



Universitas
Alma Ata
The Globe Inspiring University

2023/2024



PANDUAN PRAKTIKUM KETRAMPILAN DASAR KEBIDANAN (KDK) I

Universitas
Alma Ata

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ALMA ATA

MODUL PRAKTIKUM
KETRAMPILAN DASAR KEBIDANAN I



Universitas
Alma Ata
The Globe Inspiring University

DISUSUN OLEH :

Dyah Pradnya Paramita, SST., M.Kes

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN, UNIVERSITAS ALMA ATA

TAHUN AJARAN 2023/2024

HALAMAN PENGESAHAN

Nama Matakuliah : Ketrampilan Dasar Kebidanan I

Kode Matakuliah : IB002/ 3 sks (1T, 2 P)

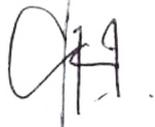
Pelaksanaan : Semester I

Dosen Pengampu :

1. Dyah Pradnya Paramita, SST., M.Kes
2. Sundari Mulyaningsih, SSiT., M.Kes
3. Restu Pangestuti, SST., MKM
4. Farida Aryani, SST., M.Keb
5. Ratih Devi A, S.ST., M.Keb
6. Ika Mustika Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Yogyakarta, September 2023

Kaprodi D III Kebidanan
Fakultas Ilmu Ilmu Kesehatan



Dyah Pradnya Paramita, SST., M.Kes

Liaison Officer



Dyah Pradnya Paramita, SST., M.Kes

Dekan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan
Universitas Alma Ata Yogyakarta




Yhona Paratmanitya, S.Gz., MPH., RD

KATA PENGANTAR

Assalaamu'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh

Puji Syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan karunia dan rahmat-Nya sehingga kami mampu menyelesaikan buku Panduan Ketrampilan Dasar Kebidanan I. Berdasarkan tujuan pendidikan program D III Kebidanan, mahasiswa dituntut untuk dapat mengembangkan tiga kemampuan profesional, yaitu **knowledge, skill, dan attitude**.

Sebagai upaya dalam mengembangkan kemampuan skill diperlukan suatu proses pembelajaran praktik dalam rangka menerapkan teori yang telah didapatkan mahasiswa di kelas dan laboratorium agar nantinya mahasiswa memiliki kemampuan yang tinggi di lahan praktik dan dapat memberikan pelayanan kebidanan sesuai standar dan prosedur yang berlaku.

Terima kasih kami ucapkan kepada semua pihak yang telah mendukung dan membantu dalam proses penyusunan buku panduan Ketrampilan Dasar Kebidanan I. ini. Diharapkan buku panduan ini dapat membantu para mahasiswa dalam mencapai target dan melakukan asuhan kebidanan sesuai standar pelayanan kebidanan.

Semoga Allah SWT memberikan kebaikan dan kemudahan kepada kita. Amin.

Wassalaamu'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh

Yogyakarta, September 2023

Liaison Officer

Dyah Pradnya Paramita, SST., M.Kes

VISI DAN MISI PROGRAM STUDI

I. VISI

Pada tahun 2035 Program Studi DIII Kebidanan menjadi Program Studi yang unggul dalam bidang Kebidanan Komunitas (Community Midwifery), mandiri, mampu bersaing di tingkat Asia, berkontribusi terhadap pembangunan kesejahteraan bangsa dan peradaban dunia dengan berlandaskan nilai - nilai keislaman dan kebangsaan Indonesia.

II. MISI

- 1. Menyelenggarakan kegiatan Pendidikan , penelitian dan pengabdian kepada masyarakat (Tri Dharma Perguruan Tinggi) di bidang Kebidanan komunitas (Community Midwifery) yang bermutu tinggi dan mampu bersaing di tingkat Asia, berlandaskan nilai-nilai keislaman dan kebangsaan Indonesia serta berkontribusi terhadap pembangunan kesejahteraan bangsa dan peradaban dunia.**
- 2. Mengimplementasikan dan menyelaraskan system dan atmosfer akademik Prodi DIII Kebidanan yang kondusif bagi terwujudnya budaya mutu (quality culture) dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi memulai pengembangan tata Kelola perguruan tinggi yang baik (Good University govermance) secara bertahap dan berkelanjutan serta berkesinambungan.**

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	1
Lembar Pengesahan.....	2
Kata Pengantar.....	3
Visi Misi Program Studi	4
Daftar Isi.....	5
Pendahuluan	6
1. Deskripsi Mata Kuliah	
2. Capaian Pembelajaran	
3. Sasaran	
4. Beban SKS	
5. Dosen Instruktur	
6. Alat dan Bahan yang dibutuhkan	
7. Tata Tertib Mahasiswa	
8. Evaluasi	
Materi dan Format Ketrampilan.....	14
1. Pencegahan dan pengendalian infeksi (cuci tangan, penggunaan APD, pemrosesan alat)	
2. Memandikan pasien	
3. Bed making	
4. Perineal hygiene	
5. Pemasangan kateter Urine	
6. Pemeriksaan Tanda Vital	
7. Terapi Oksigen	
8. Pemasangan Infus	
9. Pemeriksaan Fisik	
10. Pengaturan Posisi	
11. Pemasangan NGT dan OGT	
12. Pemberian Nutrisi Melalui NGT dan OGT	
13. Pemeriksaan EKG	
14. Perawatan Pasien Masa Krisis dalam Islam	

PENDAHULUAN

A. DESKRIPSI MATA KULIAH

Mata kuliah ini memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk menerapkan ketrampilan dasar dalam praktik kebidanan dengan memahami tentang konsep manusia, konsep sehat dan sakit baik secara umum maupun dalam perspektif Islam, konsep stres dan adaptasi, menerapkan prinsip pencegahan infeksi dan penggunaan instrumen dalam praktik kebidanan, pemeriksaan fisik, memecahkan masalah yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar klien serta melakukan asuhan pada klien yang menghadapi kehilangan dan kematian.

B. INDIKATOR KINERJA UTAMA

1. IKU 4: Kualifikasi dosen: a) berkualifikasi akademik S3; b) memiliki sertifikat kompetensi/ profesi yang diakui oleh industri dan dunia kerja; atau c) berasal dari kalangan praktisi profesional, dunia industri, atau dunia kerja
2. IKU 7: Persentase penggunaan metode pembelajaran pemecahan kasus (*case method*) atau pembelajaran kelompok berbasis proyek (*team based project*) sebagai bagian bobot evaluasi

C. CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Capaian Pembelajaran Lulusan

- a) S9 : Menjalankan praktik kebidanan sesuai dengan kompetensi, kewenangan dan kode etik profesi
- b) P6 : Menguasai konsep dasar, prinsip dan teknik bantuan hidup dasar (*Basic life support*) dan *Pasien Safety*
- c) KK9 : mampu mendemonstrasikan pencegahan infeksi, *pasien safety* dan upaya bantuan hidup dasar
- d) KU1 : mampu menyelesaikan pekerjaan berlingkup luas dan menganalisis data dengan beragam metode yang sesuai, baik yang belum maupun yang sudah baku

2. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- a) Menjelaskan konsep dasar manusia
- b) Menjelaskan konsep dasar sehat sakit
- c) Menjelaskan konsep stres dan adaptasi
- d) Mengklasifikasikan instrumen dalam praktek kebidanan
- e) Menerapkan prinsip pencegahan infeksi

- f) Melakukan teknik pemeriksaan fisik dan diagnostik test pada kasus kebidanan
- g) Melakukan pemenuhan kebutuhan dasar pada pasien
- h) Melakukan asuhan pada klien yang menghadapi kehilangan dan kematian

D. SASARAN

Mahasiswa semester I Program Studi D III Kebidanan Universitas Alma Ata Yogyakarta

E. BEBAN SKS

Praktikum Ketrampilan Dasar Kebidanan I memiliki beban 2 sks

F. DOSEN INSTRUKTUR

1. Dyah Pradnya Paramita, SST., M.Kes
2. Sundari Mulyaningsih, SSiT., M.Kes
3. Restu Pangestuti, SST., MKM
4. Farida Aryani, SST., M.Keb
5. Ratih Devi A, S.ST., M.Keb
6. Ika Mustika Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep.

G. ALAT DAN BAHAN YANG DIBUTUHKAN

NO	KETERAMPILAN	NAMA BARANG	JUMLAH ALAT DAN BAHAN YANG DIBUTUHKAN		
			DEMO	TRIAL	EVALUASI
1	Cuci tangan	Sabun antiseptik cair	1 botol	1 botol	1 botol
		Tissue	1 rol	1 rol	1 rol
2	Penggunaan APD	Handscoon bersih	11 pasang	11 pasang	11 pasang
		Handscoon bedah	11 pasang	11 pasang	11 pasang
		Korentang dan tempatnya	1 buah	1 buah	1 buah
		Masker	1 buah	1 buah	1 buah
		Gown	1 buah	1 buah	1 buah
		Pelindung mata (goggles)	1 buah	1 buah	1 buah
		Penutup kepala	1 buah	1 buah	1 buah
		Celemek (apron)	1 buah	1 buah	1 buah
		Sepatu boot	1 pasang	1 pasang	1 pasang
		Bak instrumen	1 buah	1 buah	1 buah
3	Pemrosesan alat	Partus set	1 set	1 set	1 set
		Larutan clorin 0,5%	1 botol	1 botol	1 botol
		Baskom plastik untuk larutan clorin	1 buah	1 buah	1 buah
		Wastafel	1 buah	1 buah	1 buah
		Sikat pembersih alat	1 buah	1 buah	1 buah
		Detergen untuk mencuci alat	1 botol	1 botol	1 botol

		Handscoon rumah tangga	1 pasang	1 pasang	1 pasang
		Bak instrumen	1 buah	1 buah	1 buah
		Kain bersih/ linen untuk membungkus alat	3 buah	3 buah	3 buah
		Stiker label	1 rol	1 rol	1 rol
		Korentang dan tempatnya	1 set	1 set	1 set
		Autoklaf	1 buah	1 buah	1 buah
		Sterilisator panas kering	1 buah	1 buah	1 buah
		Panci untuk merebus	1 buah	1 buah	1 buah
		Dandang untuk mengukus	1 buah	1 buah	1 buah
4	Bed Making	Laken besar	2 buah	2 buah	2 buah
		Laken kecil/stick laken	2 buah	2 buah	2 buah
		Alas/perlak	2 buah	2 buah	2 buah
		Selimut	2 buah	2 buah	2 buah
		Sarung bantal	2 buah	2 buah	2 buah
		Bak /ember tempat alat linen kotor	1 buah	1 buah	1 buah
		Bed	1 buah	1 buah	1 buah
		Phantom manusia	1 buah	1 buah	1 buah
		Troli	1 buah	1 buah	1 buah
		Apron	1 buah	1 buah	1 buah
		Handscoon	11 pasang	11 pasang	11 pasang
5	Memandikan Pasien	Handuk wajah (ukuran kecil)	1 buah	1 buah	1 buah
		Handuk badan (ukuran besar)	2 buah	2 buah	2 buah
		Perlak	1 buah	1 buah	1 buah
		Selimut	2 buah	2 buah	2 buah
		Waskom tempat air hangat	2 buah	2 buah	2 buah
		Ember tempat baju kotor pasien	1 buah	1 buah	1 buah
		Sabun mandi	1 buah	1 buah	1 buah
		Waslap	3 buah	3 buah	3 buah
		Bedak	1 buah	1 buah	1 buah
		Sisir	1 buah	1 buah	1 buah
		Baju ganti untuk pasien	1 buah	1 buah	1 buah
		Pispot	1 buah	1 buah	1 buah
		Botol tempat air cebok	1 buah	1 buah	1 buah
		Pasta gigi	1 buah	1 buah	1 buah
		Sikat gigi	1 buah	1 buah	1 buah
		Gelas untuk kumur	1 buah	1 buah	1 buah
		Body lotion	1 buah	1 buah	1 buah
		Bengkak	1 buah	1 buah	1 buah
		Kapas sublimat untuk vulva hygiene	1 kom sedang	1 kom sedang	1 kom sedang
		Handscoon	11 pasang	11 pasang	11 pasang

