hati, lien dan mengidentifikasi adanya cairan asites, benda padat, massa yang terisi cairan dan udara bebas di perut serta usus.</p> <p>Hepar Prosedur pemeriksaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perkusi ringan perut di linea medioklavikularis kanan di bawah level umbilikus ke arah cranial (mulai dari daerah timpani kedaerah pekak). ✓ Beri tanda tempat perubahan pekak yang merupakan batas bawah hati. ✓ Perkusi ringan dinding dada di linea medioklavikularis kanan dari cranial ke caudal (mulai dari daerah sonor ke daerah redup). ✓ Beri tanda batas peralihan ke redup. ✓ Ukur panjang antara 2 tanda tersebut yang merupakan "<i>liver spans</i>" (lebar hati). 	


Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>✓ Bila hati membesar perkusi tempat lain dan beri tanda batas tepi hati.</p> <p>✓ <i>Liver span</i> normal : 6-12 cm pada linea medioklavikularis kanan sedangkan pada linea mid sternalis 4-8 cm.</p> <p>Pada penyakit paru obstruktif pekak hati menurun tetapi <i>liver span</i> normal.</p> <p><i>Liver span</i> melebar : hepatomegali (hepatitis, CHF), efusi pleura kanan.</p> <p><i>Liver span</i> menyempit : hepar kecil (sirosis hepatis), udara bebas di bawah diafragma.</p>  <p>Langkah perkusi bila mencurigai adanya splenomegali :</p> <p>✓ Perkusi sela iga terendah di linea aksilaris anterior kiri. Pada daerah ini terdengar suara timpani. Minta penderita tarik napas dalam dan tahan napas. Perkusi lagi di tempat yang sama. Dalam keadaan normal suara tetap terdengar timpani. Berarti tidak ada splenomegali.</p> <p>✓ Bila dicurigai terdapat splenomegali maka lakukan perkusi dari berbagai arah mulai dari redup atau timpani ke arah daerah pekak yang diduga limpa sehingga bisa memberikan gambar batas-batas lien.</p> <p>✓ Titik Castell. Perkusi sela iga terendah pada garis aksila anterior kiri. Biasanya akan terdengar perkusi timpani di area ini. Kemudian minta</p>	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p data-bbox="597 233 1075 485">pasien untuk mengambil napas dalam-dalam, dan lakukan perkusi lagi. Jika ukuran limpa normal, perkusi yang terdengar biasanya tetap timpani. Tentunya dengan terdengarnya perkusi beda, dapat disangkakan adanya splenomegali.