		Comb air DTT	1 buah	1 buah	1 buah
		Bak instrumen	1 buah	1 buah	1 buah
		Apron	1 buah	1 buah	1 buah
		Troli alat	1 buah	1 buah	1 buah
		Tempat tidur	1 buah	1 buah	1 buah
		Phantom manusia	1 buah	1 buah	1 buah
6	Perineal hygiene	Perlak	1 buah	1 buah	1 buah
		Kapas sublimat untuk vulva hygiene	1 kom sedang	1 kom sedang	1 kom sedang
		Comb air DTT	1 buah	1 buah	1 buah
		Pembalut	1 buah	1 buah	1 buah
		Bengkok	1 buah	1 buah	1 buah
		Bak instrumen	1 buah	1 buah	1 buah
		Phantom	1 buah	1 buah	1 buah
		Selimut	1 buah	1 buah	1 buah
		Phantom vulva	1 buah	1 buah	1 buah
		Tempat tidur	1 buah	1 buah	1 buah
7	Pemasangan Kateter	Kasa steril	1 kom sedang	1 kom sedang	1 kom sedang
		selimut	1 buah	1 buah	1 buah
		Perlak	1 buah	1 buah	1 buah
		Handscoon	11 pasang	11 pasang	11 pasang
		Kateter urin	11 buah	11 buah	11 buah
		Spuir 10 cc	1 buah	1 buah	1 buah
		Aquades	1 botol	1 botol	1 botol
		Jelly	1 botol	1 botol	1 botol
		Bak Instrumen steril	1 buah	1 buah	1 buah
		Pinset anatomis	1 buah	1 buah	1 buah
		Plester	1 rol	1 rol	1 rol
		Gunting plester	1 buah	1 buah	1 buah
		urine bag	1 buah	1 buah	1 buah
		Kapas DTT	1 kom sedang	1 kom sedang	1 kom sedang
		Comb air DTT	1 buah	1 buah	1 buah
		Korentang	1 buah	1 buah	1 buah
		Bengkok	1 buah	1 buah	1 buah
		Phantom vulva	1 buah	1 buah	1 buah
		Phantom penis	1 buah	1 buah	1 buah
		Tempat tidur	1 buah	1 buah	1 buah
8	Pengaturan Posisi	Tempat Tidur	1 buah	1 buah	1 buah
		Bantal besar	1 buah	1 buah	1 buah
		Bantal kecil	1 buah	1 buah	1 buah
		papan kaki (Footboard)	1 buah	1 buah	1 buah
		Trochanter Rolls	1 buah	1 buah	1 buah

		Kantong pasir (jika ada fraktur)	1 buah	1 buah	1 buah
		Hand Rolls	1 buah	1 buah	1 buah
		Restrains	1 buah	1 buah	1 buah
		Trapeze bar	1 buah	1 buah	1 buah
		Pengaman tempat tidur	1 buah	1 buah	1 buah
9	Pemasangan NGT dan Pemberian Nutrisi Melalui NGT	NGT no 14 atau 16, atau utk infant no.8Fr	masing-masing 1 buah	masing-masing 1 buah	masing-masing 1 buah
		Jelly	1 botol	1 botol	1 botol
		klem	1 buah	1 buah	1 buah
		Pinset	1 buah	1 buah	1 buah
		Handuk	1 buah	1 buah	1 buah
		Tissue	1 rol	1 rol	1 rol
		Bengkok	1 buah	1 buah	1 buah
		Gelas	1 buah	1 buah	1 buah
		Plester	1 rol	1 rol	1 rol
		Gunting plester	1 buah	1 buah	1 buah
		Sprit 20 cc	1 buah	1 buah	1 buah
		Stetoscope	1 buah	1 buah	1 buah
		Spatel lidah	1 buah	1 buah	1 buah
		senter	1 buah	1 buah	1 buah
		Handscoen	11 pasang	11 pasang	11 pasang
		Kapas alkohol	1 kom kecil	1 kom kecil	1 kom kecil
		Bak instrumen	1 buah	1 buah	1 buah
		Metline	1 buah	1 buah	1 buah
		Korentang	1 buah	1 buah	1 buah
10	Pemeriksaan tanda vital (suhu tubuh, pernafasan, nadi, tekanan darah dan saturasi oksigen)	Stop watch/jam tangan	1 buah	1 buah	1 buah
		Stetoscope	1 buah	1 buah	1 buah
		Sphygmomanometer pegas	1 buah	1 buah	1 buah
		Sphygmomanometer air raksa	1 buah	1 buah	1 buah
		Sphygmomanometer air digital	1 buah	1 buah	1 buah
		Termometer axila	1 buah	1 buah	1 buah
		Termometer infra red	1 buah	1 buah	1 buah
		Tissue	1 rol	1 rol	1 rol
		Alcohol swab	10 buah	10 buah	10 buah
		Handscoon	11 buah	11 buah	11 buah
		Oksimeter	1 buah	1 buah	1 buah
		Bak instrumen	1 buah	1 buah	1 buah

11	Terapi Oksigen	Jelly	1 botol	1 botol	1 botol
		Kateter nasal/kanul nasal	1 buah	1 buah	1 buah
		Sungkup muka kantong Non Rebreathing (NRM)	1 buah	1 buah	1 buah
		Sungkup muka kantong Rebreathing (RM)	1 buah	1 buah	1 buah
		Humidifier	1 buah	1 buah	1 buah
		Tabung Oksigen	1 buah	1 buah	1 buah
		Bak instrumen	1 buah	1 buah	1 buah
		Plester	1 rol	1 rol	1 rol
		Gunting plester	1 buah	1 buah	1 buah
		Handscoon	11 pasang	11 pasang	11 pasang
		Kassa	1 kom sedang	1 kom sedang	1 kom sedang
		Phantom manusia	1 buah	1 buah	1 buah
		Tempat tidur	1 buah	1 buah	1 buah
12	Pemasangan Infus dan Tranfusi darah	Handscoen	11 pasang	11 pasang	11 pasang
		Bengkok	1 buah	1 buah	1 buah
		Perlak	1 buah	1 buah	1 buah
		Kapas alkohol	1 kom kecil	1 kom kecil	1 kom kecil
		Plester	1 rol	1 rol	1 rol
		Gunting plester	1 buah	1 buah	1 buah
		Cairan infus :RL	1palbot	1palbot	1palbot
		Dextrose	1palbot	1palbot	1palbot
		NaCl	1palbot	1palbot	1palbot
		Kassa steril	1 kom sedang	1 kom sedang	1 kom sedang
		Tourniket/manset	1 buah	1 buah	1 buah
		Selang infus	1 buah	1 buah	1 buah
		Bak instrumen	1 buah	1 buah	1 buah
		Comb untuk kapas alkohol	1 buah	1 buah	1 buah
		Phantom untuk pemasangan infus	1 buah	1 buah	1 buah
		abocath ukuran 16,18,20,22,24,26	masing-masing 1 buah	masing-masing 1 buah	masing-masing 1 buah
13	Pemeriksaan Fisik	Stetoscope	1 buah	1 buah	1 buah
		Otoskop	1 buah	1 buah	1 buah
		Ear specula/ corong telinga	1 buah	1 buah	1 buah
		Sphygmomanometer pegas	1 buah	1 buah	1 buah
		Sphygmomanometer air raksa	1 buah	1 buah	1 buah
		Sphygmomanometer digital	1 buah	1 buah	1 buah
		Termometer axila	1 buah	1 buah	1 buah

		Termometer infra red	1 buah	1 buah	1 buah
		Stop watch/jam tangan	1 buah	1 buah	1 buah
		Oximeter	1 buah	1 buah	1 buah
		Pen light	1 buah	1 buah	1 buah
		Reflek hamer	1 buah	1 buah	1 buah
		Stadiometer	1 buah	1 buah	1 buah
		Microtoise	1 buah	1 buah	1 buah
		Timbangan digital	1 buah	1 buah	1 buah
		tongue spatel	1 buah	1 buah	1 buah
		Bak instrumen	1 buah	1 buah	1 buah
		Kapas sublimat untuk vulva hygiene	1 kom sedang	1 kom sedang	1 kom sedang
		Comb untuk air DTT	1 buah	1 buah	1 buah
		Handscoon	11 pasang	11 pasang	11 pasang
		Perlak	1 buah	1 buah	1 buah
		Phantom manusia	1 buah	1 buah	1 buah
		Tempat tidur	1 buah	1 buah	1 buah
14	pemasangan EKG	Mesin EKG,	1 buah	1 buah	1 buah
		Elektroda EKG,	1 set	1 set	1 set
		Jelly,	1 botol	1 botol	1 botol
		Kapas Alkohol	1 kom sedang	1 kom sedang	1 kom sedang
		Tissue	1 rol	1 rol	1 rol
		Kertas Dokumentasi EKG	1 rol	1 rol	1 rol
		Handscoon	11 pasang	11 pasang	11 pasang

H. TATA TERTIB MAHASISWA

1. Tata Tertib Praktikum

- a. Mahasiswa menyiapkan diri 15 menit di depan laboratorium sebelum jadwal
- b. Mahasiswa yang terlambat 15 menit atau lebih tidak diijinkan mengikuti praktikum
- c. Mahasiswa menggunakan jas laboratorium, seragam dan atributnya sesuai peraturan
- d. Mahasiswa membawa tissue atau handuk pribadi untuk mengeringkan tangan setiap kali setelah cuci tangan
- e. Mahasiswa tidak boleh bersendau gurau dan harus bersikap sopan selama mengikuti praktikum
- f. Selama praktikum berlangsung, mahasiswa tidak boleh meninggalkan laboratorium tanpa izin dosen

- g. Mahasiswa wajib membereskan alat-alat yang dipakai untuk praktikum dan mengembalikan dalam keadaan rapi dan bersih
 - h. Mahasiswa diwajibkan mengganti peralatan jika terjadi kerusakan paling lambat 2 hari setelah praktikum
 - i. Mahasiswa yang tidak dapat mengikuti praktikum karena berhalangan atau gagal dalam praktikum harus menggulang atau mengganti pada hari lain sesuai dengan jadwal yang telah diatur (sesuai kebijakan dosen)
 - j. Mahasiswa wajib mengikuti praktikum 100% dari kegiatan praktikum
2. Tata Tertib Pemakaian Alat Praktikum
- a. Setiap mahasiswa berhak meminjam/menggunakan alat-alat laboratorium dengan persetujuan kepala laboratorium
 - b. Setiap kelompok praktikum wajib memberitahu/ pesan alat kepada petugas sebelum jadwal pelaksanaan praktikum
 - c. Mahasiswa/peminjam wajib mengisi formulir peminjaman alat/bon alat yang telah disediakan dengan lengkap yang meliputi (nama, kelas/jurusan, hari/tanggal, waktu, dosen, jenis ketrampilan, nama alat, jumlah, keterangan, tanda tangan)
 - d. Mahasiswa atau peminjam bertanggung jawab atas kebersihan dan keutuhan alat-alat yang dipinjam
 - e. Mahasiswa wajib merapikan dan membersihkan kembali peralatan yang dipinjam setelah selesai menggunakan alat laboratorium
 - f. Alat-alat laboratorium dikembalikan segera setelah melaksanakan kegiatan praktik tepat waktu dan dalam keadaan bersih dan utuh
 - g. Mahasiswa diperbolehkan meninggalkan ruangan setelah serah terima alat-alat yang dipinjam kepada kepala laboratorium
 - h. Keterlambatan mengembalikan alat atau mengembalikan alat dalam keadaan kotor, maka mahasiswa dikenakan denda Rp.10.000/hari/alat

I. EVALUASI

Evaluasi dilaksanakan setelah mahasiswa mengikuti seluruh kegiatan praktikum.

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

A. PENDAHULUAN

1. Definisi

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.

Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections*) yang disingkat HAIs adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Tujuan PPI

meningkatkan kualitas pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga melindungi sumber daya manusia kesehatan, pasien dan masyarakat dari penyakit infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

3. Bentuk Penerapan PPI

PPI diterapkan melalui:

- a. Prinsip kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi
- b. Penggunaan antimikroba secara bijak
- c. Bundles.

Bundles adalah sekumpulan praktik berbasis bukti sahih yang menghasilkan perbaikan keluaran poses pelayanan kesehatan bila dilakukan secara kolektif dan konsisten.

B. KONSEP DASAR PENYAKIT INFEKSI

Berdasarkan sumber infeksi, maka infeksi dapat berasal dari masyarakat/komunitas (*Community Acquired Infection*) atau dari rumah sakit (*Healthcare-Associated Infections/HAIs*). Penyakit infeksi yang didapat di rumah sakit beberapa waktu yang lalu disebut sebagai Infeksi Nosokomial (*Hospital Acquired Infection*). Saat ini penyebutan diubah menjadi Infeksi Terkait Layanan

Kesehatan atau “HAIs” (*Healthcare-Associated Infections*) dengan pengertian yang lebih luas, yaitu kejadian infeksi tidak hanya berasal dari rumah sakit, tetapi juga dapat dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Tidak terbatas infeksi kepada pasien namun dapat juga kepada petugas kesehatan dan pengunjung yang tertular pada saat berada di dalam lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan.

Infeksi merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen, dengan/tanpa disertai gejala klinik. Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections*) yang selanjutnya disingkat HAIs merupakan infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Rantai Infeksi (*chain of infection*) merupakan rangkaian yang harus ada untuk menimbulkan infeksi. Dalam melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi dengan efektif, perlu dipahami secara cermat rantai infeksi. Kejadian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan dapat disebabkan oleh 6 komponen rantai penularan, apabila satu mata rantai diputus atau dihilangkan, maka penularan infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Enam komponen rantai penularan infeksi, yaitu:

1. Agen infeksi (*infectious agent*) adalah mikroorganisme penyebab infeksi. Pada manusia, agen infeksi dapat berupa bakteri, virus, jamur dan parasit.
2. Reservoir atau wadah tempat/sumber agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang-biak dan siap ditularkan kepada pejamu atau manusia. Berdasarkan penelitian, reservoir terbanyak adalah pada manusia, alat medis, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air, lingkungan dan bahan-bahan organik lainnya.
3. Portal of exit (pintu keluar) adalah lokasi tempat agen infeksi (mikroorganisme) meninggalkan reservoir melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih serta transplasenta.
4. Metode Transmisi/Cara Penularan adalah metode transport mikroorganisme dari wadah/reservoir ke pejamu yang rentan. Ada beberapa metode penularan yaitu: (1) kontak: langsung dan tidak langsung, (2) droplet, (3) airborne, (4) melalui vehikulum (makanan, air/minuman, darah) dan (5) melalui vektor (biasanya serangga dan binatang pengerat).

5. Portal of entry (pintu masuk) adalah lokasi agen infeksi memasuki pejamu yang rentan dapat melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih dan kelamin atau melalui kulit yang tidak utuh.
6. Susceptible host (Pejamu rentan) adalah seseorang dengan kekebalan tubuh menurun sehingga tidak mampu melawan agen infeksi. Faktor yang dapat mempengaruhi kekebalan adalah umur, status gizi, status imunisasi, penyakit kronis, luka bakar yang luas, trauma, pasca pembedahan dan pengobatan dengan immunosupresan.

C. KEWASPADAAN STANDAR

Kewaspadaan standar yaitu kewaspadaan yang utama, dirancang untuk diterapkan secara rutin dalam perawatan seluruh pasien di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, baik yang telah didiagnosis, diduga terinfeksi atau kolonisasi. Langkah ini diterapkan untuk mencegah transmisi silang sebelum pasien di diagnosis, sebelum adanya hasil pemeriksaan laboratorium dan setelah pasien didiagnosis.

Bentuk kewaspadaan standar yaitu: kebersihan tangan, Alat Pelindung Diri (APD), dekontaminasi peralatan perawatan pasien, kesehatan lingkungan, pengelolaan limbah, penatalaksanaan linen, perlindungan kesehatan petugas, penempatan pasien, hygiene respirasi/etika batuk dan bersin, praktik menyuntik yang aman dan praktik lumbal pungsi yang aman.

1. Kebersihan Tangan/ Cuci Tangan

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol-based handrubs) bila tangan tidak tampak kotor. Kuku petugas harus selalu bersih dan terpotong pendek, tanpa kuku palsu, tanpa memakai perhiasan cincin. Cuci tangan dengan sabun biasa/antimikroba dan bilas dengan air mengalir, dilakukan pada saat:

- a. Bila tangan tampak kotor, terkena kontak cairan tubuh pasien yaitu darah, cairan tubuh sekresi, ekskresi, kulit yang tidak utuh, ganti verband, walaupun telah memakai sarung tangan.
- b. Bila tangan beralih dari area tubuh yang terkontaminasi ke area lainnya yang bersih, walaupun pada pasien yang sama.

Indikasi kebersihan tangan:

- a. Sebelum kontak pasien
- b. Sebelum tindakan aseptik
- c. Setelah kontak darah dan cairan tubuh
- d. Setelah kontak pasien
- e. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien



Gambar. Langkah Cuci Tangan dengan Sabun



Gambar. Langkah Cuci Tangan dengan Handsrub

2. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam APD sebagai berikut:

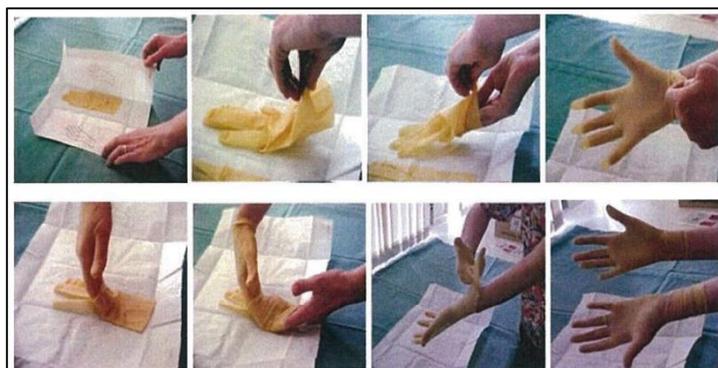
- a. Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang di pakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius.
- b. APD terdiri dari sarung tangan, masker/Respirator Partikulat, pelindung mata (goggle), perisai/pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/apron, sandal/sepatu tertutup (Sepatu Boot).
- c. Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari resiko pajanan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya.
- d. Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas.
- e. Melepas APD segera dilakukan jika tindakan sudah selesai di lakukan.
- f. Tidak dibenarkan menggantung masker di leher, memakai sarung tangan sambil menulis dan menyentuh permukaan lingkungan.

Jenis-jenis APD adalah sebagai berikut:

- a. Sarung tangan.

Terdapat tiga jenis sarung tangan, yaitu:

- 1) Sarung tangan bedah (steril), dipakai sewaktu melakukan tindakan invasif atau pembedahan.
- 2) Sarung tangan pemeriksaan (bersih), dipakai untuk melindungi petugas pemberi pelayanan kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin.
- 3) Sarung tangan rumah tangga, dipakai sewaktu memproses peralatan, menangani bahan-bahan terkontaminasi, dan sewaktu membersihkan permukaan yang terkontaminasi.





Gambar. Langkah Pelepasan Sarung Tangan

b. Masker

Masker digunakan untuk melindungi wajah dan membran mukosa mulut dari cipratan darah dan cairan tubuh dari pasien atau permukaan lingkungan udara yang kotor dan melindungi pasien atau permukaan lingkungan udara dari petugas pada saat batuk atau bersin. Masker yang digunakan harus menutupi hidung dan mulut serta melakukan Fit Test (penekanan di bagian hidung).

Terdapat tiga jenis masker, yaitu:

- 1) Masker bedah, untuk tindakan bedah atau mencegah penularan melalui droplet.
- 2) Masker respiratorik, untuk mencegah penularan melalui airborne.
- 3) Masker rumah tangga, digunakan di bagian gizi atau dapur.

c. Gaun Pelindung

Gaun pelindung digunakan untuk melindungi baju petugas dari kemungkinan paparan atau percikan darah atau cairan tubuh, sekresi, ekskresi atau melindungi pasien dari paparan pakaian petugas pada tindakan steril. Jenis-jenis gaun pelindung:

- 1) Gaun pelindung tidak kedap air
- 2) Gaun pelindung kedap air
- 3) Gaun steril
- 4) Gaun non steril

Gaun pelindung digunakan pada saat tindakan atau penanganan alat yang memungkinkan pencemaran atau kontaminasi pada pakaian petugas, seperti membersihkan luka, tindakan drainase, menuangkan cairan terkontaminasi kedalam lubang pembuangan atau WC/toilet, menangani

pasien perdarahan masif, tindakan bedah, perawatan gigi segera ganti gaun atau pakaian kerja jika terkontaminasi cairan tubuh pasien (darah).

Cara memakai gaun pelindung: Tutupi badan sepenuhnya dari leher hingga lutut, lengan hingga bagian pergelangan tangan dan selubungkan ke belakang punggung. Ikat di bagian belakang leher dan pinggang.

		
Gaun yang dapat digunakan kembali (re-usable)	Celemek atau Apron	Gaun Bedah (disposable)
Gaun steril yang digunakan untuk menutupi pakaian kerja bersih (baju dan celana) saat melakukan kegiatan	Gaun anti air untuk melindungi tubuh atau baju pemakai dari percikan dan kontaminasi mikroorganisme	Gaun steril yang digunakan pada tindakan bedah untuk mencegah paparan cairan tubuh, darah, sekresi, ekskresi dan bahan kontaminan lainnya selama prosedur bedah.

Gambar. Macam-macam Gaun Pelindung

d. Goggle dan perisai wajah

Harus terpasang dengan baik dan benar agar dapat melindungi wajah dan mata. Tujuan pemakaian Goggle dan perisai wajah: Melindungi mata dan wajah dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi. Indikasi: Pada saat tindakan operasi, pertolongan persalinan dan tindakan persalinan, tindakan perawatan gigi dan mulut, pencampuran B3 cair, pemulasaraan jenazah, penanganan linen terkontaminasi laundry, di ruang dekontaminasi CSSD.

<i>Safety Glasses atau Spectacles goggles</i>	
	Deskripsi: Melindungi mata, rongga mata dan area wajah yang mengelilingi mata dari bahaya seperti benda-benda dan atau partikel yang berterbangan (Aerosol) dan droplet.
2. Full Face Shield	
	Deskripsi: Full face shield ini memberikan perlindungan dari droplet maupun percikan cairan tubuh dan biasanya di gunakan sebagai alternatif kacamata karena memberikan perlindungan pada area wajah yang lebih luas.

Gambar. Jenis dan Kegunaan Pelindung Wajah

e. Sepatu pelindung

Tujuan pemakaian sepatu pelindung adalah melindungi kaki petugas dari tumpahan/percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan mencegah dari kemungkinan tusukan benda tajam atau kejatuhan alat kesehatan, sepatu tidak boleh berlubang agar berfungsi optimal. Jenis sepatu pelindung seperti sepatu boot atau sepatu yang menutup seluruh permukaan kaki.

Indikasi pemakaian sepatu pelindung:

- 1) Pertolongan dan Tindakan persalinan
- 2) Tindakan operasi
- 3) Penanganan pemulasaraan jenazah
- 4) Penanganan limbah
- 5) Penanganan linen
- 6) Pencucian peralatan di ruang gizi
- 7) Ruang dekontaminasi CSSD



Gambar. Sepatu Pelindung

f. Topi pelindung

Tujuan pemakaian topi pelindung adalah untuk mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat/daerah steril atau membran mukosa pasien dan juga sebaliknya untuk melindungi kepala/rambut petugas dari percikan darah atau cairan tubuh dari pasien. Indikasi pemakaian topi pelindung:

- 1) Pertolongan dan tindakan persalinan
- 2) Tindakan operasi
- 3) Tindakan insersi CVL
- 4) Intubasi Trachea
- 5) Penghisapan lendir massive
- 6) Pembersihan peralatan kesehatan

3. Pengelolaan Peralatan Perawatan Pasien

Pengelolaan peralatan perawatan pasien dan alat medis adalah proses pengelolaan, dekontaminasi dan pengemasan berdasarkan kategori kritikal, semi kritikal dan non kritikal. Tujuan pengelolaan untuk mencegah peralatan cepat rusak, menjaga tetap dalam keadaan terdekontaminasi sesuai kategorinya, menetapkan produk akhir yang sudah steril dan aman serta tersedianya peralatan perawatan pasien dan alat medis lainnya dalam kondisi bersih dan steril saat dibutuhkan. Jenis peralatan kesehatan berdasarkan penggunaan dan resiko infeksi adalah:

- Peralatan kritikal adalah alat-alat yang masuk ke dalam pembuluh darah/ jaringan lunak. Semua peralatan kritikal wajib dilakukan sterilisasi yang menggunakan panas, contoh: semua instrumen bedah, periodontal scaler dan lain-lain.
- Peralatan semi kritikal adalah alat-alat yang kontak dengan membran mukosa saat dipergunakan. Semua peralatan semi kritikal wajib dilakukan minimal Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau apabila terdapat alat yang tahan panas, maka dapat dilakukan sterilisasi menggunakan panas, misalnya speculum, pinset, dll.
- Peralatan non kritikal adalah peralatan yang saat digunakan hanya menyentuh permukaan kulit saja (kulit utuh), contoh: tensimeter, stetoskope, dan lain-lain.

a. Tahapan Pengelolaan/ Dekontaminasi Alat

Pre cleaning dimulai pada tahap awal pembersihan dengan penyemprotan (*flushing*) menggunakan air mengalir atau direndam dengan larutan detergen, dilanjutkan pembersihan (*cleaning*) dan pengeringan. Berikut gambar alur dekontaminasi peralatan perawatan pasien dan alat medis:



FORMAT KETRAMPILAN CUCI TANGAN DENGAN SABUN

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
CONTENT/ ISI				
2.	Menyiapkan alat dan bahan			
3.	Melaksanakan prosedur sesuai dengan ketentuan : a. Kuku dipotong pendek b. Lepaskan semua perhiasan c. Periksa tangan apakah ada perlukaan atau lecet			
4.	Berdiri menghadap sink (wastafel) jangan menempel pada wastafel.			
5.	Mengucapkan basmalah sebelum melakukan tindakan.			
6.	Basahi tangan dengan posisi tangan pada siku lebih tinggi daripada ujung-ujung jari.			
7.	Tuangkan sabun untuk menyabuni seluruh permukaan tangan sebatas pergelangan tangan.			
8.	Gosok kedua telapak tangan secara merata.			
9.	Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.			
10.	Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari.			
11.	Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.			
12.	Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya.			
13.	Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri.			
14.	Bilas kedua tangan dengan air mengalir.			
15.	Keringkan dengan handuk/ tissue sekali pakai.			
16.	Gunakan handuk/ kertas tissue tersebut untuk menutup keran dan buang ke tempat sampah dengan benar.			
17.	Lakukan cuci tangan selama 40-60 detik.			
C.	TEKNIS			
18.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan.			
19.	Melaksanakan tindakan dengan efektif & efisien.			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

**FORMAT KETRAMPILAN CUCI TANGAN DENGAN ANTISEPTIK
BERBASIS ALKOHOL (HANDSRUB)**

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
CONTENT/ ISI				
2.	Menyiapkan alat dan bahan			
3.	Melaksanakan prosedur sesuai dengan ketentuan : a. Kuku dipotong pendek b. Lepaskan semua perhiasan c. Periksa tangan apakah ada perlukaan atau lecet			
4.	Berdiri menghadap tempat larutan antiseptik berbasis alkohol			
5.	Mengucapkan basmalah sebelum melakukan tindakan.			
6.	Tuangkan 2-3 cc antiseptik berbasis alkohol ke telapak tangan, kemudian ratakan ke seluruh permukaan tangan.			
7.	Gosok kedua telapak tangan secara merata.			
8.	Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.			
9.	Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari tangan			
10.	Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.			
11.	Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya.			
12.	Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri.			
13.	Tunggu kering, dan tangan sudah dalam kondisi bersih			
14.	Lakukan cuci tangan selama 20-30 detik			
C. TEKNIS				
15.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan.			
16.	Melaksanakan tindakan dengan efektif & efisien.			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

FORMAT KETRAMPILAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
CONTENT/ ISI				
2.	Menyiapkan alat dan bahan			
3.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
4.	<p>Lakukan kebersihan tangan sebelum menggunakan APD menggunakan sabun (selama 40-60 detik) atau handrub (selama 20-30 detik).</p> <p>Langkah mencuci tangan dengan sabun cuci tangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Basahi tangan dengan posisi tangan pada siku lebih tinggi daripada ujung-ujung jari. 2. Tuangkan sabun untuk menyabuni seluruh permukaan tangan sebatas pergelangan tangan. 3. Gosok kedua telapak tangan secara merata. 4. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya. 5. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari. 6. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci. 7. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya. 8. Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri. 9. Bilas kedua tangan dengan air mengalir. 10. Keringkan dengan handuk/ tissue sekali pakai. 11. Gunakan handuk/ kertas tissue tersebut untuk menutup keran dan buang ke tempat sampah dengan benar. <p>Langkah mencuci tangan dengan handrub:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tuangkan 2-3 cc antiseptik berbasis alkohol ke telapak tangan, kemudian ratakan ke seluruh permukaan tangan. 2. Gosok kedua telapak tangan secara merata. 3. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya. 4. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari tangan. 5. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci. 6. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya. 7. Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri. 8. Tunggu kering, dan tangan sudah dalam kondisi bersih. 			
5.	Gunakan pelindung kepala.			

6.	Gunakan gaun untuk seluruh tubuh dan tangan dengan belahan ikatan berada di belakang tubuh. Kecangkan tali pengikat di belakang leher dan pinggang.			
7.	Gunakan masker dengan tali ke bagian belakang kepala dengan aman dan nyaman. Pasang penjepit fleksibel ke atas tulang hidung dengan kedua ujung jari tengah atau telunjuk. Pastikan masker menutupi hidung, wajah dan di bawah dagu (fit test).			
8.	Tempatkan kacamata atau pelindung wajah dan mata sesuaikan agar pas dan nyaman.			
9.	Pasang sarung tangan dengan menutup ujung gaun pada pergelangan tangan. Langkah menggunakan sarung tangan steril: <ol style="list-style-type: none"> 1. Letakkan set sarung tangan steril pada tempat yang bersih, kering dan rata setinggi atas pinggang. 2. Buka pembungkus sebelah luar dengan hati-hati dengan hanya menyentuh bagian luarnya saja dan Identifikasi tangan kanan dan kiri. 3. Dengan menggunakan tangan yang tidak dominant, ambil ujung sarung tangan steril yang terlipat dan angkat dengan hati-hati dengan ujung jari sarung tangan mengarah ke bawah. Hindari sarung tangan bersentuhan dengan benda yang tidak steril. 4. Masukkan tangan dominant ke dalam sarung tangan secara hati-hati dan tarik secara hati-hati. 5. Masukkan jari-jari tangan (kecuali ibu jari) yang bersarung ke dalam lipatan sarung tangan yang belum terpasang dan angkat sarung tangan ke atas. 6. Masukkan tangan yang tidak dominant ke dalam sarung tangan. Atur sarung tangan yang terpasang dengan hanya menyentuh daerah yang steril saja. 			
10.	Pakai sepatu.			
C.	TEKNIS			
11.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan			
12.	Melaksanakan tindakan dengan efektif & efisien			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

FORMAT KETRAMPILAN PELEPASAN ALAT PELINDUNG DIRI

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
CONTENT/ ISI				
2.	Menyiapkan alat dan bahan			
3.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan.			
4.	Lepaskan sarung tangan dan buang pada tempat limbah infeksius. Langkah melepas sarung tangan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang sarung tangan yang telah dilepas dengan menggunakan tangan yang masih memakai sarung tangan. 2. Selipkan jari tangan yang sudah tidak memakai sarung tangan di bawah sarung tangan yang belum dilepas di pergelangan tangan. 3. Lepaskan sarung tangan di atas sarung tangan pertama. 4. Buang sarung tangan di tempat limbah infeksius. 			
5.	Lakukan kebersihan tangan dengan sabun atau <i>handrub</i> Langkah mencuci tangan dengan sabun cuci tangan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Basahi tangan dengan posisi tangan pada siku lebih tinggi daripada ujung-ujung jari. 2. Tuangkan sabun untuk menyabuni seluruh permukaan tangan sebatas pergelangan tangan. 3. Gosok kedua telapak tangan secara merata. 4. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya. 5. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari. 6. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci. 7. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan sebaliknya. 8. Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri. 9. Bilas kedua tangan dengan air mengalir. 10. Keringkan dengan handuk/ tissue sekali pakai. 11. Gunakan handuk/ kertas tissue tersebut untuk menutup keran dan buang ke tempat sampah dengan benar. Langkah mencuci tangan dengan <i>handrub</i> : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tuangkan 2-3 cc antiseptik berbasis alkohol ke telapak tangan, kemudian ratakan ke seluruh permukaan tangan. 2. Gosok kedua telapak tangan secara merata. 3. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya. 4. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari tangan. 			

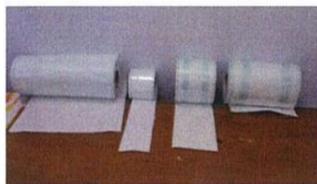
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci. 6. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan sebaliknya. 7. Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri. 8. Tunggu kering, dan tangan sudah dalam kondisi bersih. 			
6.	<p>Lepaskan kacamata atau pelindung wajah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingat bahwa bagian luar kacamata atau pelindung wajah adalah bagian yang telah terkontaminasi. 2. Jika tangan tenaga kesehatan terkontaminasi selama pelepasan kacamata/ pelindung wajah, segera lakukan cuci tangan dengan sabun/ handrub. 3. Lepaskan kacamata atau pelindung wajah dari belakang dengan mengangkat pita kepala dan tanpa menyentuh bagian depan kacamata atau pelindung wajah. 4. Jika pelindung wajah atau kacamata dapat digunakan kembali, letakkan di tempat yang ditunjuk untuk diproses lebih lanjut. Namun jika tidak dapat digunakan kembali, buang dalam limbah infeksius. 			
7.	<p>Lepaskan gaun pelindung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingat bahwa gaun pelindung bagian depan dan lengan serta bagian luar sarung tangan merupakan daerah yang telah terkontaminasi. 2. Pegang gaun di bagian depan dan tarik keluar dari tubuh tenaga kesehatan sehingga ikatannya terputus, menyentuh bagian luar gaun hanya dengan tangan yang terlindungi oleh gaun pelindung. 3. Saat melepas gaun, lipat atau gulung gaun dari bagian dalam ke bagian luar. 4. Hindari menyentuh gaun bagian luar saat pelepasan gaun pelindung. 5. Jika tangan tenaga kesehatan terkontaminasi selama pelepasan gaun maka segera cuci tangan dengan sabun atau handsrub. 			
8.	Lepaskan pelindung kepala			
9.	Lepaskan masker dengan cara memegang tali atau ikatan dari bagian belakang kepala ke arah depan. Buang dalam tempat limbah yang ditunjuk atau yang sesuai.			
10.	Lepaskan sepatu			
11.	Lakukan kebersihan tangan dengan sabun/ handrub kembali			
C.	TEKNIS			
12.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan			
13.	Melaksanakan tindakan dengan efektif & efisien			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

**FORMAT KETRAMPILAN DEKONTAMINASI ALAT MEDIS KRITIKAL
DAN SEMI KRITIKAL**

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
CONTENT/ ISI				
2.	Menyiapkan alat dan bahan			
3.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan.			
4.	Cuci tangan			
5.	Gunakan APD			
6.	Proses Pre Cleaning Merendam seluruh permukaan alat yang sudah digunakan menggunakan larutan clorin 0,5% selama 10 menit.			
7.	Pembersihan/ pencucian Mencuci seluruh permukaan alat dengan sabun/ detergen dan air kemudian membilas dengan air bersih dan dikeringkan			
8.	<p>Proses pengemasan</p> <p>Membungkus semua peralatan untuk menjaga keamanan dan efektivitas sterilisasi dengan pembungkus kertas khusus atau kain (linen) dengan prinsip:</p> <ol style="list-style-type: none"> Prosedur pengemasan harus mencakup: label nama alat, tanggal pengemasan, metode sterilisasi. Pengemasan sterilisasi harus dapat menyerap dengan baik dan menjangkau seluruh permukaan kemasan dan isinya. Kemasan harus mudah dibuka dan isinya mudah diambil saat akan digunakan tanpa menyebabkan kontaminasi. Harus dapat menjaga isinya tetap steril hingga kemasan dibuka dan dilengkapi masa kadaluwarsa. 			



9. **Proses Sterilisasi**

Sterilisasi untuk peralatan kritikal:

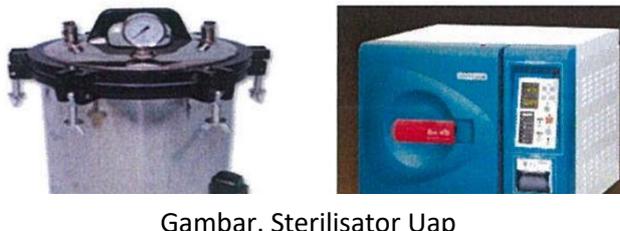
Proses sterilisasi dapat menggunakan autoklaf/ panas kering dengan menggunakan uap tekanan tinggi dan panas kering (oven).

➤ **Jika menggunakan sterilisasi dengan pemanasan uap (steam sterilization or autoklaf):**

1. Jika menggunakan sterilisator uap tekanan tinggi, Pastikan temperatur uap maksimum, yaitu sekitar 250 °F (121 °C) dengan tekanan 15 Psi (pounds pe square inch) dalam waktu 15-20 menit atau dalam suhu 273 °F (134 °C) dengan tekanan 30 Psi dalam waktu 3-5 menit. Proses sterilisasi dengan autoklaf membutuhkan.
2. Jika menggunakan autoklaf membutuhkan waktu 30 menit dihitung sejak suhu 121 °C.
3. Semua instrumen dengan engsel dan kunci harus tetap terbuka dan tidak terkunci selama proses sterilisasi dengan autoklaf.
4. Tulis tanggal sterilisasi dan kadaluwarsa pada kemasan setelah dilakukan sterilisasi.



Gambar. Sterilisator Uap Tekanan Tinggi



Gambar. Sterilisator Uap

- **Jika menggunakan proses sterilisasi panas kering (dry heat sterilization):** Atur suhu pada temperatur 340 °F (170 °C) dan lakukan sterilisasi selama 1 jam atau atur pada suhu 320 °F (160 °C) dalam waktu 2 jam.