</p> <p data-bbox="505 527 764 558">Aorta Abdominalis</p> <ul data-bbox="553 562 1068 705" style="list-style-type: none"> ✓ Letakkan tangan kanan di perut bagian atas lateral dari linea mediana. ✓ Tekan agak kuat dan dalam dan identifikasikan pulsasi <div data-bbox="505 743 1086 1062">  </div> <p data-bbox="505 1066 1075 1136">Gambar 4: Ilustrasi pemeriksaan aorta abdominalis</p> <div data-bbox="505 1173 1032 1535">  </div> <p data-bbox="505 1539 980 1570">Gambar 5: Menilai pembesaran aorta</p> <p data-bbox="505 1577 716 1608">Palpasi Hepar :</p> <p data-bbox="505 1614 802 1646">Langkah pemeriksaan :</p> <ul data-bbox="553 1650 1075 1896" style="list-style-type: none"> ✓ Letakkan tangan kiri anda di belakang penderita sejajar dan menopang iga 11 dan 12. ✓ Ingatkan penderita untuk rileks. ✓ Tekankan tangan kiri ke ventral sehingga hati akan mudah teraba dari depan. 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Letakkan tangan kanan anda pada perut sisi kanan lateral otot rektus dengan ujung jari tangan tepat di bawah daerah pekak hati. ✓ Arah jari bisa ke arah cranial penderita. ✓ Minta penderita menarik nafas dalam. Raba tepi hepar yang menyentuh jari anda. Catat dan berikan tanda pada tempat hati teraba. ✓ Lakukan penilaian ukuran hati, bentuk tepi hati, permukaan, konsistensi , nyeri tekan atau tidak. ✓ Untuk mengetahui pembesaran hati dilakukan pengukuran jarak dari tepi kanan arkus kosta pada garis midklavikula ke arah garis yang dibuat. <div data-bbox="501 924 1016 1268" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="501 1272 846 1308">Gambar 3: <i>Deep Palpation</i></p> <div data-bbox="550 1344 1084 1717" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="550 1722 1008 1797">Gambar 4. Menilai <i>tenderness</i> pada hepar yang tak teraba</p>	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	 <p data-bbox="505 590 816 625">Gambar 5. Palpasi hepar</p> <p data-bbox="505 659 565 695">Lien</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dengan melingkari penderita, tangan kiri diletakkan di belakang bagian bawah iga-iga kiri dan didorongkan keventral . ✓ Untuk memulai palpasi letakkan tangan kanan di bawah dugaan tepi limpa dan tekankan ke arah limpa. ✓ Minta penderita bernapas dalam dan rasakan tepi limpa yang akan turun ke caudal dan menyentuh jari anda. ✓ Setelah tepi limpa teraba lanjutkan palpasi ke arah lateral dan medial di mana akan teraba incisura lienalis. ✓ Ukuran pembesaran mengikuti garis Shuffner. Garis Shuffner adalah garis imajiner yang dibuat mulai dari pertengahan arcus costa kiri melalui umbilikus menuju ke SIAS kanan. Garis ini dibagi menjadi 8 skala shuffner. 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p data-bbox="505 233 1032 302">Gambar 6. Pemeriksaan lien, palpasi lien dengan tangan kanan</p> <p data-bbox="505 338 591 373">Ginjal</p> <p data-bbox="505 380 691 415">Ginjal Kanan</p> <ul data-bbox="505 422 1078 1003" style="list-style-type: none"> ✓ Letakkan tangan kiri di belakang penderita tepat di bawah dan paralel dengan iga 12 dan ujung jari tepat di sudut kostovertebra kanan, kemudian dorong ginjal ke arah ventral. ✓ Letakkan tangan kanan secara halus di kwadran kanan atas di lateral dan paralel terhadap tepi otot rektus sedikit di caudal lengkung iga kanan. ✓ Minta penderita inspirasi dalam. Pada akhir inspirasi tekan tangan kanan kuat dan dalam dan raba ginjal kanan antara 2 tangan. ✓ Penderita disuruh ekspirasi, bersamaan itu tekanan tangan kanan dikurangi pelan-pelan. <p data-bbox="505 1039 656 1075">Ginjal Kiri</p> <p data-bbox="505 1081 1078 1150">Prinsipnya sama dengan ginjal kanan, bedanya :</p> <ul data-bbox="505 1157 1078 1331" style="list-style-type: none"> ✓ Periksa pindah ke sisi kiri penderita. ✓ Gunakan tangan kanan untuk mendorong ginjal ke arah dorsal. ✓ Gunakan tangan kiri untuk melakukan palpasi dari ventral.  <p data-bbox="505 1766 886 1801">Gambar 7. Pemeriksaan ginjal</p> <p data-bbox="505 1837 997 1873">Perkusi Ginjal Kiri & Ginjal Kanan</p>	

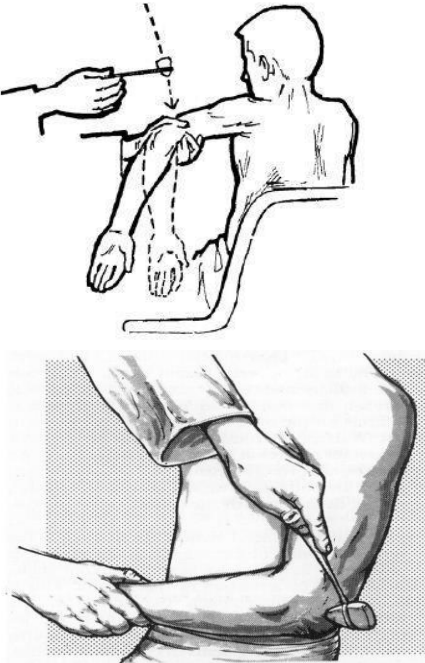
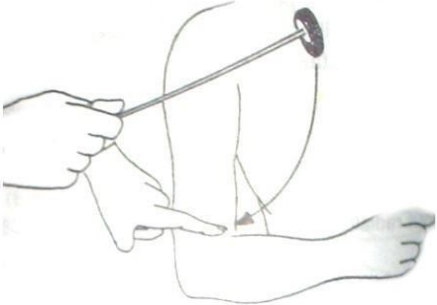
Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>Dilakukan penekanan atau pukulan pada sudut kostovertebra.</p>  <p>Gambar 8: Pemeriksaan nyeri ginjal</p> <p>Limpa</p> <p>Dengan tangan kiri yang menjangkau rongga dada sebelah kiri-belakang pasien, dorong ke depan rongga dada tersebut. Dan tangan kanan berada di bawah batas iga kiri, kemudian tekan ke arah limpa. Palpasi sebaiknya dimulai dengan posisi cukup rendah sehingga tangan kanan berada di bawah limpa yang membesar.</p> <p>Jika tangan kanan terlalu dekat dengan batas iga, pergerakan tangan tidak cukup untuk mencapai bawah iga. Setelah tangan kanan berada di bawah iga, minta pasien untuk mengambil napas dalam-dalam, dan rasakan ujung atau tepi limpa saat turun dan menyentuh ujung jari.</p> <p>Nilai kekerasan dan kontur limpa. Selanjutnya mengukur jarak antara titik limpa terendah (yang teraba) dan batas iga kiri. Pada sekitar 5% dari orang dewasa normal, ujung limpa dapat teraba, penyebab adalah diafragma yang rendah dan datar, seperti pada penyakit paru obstruktif kronik, dan penurunan yang sangat dalam dari diafragma inspirasi.</p> <p>Walaupun klasifikasi pembesaran limpa banyak yang beredar di dunia, dan untuk</p>	

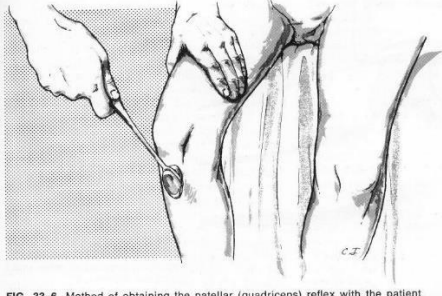
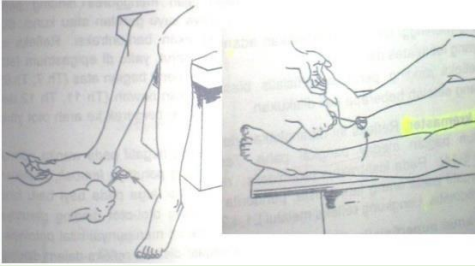

Tahap	Langkah – langkah	Rasional														