Cara Menggunakan Sterilisator

Persiapkan alat:

1. Siapkan alat dan bahan yang tahan panas tinggi
2. Alat dan bahan dilakukan pengepakan dengan bahan tahan panas

Langkah sterilisasi:

1. Pastikan kabel listrik mesin sterilisator terhubung

2. Buka pintu oven dan masukan instrument yang di sterilkan
3. Menutup pintu oven dan memastikan semua peralatan sudah masuk dengan benar dan rapi
4. Tunggu sampai suhu tercapai temperatur 340 °F (170 °C) dan biarkan selama 60 menit atau atur pada suhu 320 °F (160 °C) dalam waktu 2 jam
5. Sudah selesai tunggu sampai suhu turun, buka pintu oven dan keluarkan alat teril.



Gambar. Sterilisator Panas Kering

Sterilisasi untuk peralatan semi kritis:

Desinfeksi peralatan dilakukan melalui proses DTT.

- **Jika proses DTT dengan perendaman** dilakukan menggunakan cairan desinfektan natrium hypochlorite 5,25% selama 15-20 menit. Pastikan seluruh permukaan peralatan terendam dalam cairan tersebut.
- **Jika proses DTT dengan cara perebusan dan pengukusan** dilakukan dalam waktu 20 menit dihitung setelah air mendidih atau sampai terbentuknya uap yang diakibatkan oleh air yang mendidih.



Gambar. Peralatan Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

10.	Simpan peralatan yang telah disterilkan pada lingkungan yang bersih, sirkulasi udara yang baik. Peralatan yang telah disterilkan tetap dalam kondisi yang dibungkus dengan linen.			
C.	TEKNIS			
11.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan			
12.	Melaksanakan tindakan dengan efektif & efisien			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

FORMAT KETRAMPILAN PENGELOLAAN ALAT NON KRITIKAL

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
CONTENT/ ISI				
2.	Menyiapkan alat dan bahan			
3.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan.			
4.	Cuci tangan			
5.	Gunakan APD			
6.	Pengelolaan alat non kritikal dengan cara: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pencucian dilakukan detergen dan air mengalir kemudian keringkan dengan cara diangin-anginkan, untuk alat-alat misalnya manset, dll ➤ Desinfeksi dengan alkohol swab 70%, untuk alat-alat misalnya termometer, stetoskop, dll. ➤ Pembersihan dilakukan menggunakan kain bersih yang sudah dilembabkan (disemprot) dengan cairan klorin 0,05%, gosok dan lap semua permukaan yang dibersihkan, untuk alata-alat misalnya tempat tidur, meja, dll. 			
C. TEKNIS				
7.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan			
8.	Melaksanakan tindakan dengan efektif & efisien			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

PERSONAL HYGIENE

Pemeliharaan kebutuhan fisik diperlukan untuk rasa nyaman, rasa aman dan perasaan sehat dari individu. Tindakan tersebut meliputi usaha-usaha untuk memelihara kebersihan personal dan penampilan yang baik. Kebutuhan kebersihan diri dan lingkungan sangat penting karena akan berdampak pada proses penyembuhan. Hal ini dapat dilihat pada klien yang mempunyai lingkungan nyaman dan tenang, klien tersebut akan merasakan kedamaian sehingga stres yang terdapat pada dirinya akan hilang dengan demikian proses pemulihan tubuh akan lebih cepat dibandingkan dengan kondisi lingkungan yang nyaman.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kebersihan diri:

- ✓ Gambaran tubuh (penampilan secara umum klien)
- ✓ Status sosial ekonomi (sumber-sumber ekonomi klien)
- ✓ Pengetahuan (pengetahuan tentang pentingnya kebersihan dan implikasi bagi kesehatan)
- ✓ Budaya (keyakinan budaya, nilai-nilai pribadi dan praktek dalam keluarga klien)
- ✓ Kesenangan pribadi (petugas kesehatan sebaiknya memperhatikan kesukaan klien dalam perawatan diri misalnya waktu dan produk yang digunakan)

Macam-macam kebersihan diri:

- ✓ Mandi
- ✓ Perawatan oral
- ✓ Perawatan mata
- ✓ Perawatan rambut
- ✓ *Back rubs*

MEMANDIKAN PASIEN

Definisi

Memandikan pasien merupakan tindakan perawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu mandi secara mandiri atau memerlukan bantuan.

Tujuan

1. Mempertahankan kebersihan kulit
2. Mencegah infeksi kulit
3. Memperlancar peredaran darah
4. Mempertahankan kenyamanan pasien

Macam

1. Mandi bersih

- ✓ *Complete bed bath*
- ✓ *Partial bed bath*
- ✓ *Assisted bed bath*
- ✓ *Tub bath and shower*
- ✓ *Morning or evening care*

2. Mandi terapeutik

- ✓ *Whirlpool bath*
- ✓ *Tepid Sponge Bath*

Hasil yang diharapkan

1. Kulit bersih, kering, elastis, baik hidrasi dan tidak ada daerah yang meradang
2. Tidak ada lesi baru, luka dekubitus dsb
3. Lesi yang bersih, tidak drainage dan lebih kecil dari sebelumnya

FORMAT KETRAMPILAN MEMANDIKAN PASIEN

NO	TINDAKAN	NILAI		
		0	1	2
TAHAP PRE INTERAKSI				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Persiapkan alat dan bahan			
7.	Menanyakan keluhan dan kaji gejala spesifik yang ada pada klien			
8.	Mengucapkan Basmalah sebelum memulai tindakan dan membaca doa memandikan pasien رِزْقِي فِي لِي وَبَارِكْ دَارِي فِي لِي وَوَسِّعْ ذَنْبِي اغْفِرْ لِي اللَّهُمَّ Artinya : "Ya Allah, Ampunilah dosa kesalahanku dan berilah keluasaan di rumahku serta berkahilah pada rizkiku"			
9.	Berikan perawatan oral jika belum dilakukan			
10.	Atur posisi klien (bila mungkin angkat bantal dan naikkan bagian kepala setinggi 30 ⁰ , letakkan handuk di bawah kepala klien)			
11.	Mulai mandi a. Letakkan handuk untuk wajah di atas dada klien, masukkan ke bawah dagu b. Buat sarung tangan dengan handuk kecil/gunakan waslap c. Bersihkan bagian mata klien tanpa menggunakan sabun, gunakan bagian yang berbeda untuk tiap-tiap mata. Usap mata dari kantung dalam ke bagian kantung luar, kemudian keringkan. d. Tanyakan pada klien apakah ingin menggunakan sabun pada wajah. Bersihkan dan keringkan wajah, leher, dan telinga klien. e. Lepaskan pakaian klien, bila ekstremitas luka mulai melepas pakaian dari bagian yang tidak luka, bila klien memakai infus, lepaskan baju dari lengan yang tidak			

	<p>terdapat infus terlebih dahulu, kemudian turunkan flabot, pasang kembali dan periksa kecepatan tetesan infus.</p> <ol style="list-style-type: none"> f. Letakkan handuk mandi arah memanjang di bawah lengan klien (dahulukan lengan yang jauh), bersihkan lengan dengan sabun dan air, gunakan usapan memanjang dan tegas dari daerah distal ke proksimal, bersihkan aksila dengan baik. g. Bersihkan dan keringkan aksila dengan baik. Jika klien ingin menggunakan deodoran atau bedak pakaikanlah. h. Masukkan jari ke dalam waskom, rendam beberapa saat, bersihkan dan keringkan. Perhatikan daerah sela-sela jari. i. Ulangi langkah (e-g) untuk lengan lainnya. j. Tutupi dada klien dengan handuk dan lipat selimut mandi ke bawah umbilikus klien. k. Dengan satu tangan, angkat setiap satu ujung handuk dan dengan tangan bersarung washlap, bersihkan dada dengan usapan memanjang dan tegas. Beri perhatian khusus untuk membersihkan lipatan kulit di bawah payudara pada klien wanita. Pelihara agar dada klien tetap tertutup selama dibersihkan. l. Letakkan handuk secara memanjang di atas perut, lipat selimut ke arah pubis. m. Dengan satu tangan angkat handuk dan dengan tangan yang lain bersihkan perut, beri perhatian khusus untuk membersihkan umbilikus dan lipatan-lipatan pada perut. Pelihara agar perut tetap tertutup selama dibersihkan. Bersihkan dan keringkan dengan baik. n. Buka kaki yang terjauh dengan selimut mandi ke arah tengah. Tutup perineum. o. Tekuk lutut klien dengan meletakkan tangan Anda di atas tungkai. Angkat tangan di atas dan pasang handuk secara memanjang di bawah tungkai. p. Letakkan waskom di atas handuk di tempat tidur dan amankan posisinya dekat dengan kaki yang dibersihkan. q. Dengan satu tangan memegang tungkai, angkat tungkai dan letakkan waskom di bawah kaki yang terangkat. Pastikan bahwa kaki pada posisi yang tetap di atas waskom. Biarkan kaki terendam sementara bidan/perawat membersihkan tungkai. r. Gunakan usapan memanjang dan tegas pada waktu membersihkan, dari tumit ke lutut dan dari lutut ke paha. Keringkan dengan baik. s. Bersihkan kaki dan pastikan untuk membersihkan sela-sela jari. Keringkan dengan baik t. Ulangi langkah (n-s) untuk tungkai yang lainnya. 			
--	--	--	--	--

	<p>u. Tutup klien dengan selimut mandi dan ganti air mandi. Ingatlah untuk memasang penghalang tempat tidur bagi keamanan klien.</p> <p>v. Bantu klien untuk miring/tengkurap, untuk membersihkan punggung dan bokong, letakkan handuk sepanjang punggung dan bokong klien.</p> <p>w. Tutupi dengan menarik selimut mandi dari bahu ke paha dan lipat di bawah paha.</p> <p>x. Bersihkan dan keringkan punggung dari leher ke bokong dengan usapan memanjang dan tegas. Beri perhatian khusus pada lipatan di daerah bokong dan anus</p> <p>y. Ganti air dan waslap bila perlu.</p> <p>z. Bantu klien untuk posisi terlentang dan miring. Tutupi dada dan ekstremitas atas dengan selimut mandi. Buka daerah genitalia dan bersihkan daerah genitalia, berikan kesempatan pada klien untuk membersihkan sendiri, jika klien tidak dapat melakukan sendiri dan perlu bantuan bidan/perawat, bidan/perawat harus menggunakan sarung tangan bersih. Bersihkan dan keringkan dengan baik.</p>			
12.	Berikan body lotion untuk melembabkan kulit jika diinginkan (berikan pilihan pada klien)			
13.	Bantu klien berpakaian			
14.	Sisir rambut klien dan potong kukunya			
15.	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan mengucapkan Hamdalah			
16.	Rapikan tempat tidur			
17.	Bersihkan dan kembalikan peralatan mandi, rapikan ruangan senyaman mungkin dan kembalikan alat-alat ke tempat semula			
TEKNIK				
18	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
19	Menjaga privasi ibu			
20	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

BED MAKING

Definisi

Mengganti alat tenun kotor dengan alat tenun yang bersih pada tempat tidur klien dengan klien tetap berada di tempat tidur dan pada tempat tidur yang kosong.

Tujuan

1. Memberikan lingkungan yang bersih, tenang dan nyaman.
2. Menghilangkan hal yang dapat mengiritasi kulit dengan menciptakan alas tidur dan selimut yang bebas dari kotoran atau lipatan.
3. Meningkatkan gambaran diri dan harga diri klien dengan menciptakan tempat tidur yang bersih, rapi dan nyaman.
4. Mengontrol penyebaran mikroorganisme.

Alat yang Dibutuhkan

Trolley yang berisi:

1. Laken besar,
2. Laken kecil/stik laken,
3. Alas/perlak,
4. Selimut,
5. Sarung bantal dan sarung guling,
6. Tempat linen kotor
7. Sarung tangan bersih.