	<p>Indonesia mengenal garis Schuffner, tetapi WHO memakai klasifikasi dari Hackett untuk menjelaskan pembesaran limpa ini :</p> <table><tr><th>Tkt</th><th>Keterangan</th></tr><tr><td>0</td><td>Limpa tidak teraba bahkan pada inspirasi dalam</td></tr><tr><td>1</td><td>Limpa hanya teraba pada batas bawah iga saat inspirasi dalam</td></tr><tr><td>2</td><td>Limpa teraba tetapi tidak melampaui garis horizontal pertengahan antara batas iga dan umbilikus</td></tr><tr><td>3</td><td>Limpa teraba telah melampaui garis horizontal pertengahan antara batas iga dan umbilikus. Tetapi tidak mencapai umbilikus.</td></tr><tr><td>4</td><td>Limpa teraba di bawah umbilikus tapi tidak di bawah garis horizontal antara umbilikus dan symphysis pubis.</td></tr><tr><td>5</td><td>Lebih rendah dari kelas 4</td></tr></table> <p>Pemeriksaan Genetalia & Anus</p> <p>Genetalia Pria</p> <p>Inspeksi Penis</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Lihat adanya kelainan kulit preputium, tanda radang, perubahan warna.✓ Bila belum dilakukan circuncisi pemeriksaan penis didahului dari lubang preputium, lubang yang terlalu sempit dinamakan <u>phymosis</u> yang mengakibatkan preputium tidak bisa diretraksi, penumpukan smegma, balanitis, ISK, keganasan.✓ Glans penis dinilai mulai dari OUE, lihat produk yg keluar dari OUE (urin, sperma, nanah, darah, batu, udara, feces), ukuran OUE yang terlalu kecil bisa karena meatal stenosis, letak OUE di ventral (hipospadia) tidak boleh dilakukan circuncisi, letak OUE di dorsal (epispadia).✓ Balanitis, kondiloma akuminata, karsinoma. - Batang penis diperiksa sisi dorsal (corpos cavernosus & AV dorsalis), sisi ventral (corpus spongiosus yang berisi urethra) dilihat tanda radang, perubahan warna kulit, & fistel. <p>Kelenjar Inguinal</p> <p>Lihat adanya tanda radang, perubahan warna kulit, massa, ulkus</p>	Tkt	Keterangan	0	Limpa tidak teraba bahkan pada inspirasi dalam	1	Limpa hanya teraba pada batas bawah iga saat inspirasi dalam	2	Limpa teraba tetapi tidak melampaui garis horizontal pertengahan antara batas iga dan umbilikus	3	Limpa teraba telah melampaui garis horizontal pertengahan antara batas iga dan umbilikus. Tetapi tidak mencapai umbilikus.	4	Limpa teraba di bawah umbilikus tapi tidak di bawah garis horizontal antara umbilikus dan symphysis pubis.	5	Lebih rendah dari kelas 4	
Tkt	Keterangan															
0	Limpa tidak teraba bahkan pada inspirasi dalam															
1	Limpa hanya teraba pada batas bawah iga saat inspirasi dalam															
2	Limpa teraba tetapi tidak melampaui garis horizontal pertengahan antara batas iga dan umbilikus															
3	Limpa teraba telah melampaui garis horizontal pertengahan antara batas iga dan umbilikus. Tetapi tidak mencapai umbilikus.															
4	Limpa teraba di bawah umbilikus tapi tidak di bawah garis horizontal antara umbilikus dan symphysis pubis.															
5	Lebih rendah dari kelas 4															

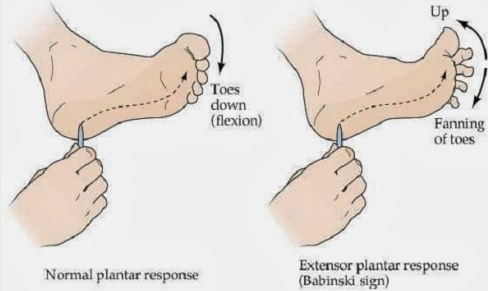
Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>Scrotum Testis kiri biasanya tergantung lebih rendah dari pada testis kanan</p> <p>Palpasi . <u>Palpasi gland penis.</u> Palpasi bagian dorsal dari batang penis, berisi corpus cavernosus, bila teraba bagian yang keras (plaque), dapat disebabkan : ✓ Peyronie’s disease ✓ Vena dorsalis yang mengalami trombosis . ✓ Karsinoma Palpasi bagian ventral dari batang penis: ✓ Striktura ✓ Karsinoma uretra ✓ Ekstravasasi urin dengan jaringan parut (cicatrix).</p> <p><u>Penyebab pembesaran kelenjar inguinal.</u> ♣ Penis : karsinoma, chancroid, sipilis, balanitis ♣ Tiap peradangan atau tumor yang berasal dari : skrotum, vulva, anus, tungkai. ♣ Pembesaran kelenjar-kelenjar limfe yang sistemik. Pada orang normal, biasanya kelenjar limfe inguinal dapat diraba.</p> <p>Pemeriksaan Scrotum Dilakukan dengan ibu jari pada satu bidang dan jari telunjuk serta jari tengah kanan yang bersangkutan di bidang sebelahnya. “Mass” yang besar lebih mudah diraba dengan menggunakan kedua tangan. Perabaan isi skrotum hendaknya sistematis dengan urutan sebagai berikut : 1. Testis 2. Epididimis (kaput, korpus, kauda) 3. Funikulus 4. Meatus Inguinalis eksternus</p> <p>Genetalia Wanita Inspeksi Labia majora Lakukan dengan ibu jari dan telunjuk tangan dominan. Catat jika massa & perlukaan</p>	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>Lihat kesimetrisannya , persebaran warna , adanya bercak kemerahan atau ada sekret abnormal yang dihasilkan (warna, bau, beberapa lama dihasilkan, serta rasa gatal). Normalnya labia minora bewarna merah muda cerah.</p> <p>Palpasi Vagina , Uterus, & Ovarium : Letak, ukuran, konsistensi dan massa.</p> <p>Anus Inspeksi Amati adanya jaringan parut, ekskoriasi, tonjolan kulit, ulkus, fisura, fistula hemoroidal eksternal.</p> <p>Palpasi Adanya nyeri pada daerah anus, didapatkan pada saat melakukan rectal toucher :</p> <p>Tonus musculus sphinter ani : normal, meningkat atau menurun</p> <p>Bulbocavernosus reflek : normal, meningkat, atau menurun</p> <p>Lumen, ekstra lumen, dinding rectum : terdapat massa atau tidak.</p> <p>Pemeriksaan Ekstremitas (Lengan & Tungkai) ✓ Adanya lesi & , massa, krepitasi di sekitar area ekstremitas. Postur tubuh : Skoliosis, Kifosis, Lordosis. Pada pasien yang mengalami Oedema di daerah pretibia, sekitar malleolus, dorsum pedis dan jari –jari. Selain itu, oedema bisa terjadi di palpebrae, tulang sacrum pada pasien dengan tirah baring lama dengan cara menekan jari ke permukaan kulit dan perhatikan kecekungan yang terjadi dan tidak segera hilang (<i>Pitting Oedema</i>). Hal ini</p>	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional												
	<p>disebabkan terjadinya penumpukan cairan di extraseluler (interstitial) . Myxedema adalah edema intraseluler yang tidak menimbulkan kecekungan dan terjadi pasien yang mengalami <i>hypothyroidisme</i></p> <p>✓ Menilai ROM (Range of Motion). Periksa kesimetrisan lengan dan tungkai, panjang dan besarnya dibandingkan sisi sinistra dan destra. Pemeriksa dapat melihat keadaan patologi tersebut pada pasien : polio, fraktur tulang, kelumpuhan, pasien dengan tirah baring (atrofi otot) . Gerakan pasif ke berbagai arah dinilai apakah mengalami hambatan/ keterbatasan gerak yang mungkin akibat dari kelainan sendi atau jaringan sekitar sendi.</p> <p>Uji kekuatan otot :</p> <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>Mampu menahan tegak yang berarti mampu menahan gaya gravitasi (saja), tapi dengan sentuhan akan jatuh.</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> <p>Menilai reflek fisiologi normal</p> <p>1. Refleks Triceps (TPR)</p> <p>Cara : ketukan pada tendon otot triceps, posisi lengan fleksi pada sendi siku dan sedikit pronasi</p>						Mampu menahan tegak yang berarti mampu menahan gaya gravitasi (saja), tapi dengan sentuhan akan jatuh.							