FORMAT PENILAIAN KETRAMPILAN BED MAKING

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI				
		0	1	2		
SIKAP DAN PERILAKU						
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri					
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan					
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.					
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .					
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih					
CONTENT/ ISI						
6.	Menyiapkan alat dan bahan					
7.	Menanyakan keluhan utama klien					
8.	Sediakan privasi bagi klien (pasang tirai)					
9.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan					
10.	Susun peralatan dan letakkan pada kursi di samping tempat tidur klien					
11.	Turunkan penghalang tempat tidur. Atur tinggi tempat tidur pada posisi yang memudahkan perawat bekerja. Atur posisi klien, bila perlu angkat bantal					
12.	Miringkan klien ke arah yang berlawanan dengan posisi perawat					
13.	Lepaskan lipatan alat tenun yang terdapat di bawah kasur dari kepala ke kaki tempat tidur. Lipat alat tenun tersebut ke arah klien, pertama-tama stik, perlak kemudian laken besar. Lipat sampai ke bawah bokong klien, punggung dan bahunya. Bila perlak akan dipakai kembali, jangan melipatnya					
14.	Letakkan alat tenun bersih di tengah kasur, arah memanjang					
	Laken besar di bawah perlak, stik di atas perlak					
	Buka lipatan laken besar ke arah perawat berdiri hingga menutupi separuh dari tempat tidur, kemudian lipat/ masukkan laken pada ujung, kepala dan kaki tempat tidur ke bawah kasur					
	Tarik alat tenun dengan tepat sehingga tidak terdapat lipatan pada bagian tengahnya.					
15.	Bentuk sudut pada kepala tempat tidur dan kaki tempat tidur					
	Angkat ujung laken sebelah atas dan bentuk segitiga dengan satu sisi tempat tidur dari ujung laken paralel dengan ujung tempat tidur					
	Lipat bagian laken yang terdapat di sebelah bawah kasur					

	Menurunkan ujung yang lainnya, masukkan ke bawah kasur			
	Lipat bagian lain yang tersisa dengan rapi			
	Lakukan hal yang sama pada kaki tempat tidur			
16.	Buka lipatan perlak dan stik laken ke arah perawat berdiri kemudian lipat bagian yang menjuntai ke lantai ke bawah kasur. Lakukan dengan rapi			
17.	Pasang penghalang tempat tidur dan pindah ke sisi lain kemudian turunkan penghalang tempat tidur tersebut			
18.	Bantu klien bergeser ke posisi lain			
19.	Lepas alat tenun yang kotor di bawah kasur dengan cara menggulungnya dengan permukaan kotor di dalam. Masukkan ke dalam bak alat tenun kotor			
20.	Buka lipatan alat tenun yang bersih dari kepala ke kaki			
21.	Bentuk sudut laken seperti nomor 7			
22.	Buka lipatan perlak seperti nomor 8			
23.	Pasang selimut pada dada klien, beritahu klien untuk memegang ujung selimut yang kotor. Kemudian perawat menarik lipatan selimut ke arah kaki tempat tidur dan klien menahan pegangan di ujung selimut.			
24.	Masukkan sisi selimut di kaki tempat tidur ke bawah kasur			
25.	Ganti sarung bantal			
26.	Angkat kepala klien dan letakkan bantal di bawahnya			
27.	Kembalikan klien pada posisi semula dan pasang side rail kembali			
28.	Buka tirai			
29.	Kembalikan alat-alat pada tempatnya			
30.	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan mengucapkan Hamdalah			
31.	Mengakhiri pertemuan dengan cara yang baik dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
32.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
33.	Menjaga privasi ibu			
34.	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
Total Nilai				

Nilai batas lulus = 75%

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

PERINEAL HIGIENE

Definisi

- ✓ *Perineal hygiene* (PH) merupakan tindakan yang dilakukan pada klien yang tidak mampu secara mandiri dalam membersihkan perineum.

Tujuan

- ✓ Mencegah terjadinya infeksi pada daerah perineum
- ✓ Meningkatkan kenyamanan klien

Indikasi

- ✓ Klien post partum
- ✓ Klien post operasi
- ✓ Klien immobil (bedrest)
- ✓ Klien yang terpasang kateter
- ✓ Klien tidak sadar

Waktu Perawatan Perineum

- ✓ Berdasarkan rasional tindakan perawatan perineum dilakukan tiap 8 jam sekali. Perawatan perineum dilakukan pada setiap prosedur invasif di daerah perineal, misalnya: pada saat akan dilakukan pemasangan kateter, pemeriksaan dalam (*vaginal touch*), pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR).

FORMAT KETERAMPILAN PERINEAL HIGIENE

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
2.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
3.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
4.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir (pra dan pasca tindakan)			
5.	Mendekontaminasi alat			
CONTENT/ ISI				
6.	Cek catatan klien melalui rekam medis			
7.	Menyiapkan alat dan bahan			
8.	Membawa peralatan ke dekat pasien			
9.	Pastikan privasi klien terjaga			
10.	Menganjurkan klien untuk melepas pakaian dalam/ bagian bawah			
11.	Atur pasien dengan posisi dorsal recumbent			
12.	Pasang pernak di bawah pinggul/ bokong pasien			
13.	Gunakan sarung tangan			
14.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
15.	Bersihkan labia mayoran dengan kapas DTT			
16.	Bersihkan labia minora dengan kapas DTT			
17.	Bersihkan vestibulum dengan kapas DTT			
18.	Bersihkan perineum dengan kapas DTT			
19.	Bersihkan anus dengan kapas DTT			
20.	Keringkan dengan kasa bersih dan kering			
21.	Perhatikan tanda tanda infeksi			
22.	Berikan obat pada luka perineum			
23.	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan mengucapkan Hamdalah			
24.	Pasang celana dalam dan pembalut yang kering dan bersih			
25.	Ambil alas bokong			
26.	Rapikan klien			
27.	Bereskan alat			
28.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			

TEKNIK				
29	Melaksanakan tindakan secara sistematis			
30	Menjaga privasi pasien			
31	Melakukan komunikasi dengan klien dan merespon dengan baik			
32	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

KEBUTUHAN ELIMINASI

Pemenuhan kebutuhan eliminasi terdiri dari **kebutuhan eliminasi alvi** (berhubungan dengan defekasi) dan **kebutuhan eliminasi urin** (berhubungan dengan perkemihan). Kebutuhan eliminasi sangat diperlukan pengawasan terhadap masalah yang berhubungan dengan gangguan kebutuhan eliminasi, seperti inkontinensia dan retensi urin.

KATETERISASI URIN

Pengertian

Kateterisasi urin atau kateterisasi saluran kencing adalah dimasukkannya kateter melalui uretra ke dalam kandung kencing untuk membuang urin. Kateter memungkinkan mengalirkan urine yang berkelanjutan pada klien yang tidak mampu mengontrol perkemihan atau klien yang mengalami obstruksi. Kateter juga menjadi alat untuk mengkaji haluaran urine per jam pada klien yang status hemodinamiknya tidak stabil. Klien yang terpasang dalam jangka waktu lama akan mengakibatkan risiko Urinaria Tractus Infection (UTI) atau Infeksi Saluran Kemih (ISK) dan trauma pada uretra, maka kateterisasi dianjurkan untuk sementara.

Indikasi

- ✓ **Kateter Intermitten**
 - Meredakan rasa tidak nyaman akibat distensi kandung kemih,
 - Mengambil spesimen urin yang steril
 - Mengkaji residu urin setelah pengosongan kandung kemih
 - Penatalaksanaan jangka panjang klien yang mengalami cedera medula spinalis, degenerasi neuromuskular, atau kandung kemih yang tidak kompeten.
- ✓ **Kateterisasi Menetap Jangka pendek**
 - Obstruksi pada aliran urin (misalnya, pembesaran prostat)
 - Perbaikan kandung kemih, uretra, dan struktur di sekelilingnya melalui pembedahan
 - Mencegah obstruksi uretra akibat adanya bekuan darah
 - Mengukur haluaran urin pada klien yang menderita penyakit kritis
 - Irigasi kandung kemih secara intermitten atau secara berkelanjutan

✓ **Kateterisasi Menetap Jangka Panjang**

- Retensi urin yang berat disertai ISK berulang
- Ruam kulit, ulkus, atau luka iritasi akibat kontak dengan urin
- Penderita penyakit terminal

Tujuan Pemasangan Kateter Urin, antara lain

- ✓ Untuk mengosongkan seluruh isi kandung kencing sebelum pembedahan
- ✓ Untuk mengosongkan seluruh isi kandung kencing setelah pembedahan
- ✓ Untuk mengosongkan seluruh isi kandung kencing sebelum bersalin
- ✓ Untuk mendapatkan specimen urin steril

Jenis kateter

- ✓ Kateter menetap
 - Kateter retensi/kateter foley
 - Ditinggalkan di dalam tubuh
 - Disambungkan dengan penampung
 - Terdapat 2 atau 3 lumen (salah satunya untuk mengembangkan balon)
 - Drainase terjadi karena gaya berat
- ✓ Kateter langsung
 - Setelah urin keluar kateter dicabut
 - Memiliki satu lumen untuk keluarnya urin

Ukuran Kateter

- ✓ Anak : 8-10 French (Fr)
- ✓ Wanita : 14-16 Fr
- ✓ Laki-Laki : 16-18 Fr

Rasional penggunaan kateterisasi

Kateter digunakan untuk drainage urine dan bladder atau untuk memasukkan cairan ke dalam bladder. Bladder pasien yang dikateterisasi untuk menentukan diagnosis dan alasan terapi. Hal ini merupakan tanggung jawab bidan/perawat untuk mengerjakan ketrampilan ini atau dapat mendelegasikannya pada staf yang sudah ditraining khusus. Karena disamping bladder adalah steril, tindakan ini juga memberikan akses langsung pada ginjal, oleh karena itu penting diperhatikan untuk mencegah kontaminasi bladder. Infeksi saluran kemih merupakan hal yang sering terjadi pada tindakan kateterisasi bladder yang menetap. Kateterisasi dapat menyebabkan bahaya pada uretra, bladder atau keduanya. Selain infeksi bladder dapat mengakibatkan hal

serius, kateterisasi juga dapat meningkatkan infeksi ginjal, dimana jika hal ini terjadi dapat mengancam kehidupan.

Perawat/bidan juga harus tahu anatomi sistem urinaria untuk mencegah kerusakan uretra selama kateterisasi. Sekali kateter ditempatkan, harus dipastikan bahwa drainage dilakukan secara benar. Perawat/bidan bertanggung jawab tidak hanya pada prosedur ketrampilan secara efektif dan aman tetapi juga memberikan penjelasan dan menurunkan kecemasan pasien.

Perawatan Kateter Rutin

Klien yang terpasang kateter menetap membutuhkan perawatan khusus. Tindakan perawatan difokuskan pada pencegahan infeksi dan mempertahankan kelancaran aliran urin pada sistem drainase kateter.

✓ **Asupan Cairan**

Klien yang terpasang kateter harus mengonsumsi cairan sebanyak 2.000-2.500 ml/hari, jika tidak ada indikasi pembatasan intake cairan. Jumlah cairan ini dapat diperoleh melalui asupan oral atau intravena. Asupan cairan dalam jumlah besar dibutuhkan untuk menghasilkan volume urin yang besar untuk membilas kandung kemih dan menjaga selang kateter bebas dari sedimen.

✓ **Higiene Perineum**

Pembentukan sekresi atau krusta pada tempat insersi kateter merupakan sumber iritasi dan potensial menyebabkan infeksi. Perawatan perineum dilakukan minimal 2 kali sehari atau sesuai kebutuhan klien yang terpasang kateter.

✓ **Perawatan Kateter**

Perawatan kateter direkomendasikan untuk dilakukan untuk meminimalkan rasa tidak nyaman dan mengurangi infeksi.

Melepas Kateter Menetap

Saat melepas kateter menetap, perawat/bidan meningkatkan fungsi normal kandung kemih dan mencegah trauma pada uretra. Posisikan klien dalam posisi yang sama dengan posisi kateterisasi. Letakkan bengkak dan perlak. Perawat/bidan dengan perlahan menarik seluruh larutan untuk mengempiskan balon secara total

FORMAT KETRAMPILAN PEMASANGAN KATETER URIN

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
6.	Mendekontaminasi alat			
CONTENT/ ISI				
7.	Cek catatan medis			
8.	Menyiapkan alat dan bahan			
9.	Pilih tipe dan ukuran kateter Sambungkan urin bag dengan kateter Untuk kateter tetap, ambil spuit dan tes balon dengan mengisi air steril dan kempeskan balon dengan menarik air steril , biarkan spuit tertinggal			
10.	Berikan privasi pada klien: tutup pintu kamar atau pasang tirai			
11.	Atur posisi klien			
12.	Beri pengalas pada bokong			
13.	Dekatkan alat-alat			
14.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk bersih			
15.	Pakai sarung tangan steril			
16.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
17.	Gunakan tangan non dominan untuk mengekspos meastus			
18.	Lakukan desinfeksi: gunakan kapas DTT dengan pinset secara aseptis			
19.	Gunakan gerakan sirkuler untuk laki-laki atau lakukan vulva hygiene untuk wanita			
20.	Jauhkan kapas bekas ke dalam bengkok dari area steril			
21.	Tangan non dominan memegang penis atau membuka vulva			
22.	Memasukkan jelly ke dalam uretra bila laki-laki dan mengoles jelly pada kateter untuk wanita			
23.	Masukkan kateter 20 cm pada pria pegang penis 45° sampai urin keluar atau masukkan kateter 4-6,5 cm pada wanita			
24.	Masukkan lagi kateter 2,5 cm			