	Mampu menahan tegak yang berarti mampu menahan gaya gravitasi (saja), tapi dengan sentuhan akan jatuh.													

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p data-bbox="586 233 1073 302">Respon : ekstensi lengan bawah pada sendi siku.</p>  <p data-bbox="526 974 886 989">FIG. 33-2. Method of obtaining the triceps reflex.</p> <p data-bbox="526 1003 756 1039">2. Refleks Biseps</p> <p data-bbox="586 1045 1073 1184">Stimulus : ketukan pada jari pemeriksa pada tendon m.biceps brachii, posisi lengan setengah ditekuk pada sendi siku.</p> <p data-bbox="586 1190 1073 1257">Respon : fleksi lengan pada sendi siku.</p>  <p data-bbox="526 1627 756 1663">3. Refleks Pattela</p> <p data-bbox="586 1669 1073 1881">Stimulus : Pasien duduk dengan posisi tungkai menggantung. Lakukan palpasi pada sisi kanan dan sisi kiri tendon patella. Tahan daerah distal paha dengan menggunakan satu tangan, sedangkan tangan yang lain</p>	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>memukul tendon patella untuk memunculkan refleksi patella.</p> <p>Respon : Pemeriksa akan merasakan kontraksi otot kuadrisep, ekstensi tungkai bawah</p>  <p><small>FIG. 33-6. Method of obtaining the patellar (quadriceps) reflex with the patient seated.</small></p> <p>4. Refleks Archiles</p> <p>Stimulasi : tungkai bawah difleksikan sedikit kemudian kita pegang kaki pada ujungnya untuk memberikan sikap dorso fleksi ringan pada kaki. Lakukan ketukan pada tendon achilles.</p> <p>Respon : terjadinya kontraksi pada m.triceps sehingga terjadi gerakan plantar fleksi pada kaki.</p>  	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
	<p>a. Menilai reflek fisiologik normal</p> <p>Babinski : gores telapak kaki di lateral dari bawah ke atas ==> (+) bila dorsofleksi ibu jari, dan abduksi ke lateral empat jari lainnya.</p>  <p>Normal plantar response Extensor plantar response (Babinski sign)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pemeriksaan Kuku dan Kulit ✓ Inspeksi <p>Perhatikan warna kulit, bentuk kuku , ketebalan dan mobilitasnya . Kulit harus tampak halus dan utuh, keringat pasien, oedema, lesi pada kulit, injuri pada kulit, kebersihan pada kuku, & bentuk kuku.</p> ✓ Palpasi <p>Palpasi kulit untuk mengevaluasi hidrasi pasien. Untuk mengevaluasi turgor kulit cubit secara halus kulit lengan bawah atau area sternum dengan jempul dan jari telunjuk anda bila kulit cepat kembali ke bentuk semula, turgor pasien normal bila kulit lambat kembali lebih dari 30 detik atau tetap mengkerut maka turgor kulit buruk</p> <p>Palpasi kuku untuk memeriksa ketebalan kuku dan kekuatan perlekatan ke dasarnya. Dengan menekan kuku untuk memeriksa sirkulasi perifer. Perhatikan berapa lama warna kembali ketika anda melepas tekanan tadi. Warna harus kembali kurang dari 3 detik (CRT < 3 detik).</p> 	

Tahap	Langkah – langkah	Rasional
Evaluasi	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dalam catatan terintegrasi dokumentasi rekam medis pasien dengan pulpen warna – warni (Hitam untuk Tekanan Darah , Merah untuk Nadi, Biru untuk Pernapasan , Hijau untuk Suhu Tubuh) dan buat lembar pencatatan atas hasil pemeriksaan fisik pasien	<i>Dengan ada pendataan pengkajian pasien masalah keperawatan yang saat ini alami dapat terselesaikan dalam pembuatan asuhan keperawatan</i>