25.	Isi balon dengan air steril sejumlah yang tertera pada kateter			
26.	Tarik kateter sampai ada tahanan			
27.	Gunting plastik yang membungkus kateter			
28.	Fiksasi kateter ke bawah abdomen pasien pria atau pada paha depan untuk wanita,			
29.	Menempatkan penampung dan saluran dengan benar			
30.	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan mengucapkan Hamdalah			
31.	Kumpulkan dan bereskan alat disposable			
32.	Lepaskan sarung tangan			
33.	Bantu pasien untuk posisi yang nyaman			
34.	Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
35.	Melaksanakan tindakan secara sistematis			
36.	Menjaga privasi pasien			
37.	Melakukan komunikasi dengan klien dan merespon dengan baik			
38.	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

**FORMAT KETERAMPILAN MEMBANTU PASIEN BUANG AIR BESAR (BAB)
DAN BUANG AIR KECIL (BAK)**

No	Aspek Yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan mengeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
6.	Mendekontaminasi alat			
CONTENT/ ISI				
7.	Cek catatan pasien			
8.	Menyiapkan alat dan bahan			
9.	Berikan privasi pada klien : tutup pintu kamar atau pasang tirai			
10.	Meletakkan alat dan bahan di troli yang terjangkau oleh pemeriksa			
11.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
12.	Gunakan sarung tangan			
13.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
14.	Membuka pakaian hanya pada bagian yang akan dilakukan			
15.	Meminta klien untuk menekuk lutut dan mengangkat bokong (bila perlu membantu klien mengangkat bokongnya dengan meletakkan tangan antara pinggang dan bokong)			
16.	Memasang perlak			
17.	Memasang pispot			
18.	Menyelimuti pasien			
19.	Setelah klien selesai BAB dan atau BAK menyiram daerah vulva dan anus dengan larutan DTT dengan air dari depan ke belakang			
20.	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan mengucapkan Hamdalah			
21.	Meminta klien mengangkat bokong, mengambil pispot dengan tangan yang lain dan mengambil perlak			
22.	Melipat selimut dan mengganti dengan selimut sebelumnya, memosisikan klien dalam keadaan yang nyaman jika kotor			
23.	Membereskan alat			
24.	Melepas sarung tangan			
25.	Mencatat jumlah dan sifat urine atau feses dalam buku status klien			

26.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
27.	Melaksanakan tindakan secara sistematis			
28.	Menjaga privasi pasien			
29.	Melakukan komunikasi dengan klien dan merespon dengan baik			
30.	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL

Tanda vital merupakan pengukuran fisiologis terhadap suhu, nadi, tekanan darah, pernapasan, dan saturasi oksigen. Tanda vital diukur sebagai bagian dari pemeriksaan fisik atau sebagai tinjauan kondisi aktual klien. Tanda vital paling baik diukur ketika klien tidak aktif dan dalam lingkungan yang nyaman. Perubahan dalam satu tanda vital dapat mempengaruhi karakteristik dari tanda vital yang lain.

Pemeriksaan tanda vital yang dilaksanakan oleh perawatn digunakan untuk memantau perkembangan pasien. Tindakan ini bukan hanya merupakan kegiatan rutin pada klien, tetapi merupakan tindakan pengawasan terhadap perubahan atau gangguan sistem tubuh.

1. Suhu Tubuh

Batas normal untuk dewasa = 36°-38°C

Oral rata-rata : 37°C

Rektal rata-rata : 37,5°C

Suhu inti adalah suhu jaringan dalam yang relatif konstan meskipun tubuh dalam kondisi yang ekstrim dan aktivitas fisik meningkat. Tempat pengukuran suhu inti adalah di rektum, membran timpanik, esofagus, arteri pulmoner, dan kandung kemih.

Suhu permukaan adalah suhu yang dapat berfluktuatif bergantung pada aliran darah ke kulit dan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar. Tempat pengukuran suhu permukaan adalah di kulit, aksila, dan oral.

Hipotalamus anterior mengontrol pengeluaran panas, dan hipotalamus posterior mengontrol produksi panas. Bila sel saraf di hipotalamus anterior menjadi panas melebihi set point, impuls akan dikirim untuk menurunkan suhu tubuh. Mekanisme pengeluaran panas termasuk berkeringat, vasodilatasi pembuluh darah, dan hambatan produksi panas. Jika hipotalamus posterior merasakan suhu tubuh lebih rendah dari set point, akan terjadi vasokonstriksi pembuluh darah mengurangi aliran darah ke kulit dan ekstremitas. Kompensasi produksi panas distimulasi melalui kontraksi otot volunter dan getaran (menggigil) pada otot.

Nilai hasil pemeriksaan suhu tubuh merupakan indikator untuk menilai keseimbangan antara pembentukan dan pengeluaran panas. Tujuan pengukuran suhu tubuh adalah untuk mengetahui rentang suhu tubuh dan untuk memperoleh suhu inti jaringan tubuh rata-rata yang representatif.

2. Nadi

Nadi adalah aliran darah yang menonjol dan dapat diraba di berbagai tempat pada suhu tubuh. Nadi merupakan indikator status sirkulasi. Frekwensi nadi dapat dikaji pada setiap arteri, umumnya dilakukan pengukuran pada arteri perifer yaitu arteri radialis dan arteri karotis.

Tempat pengukuran nadi adalah arteri perifer dan arteri apikal.

a. **Arteri perifer** macamnya adalah :

- 1) **Arteri temporalis** terletak di atas tulang tengkorak, lateral terhadap mata, mudah digunakan untuk mengkaji nadi pada anak.
- 2) **Arteri karotis** terletak di sepanjang tepi medial otot sternokleidomastoid di leher, bagian yang mudah digunakan untuk mengkaji nadi pada saat shock atau henti jantung atau pada saat nadi yang lain tak teraba.
- 3) **Arteri brakialis** terletak diantara alur di antara otot bisep dan trisep pada fossa antekubital, digunakan untuk mengkaji status sirkulasi ke lengan bawah.
- 4) **Arteri radialis** terletak di radial atau sisi ibu jari dan jari telunjuk pada pergelangan tangan, biasanya digunakan untuk mengkaji nadi perifer dan mengkaji status sirkulasi ke tangan.
- 5) **Arteri femoralis** terletak di bawah ligamen inguinal di tengah antara simfisis pubis dan SIAS, digunakan untuk mengkaji nadi pada saat shock atau henti jantung pada saat nadi yang lain tak teraba dan untuk mengkaji status sirkulasi ke tungkai.
- 6) **Arteri popliteal** terletak dibelakang tumit pada fossa popliteal, digunakan untuk mengkaji status sirkulasi ke tungkai bagian bawah.
- 7) **Arteri tibia posterior** terletak di bagian dalam pergelangan kaki di bawah maleolus medial, digunakan untuk mengkaji status sirkulasi ke kaki.
- 8) **Arteri dorsalis pedis** terletak di sepanjang bagian atas kaki diantara tendon ekstensi dari jari kaki pertama dan besar, digunakan untuk mengkaji status sirkulasi ke kaki.

- b. **Arteri apikal**, terletak di rongga intercostal keempat sampai kelima pada garis midklafikular kiri, digunakan untuk mengauskultasi nadi apikal.

Frekwensi jantung normal:

Bayi : 120-160 denyut/menit

Todler : 90-140 denyut/menit

Prasekolah : 80-110 denyut/menit

Usia sekolah : 75-100 denyut/menit

Remaja : 60-90 denyut/menit

Dewasa : 60-100 denyut/menit

3. Kadar Oksigen dalam Darah/ Saturasi Oksigen

Kadar oksigen (saturasi oksigen) dalam darah adalah jumlah oksigen yang telah beredar di sistem peredaran darah tubuh. Oksigen masuk ke dalam tubuh melalui hidung dan mulut, kemudian melewati paru-paru, mengalir ke dalam aliran darah. Saat sudah berada di dalam aliran darah, oksigen membantu menggantikan sel-sel yang rusak, menyediakan energi untuk tubuh, hingga mendukung fungsi sistem kekebalan tubuh.

Kadar oksigen atau saturasi oksigen dalam darah dapat diketahui melalui dua pemeriksaan yang berbeda, yaitu:

a. Analisa Gas Darah (AGD)

AGD bertujuan untuk memeriksa seberapa baik paru-paru Anda bekerja dan mengukur keseimbangan asam-basa dalam darah. AGD dilakukan dengan cara mengambil sampel darah dari arteri yang biasanya terletak di pergelangan tangan. Tes analisa gas darah biasanya mencakup pengukuran berikut ini:

- 1) Kandungan oksigen (O₂CT), yaitu jumlah oksigen dalam darah.
- 2) Saturasi oksigen (O₂Sat), yaitu jumlah hemoglobin dalam darah.
- 3) Tekanan parsial oksigen (PaO₂), yaitu tekanan oksigen yang terlarut dalam darah.
- 4) Tekanan parsial (PaCO₂), yaitu jumlah karbon dioksida dalam darah.
- 5) pH, yaitu keseimbangan asam dan basa dalam darah.
- 6) Pemeriksaan ini dilakukan di rumah sakit dengan bantuan tenaga kesehatan.

b. Alat Pulse Oximeter

Pulse oximeter adalah pengukuran yang mudah dan tidak membutuhkan pengambilan darah. Alat berbentuk klip yang disebut probe ini mengukur kadar oksigen dengan menggunakan sinar inframerah ke kapiler di jari tangan Anda.

Cara kerjanya adalah dengan menempatkan probe di bagian tubuh, seperti jari atau cuping telinga. Pulse oximeter kemudian akan menentukan kadar oksigen dalam sel darah merah dengan menganalisis cahaya dari inframerah yang melewati kapiler di jari atau cuping telinga.

Kadar normal oksigen dalam darah untuk anak dan dewasa berdasarkan pemeriksaan dengan pulse oxymeter yaitu 95%-100%. Pasien dengan saturasi oksigen kurang dari 95% maka, memerlukan terapi oksigen.

4. Pernapasan

Pernapasan adalah tanda vital yang paling mudah dikaji, namun perawat tidak boleh menaksir pernapasan. Pengukuran yang akurat memerlukan observasi dan palpasi gerakan dinding dada.

Frekwensi pernapasan rata-rata normal menurut usia :

Bayi baru lahir	: 36-40 x/menit
Bayi (6 bulan)	: 30-50 x/menit
Todler (2 tahun)	: 25-32 x/menit
Anak-anak	: 20-30 x/menit
Remaja	: 16-19 x/menit
Dewasa	: 12-20 x/menit

Gangguan dalam pola pernapasan

- Bradipnea**, frekwensi bernapas teratur namun lambat secara tidak normal (<12 x/menit)
- Takipnea**, frekwensi bernapas teratur namun cepat secara tidak normal (>20 x/menit)
- Hiperpnea**, pernapasan sulit, peningkatan kedalaman, peningkatan frekwensi (>20 x/menit). Secara normal terjadi setelah olah raga.

- d. **Apnea**, pernapasan berhenti untuk beberapa detik, penghentian persisten mengakibatkan henti napas.
- e. **Hiperventilasi**, frekwensi dan kedalaman pernapasan meningkat. Dapat terjadi hipokarbia.
- f. **Hipoventilasi**, frekwensi dan kedalaman pernapasan abnormal, ventilasi mungkin mengalami depresi. Dapat terjadi hiperkabnia.
- g. **Pernapasan Cheyne-Stokes**, frekwensi dan kedalaman pernapasan tidak teratur, ditandai dengan periode apnea dan hiperventilasi yang berubah-ubah. Siklus pernapasan mulai dengan lambat, napas dalam yang meningkat secara perlahan sampai frekwensi dan kedalaman yang abnormal. Pola tersebut berbalik, bernapas lambat dan menjadi dangkal, klimaksnya pada apnea sebelum kembali bernapas.
- h. **Pernapasan Kussmaul**, pernapasan dalam secara tidak normal dalam, frekwensi meningkat.
- i. **Pernapasan Biot**, pernapasan dangkal secara tidak normal untuk dua atau tiga kali napas diikuti periode apnea yang tidak teratur.

5. Tekanan Darah

Tekanan darah merupakan kekuatan lateral pada dinding arteri oleh darah yang didorong dengan tekanan dari jantung. Tekanan darah merupakan indikator bagi kesehatan kardiovaskular. Tekanan darah arteri dapat diukur secara langsung (invasif) maupun tidak langsung menggunakan alat pengukur tekanan darah (sphygmomanometer). Pengukuran secara tidak langsung ini menggunakan dua cara yaitu palpasi yang dapat mengukur tekanan sistolik dan auskultasi yang dapat mengukur tekanan sistolik dan diastolik. Tujuan dilakukan pemeriksaan tekanan darah adalah untuk mengetahui nilai tekanan darah.

Klasifikasi tekanan darah untuk dewasa :

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 130	< 85
Normal Tinggi	130-139	85-89
Hipertensi :		
DERAJAT 1 (Ringan)	140-159	90-99
DERAJAT 2 (Sedang)	160-179	100-109
DERAJAT 3 (Berat)	180-209	110-119
	≥ 210	≥ 120

DERAJAT 4 (Sangat Berat)		
--------------------------	--	--

Hipertensi merupakan gangguan asimtomatik yang sering terjadi ditandai dengan peningkatan tekanan darah secara persisten. Diagnosa hipertensi dibuat saat diastolik rata-rata dua kali atau lebih menunjukkan angka 90 mmHg atau lebih tinggi atau bila tekanan darah multipel sistolik labih dari 140 mmHg. Hipertensi dihubungkan dengan pengerasan dan hilangnya elastisitas dinding arteri. Tahanan vaskular perifer meningkat dalam pembuluh yang mengeras dan tidak elastis.jantung harus memompa melawan tahanan yang lebih besar secara kontinyu, akibatnya darah ke organ vital seperti jantung, otak, dan ginjal menurun.

Hipotensi adalah tekanan darah sistolik turun sampai 90 mmHg atau lebih rendah. Meskipun pada beberapa orang secara normal tekanan darahnya rendah namun bagi kebanyakan orang tekanan darah yang rendah merupakan temuan yang tidak normal dan dihubungkan dengan keadaan sakit. Hipotensi terjadi karena dilatasi arteri pada dasar vaskular, kehilangan darah dalam volume yang banyak (cth: hemoragi), atau kegagalan otot jantung memompa darah secara adekuat (cth: infark miokard). Hipotensi dihubungkan dengan pucat, kulit belang, berkeringat, atau penurunan kesadaran.

Hipotensi Orthostatik atau Hipotensi Postural adalah menurunnya tekanan darah saat klien bergerak dari posisi duduk ke berdiri, sering disertai dengan pusing, kunang-kunang, dan bahkan sinkope (pingsan). Hipotensi orthostatik dapat merupakan gejala kekurangan volume cairan atau kontrol neurovaskular yang tidak adekuat.

FORMAT KETRAMPILAN PENGUKURAN TANDA VITAL

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Menyiapkan alat dan bahan			
7.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
8.	Menghitung frekwensi nadi			
	Menilai denyut nadi radialis:			
	Atur posisi yang nyaman : duduk atau berbaring dengan posisi tangan rileks			
	Menekan kulit dekat dengan arteri radialis dengan tiga jari, dan meraba denyut nadi			
	Letakkan ketiga ujung jari-jari tangan (jari telunjuk, jari tengah, jari manis) pada arteri /nadi yang akan diukur, tekan dengan lembut.			
	Hitung frekuensi nadi mulai hitungan nol (0) selama 30 detik (kalikan dua kali untuk memperoleh frekuensi dalam satu menit). Jika ritme nadi tidak teratur, hitung selama satu menit.			
	Informasikan / diskusikan hasil pengukuran dengan klien			
	Menilai denyut nadi brakialis :			
	Atur posisi yang nyaman : duduk atau berbaring dengan posisi tangan rileks			
	Meraba mencari daerah pulse brakial (antara bisep dan trisep)			
	Letakkan ketiga ujung jari-jari tangan (jari telunjuk, jari tengah, jari manis) pada arteri /nadi yang akan diukur, tekan dengan lembut.			
	Hitung frekuensi nadi mulai hitungan nol (0) selama 30 detik (kalikan dua kali untuk memperoleh frekuensi dalam satu menit). Jika ritme nadi tidak teratur, hitung selama satu menit.			
9.	Menghitung Respirasi Rate (Pernapasan)			
	Menjelaskan prosedur kepada pasien bila hanya khusus menilai pernafasan			
	Menutup tirai/ sampiran			
	Membuka baju pasien bila perlu untuk mengobservasi gerakan dada.			
	Meletakkan tangan datar pada dada dan mengobservasi kedalaman dan kesimetrisan gerakan.			

	Menentukan irama pernafasan			
	Menghitung jumlah pernafasan selama 60 detik, Bila pernafasan teratur cukup 30 detik dikalikan 2.			
	Mendengarkan bunyi pernafasan, kemungkinan ada bunyi abnormal			
10.	Mengukur Kadar Oksigen dalam Darah			
	Pastikan tangan dan kuku pasien dalam kondisi bersih. Kuku harus dalam kondisi bersih, tidak panjang dan tidak terdapat cat kuku.			
	Minta pasien untuk duduk/ tiduran dengan tangan diletakkan di meja periksa/ tempat tidur agar nyaman dan rileks. Minta pasien untuk tidak menggerakkan tangan dan tubuh selama pemeriksaan berlangsung.			
	Nyalakan oksimeter.			
	Jepit di ujung jari, dengan kuku menghadap ke atas dan lihat hasilnya dalam beberapa detik di layar oxymeter.			
11.	Mengukur Tekanan Darah			
	Memberi tahu posisi pasien			
	Menyingsingkan lengan baju pasien ke atas			
	Memasang manset sphygmomanometer \pm 1 inchi (2,5 cm) di atas fossa cubiti			
	Mengatur tensimeter agar siap pakai (untuk tensimeter air raksa), yaitu menghubungkan pipe tensimeter dengan pipe manset, menutup sekrup balon manset, membuka kunci reservoir			
	Meraba arteri brachialis, memompa sampai 120-130 mmHg			
	Meletakkan diafragma stetoskop di atas tempat denyut nadi tanpa menekan			
	Mengendorkan pompa 2-3 mmHg per denyut			
	Mencatat bunyi Korotkoff I dan V atau bunyi detak pertama (sistole) dan terakhir (diastole)			
	Melonggarkan pompa segera setelah bunyi terakhir hilang			
	Jika pengukuran perlu diulang, tunggu 30 detik dan lengan ditinggikan di atas jantung untuk mengalirkan darah dari lengan			
	Melepas manset			
	Mengembalikan posisi pasien senyaman mungkin			
12.	Mengukur Suhu			
	Pengukuran di Ketiak:			
	Memberi tahu pasien			
	Bersihkan thermometer dengan alcohol swab, bersihkan/keringkan dari ujung ke pangkal thermometer. Kemudian turunkan air raksa sampai 35 °C.			
	Siapkan posisi yang nyaman bagi klien			
	Bantu klien membuka baju pada bagian bahu sampai lengan			
	Bersihkan daerah aksila klien dengan tisu.			
	Pasang dan pastikan thermometer menempel pada aksila.			
	Menyilangkan tangan klien pada dada.			
	Tunggu 5-10 menit.			

	Ambil thermometer dari aksila dan baca kenaikan air raksa.			
	Bantu klien memakai baju kembali.			
	Turunkan air raksa pada thermometer sampai batas minimal dan kemudian bersihkan dengan mengelap, mencelupkan pada air sabun, air bersih dan mengembalikan di tempatnya (air desinfektan).			
13.	Mengucapkan Hamdalah setelah melakukan tindakan			
14.	Menjelaskan bahwa pemeriksaan telah dilakukan dan menginformasikan hasilnya			
15.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
C.	TEKNIS			
16.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan			
17.	Menjaga privasi pasien			
18.	Melaksanakan tindakan dengan efektif & efisien			
TOTAL NILAI				

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

Nilai batas lulus = 75%

KEBUTUHAN OKSIGENASI

Oksigen memegang peranan penting dalam semua proses tubuh secara fungsional. Tidak adanya oksigen akan menyebabkan tubuh, secara fungsional, mengalami kemunduran atau bahkan dapat menimbulkan kematian. Kebutuhan oksigen merupakan kebutuhan yang paling utama dan sangat vital bagi tubuh.

DESKRIPSI

1. Pengertian

- Terapi oksigen merupakan salah satu terapi pernapasan dalam mempertahankan oksigenasi

2. Tujuan

- Mengatasi keadaan hipoksemia
- Menurunkan kerja pernapasan
- Menurunkan beban kerja otot jantung (miokard)

3. Indikasi

Kerusakan O₂ jaringan yang diikuti gangguan metabolisme dan sebagai bentuk hipoksemia, secara umum pada:

- Penurunan kadar oksigen (PaO₂)
- Peningkatan kerja pernapasan yang ditandai dengan peningkatan laju nafas, nafas dalam, dan penggunaan otot-otot tambahan
- Peningkatan kerja otot jantung (miokard)

4. Indikasi Klinis

- Henti jantung paru
- Gagal nafas
- Gagal jantung atau AMI
- Syok
- Meningkatnya kebutuhan O₂ pada luka bakar, infeksi berat, multiple trauma
- Keracunan CO
- Post operasi

5. Metode dan Peralatan minimal yang harus diperhatikan pada terapi oksigen

- Mengatur % fraksi O₂ (%HO₂)
- Mencegah akumulasi kelebihan CO₂
- Resistensi minimal untuk pernapasan

- Efisiensi dan ekonomis dalam penggunaan O₂
- PaO₂ < 60 mmHg PaCO₂ > 60 mmHg

6. Metode Pemberian Oksigen

No.	Metode Pemberian	FiO ₂	Keuntungan	Kerugian
Sistem Aliran Rendah				
1.	Kateter dan kanul Nasal	1-6 liter/menit: 24-44%	<ul style="list-style-type: none"> • Aman dan sederhana • Mudah ditoleransi pasien • Efektif untuk konsentrasi rendah • Tidak mengganggu makan dan bicara pasien • Murah, disposibel 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak dapat digunakan jika terjadi obstruksi nasal • Menyebabkan membran mukosa kering • Iritasi kulit dan hidung • Nyeri sinus dan epistaksis • Distensi lambung
2.	Sungkup muka sederhana	5-8 liter/menit: 40-60%	<ul style="list-style-type: none"> • Memberi konsentrasi oksigen lebih tinggi dibandingkan kateter/kanul nasal • Tidak menyebabkan membran mukosa kering 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirasi bila muntah • Penumpukan CO₂ pada aliran O₂ rendah • Empisema subkutan ke dalam jaringan mata pada aliran O₂ tinggi dan nekrose apabila sungkup muka dipasang terlalu ketat • Mengganggu makan dan bicara pasien
3.	Sungkup muka "Rebreathing" dengan kantong /Rebreathing Mask (RM): Udara inspirasi sebagian bercampur dengan udara ekspirasi 1/3 bagian volume ekshalasi masuk kantong, 2/3 bagian volume ekshalasi melewati lubang-lubang di samping masker	8-12 liter/menit: 60-80%	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan FiO₂ yang diberikan • Humidifikasi O₂ yang relatif lebih mudah • Tidak menyebabkan membrane mukosa kering 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirasi bila muntah • Empisema subkutan ke dalam jaringan mata pada aliran O₂ tinggi dan nekrose apabila sungkup muka dipasang terlalu ketat • Mengganggu makan dan bicara pasien
4.	Sungkup muka "Non Rebreathing" dengan kantong O ₂ /Non	8-12 liter/menit: 90%	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan FiO₂ yang diberikan • Humidifikasi O₂ yang relatif lebih mudah 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirasi bila muntah • Empisema subkutan ke dalam jaringan mata pada aliran O₂ tinggi dan nekrose

	Rebreathing Mask (NRM): terdapat kleb di samping untuk mencegah masuknya udara ruangan dan kleb di kantong reservoir untuk mencegah udara masuk ke kantong selama ekshalasi. Udara inspirasi tidak bercampur dengan udara ekspirasi, udara luar tidak mempengaruhi		<ul style="list-style-type: none"> • Tidak menyebabkan membran mukosa kering 	<p>apabila sungkup muka dipasang terlalu ketat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengganggu makan dan bicara pasien
Sistem Aliran Tinggi				
1.	Sungkup Muka Venturi (Venturi Mask)	4-14 lt/menit: 30-55%	<ul style="list-style-type: none"> • Dipakai pada pasien dengan tipe ventilasi tidak teratur • Tidak menyebabkan membran mukosa kering 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirasi bila muntah • Nekrose bila pemasangan sungkup terlalu ketat
2.	Sungkup Muka Aerosol (Ambu Bag)	Lebih dari 10 lt/menit: 100%	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan konsentrasi oksigen tinggi 100% tanpa intubasi • Tidak menyebabkan membran mukosa kering 	<ul style="list-style-type: none"> • Penumpukan air pada aspirasi bila muntah serta nekrose karena pemasangan sungkup yang terlalu ketat
3.	Oxyhood/Headbox (plastik bening yang ditutupkan mulai dari leher sampai kepala)	10-15 lt/menit: 100%	<ul style="list-style-type: none"> • Cocok untuk bayi, kepala dapat bergerak bebas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gas O₂ yang dingin membuat stressor pada pasien, sehingga diperlukan penghangatan dan humidifikasi

7. Terapi Oksigen pada Pasien Hipoksia

Penilaian PaO₂ pasien dengan udara bebas

- Ringan: PaO₂ antara 70-80mmHg
Terapi oksigen yang diberikan: nasal kanul/kateter mulai 2-3 liter/menit
Masker 6 liter/menit
- Sedang: PaO₂ antara 50-70mmHg

Masker 8-12 liter/menit atau venturi mask 50-60%

- Gagal nafas: PaO₂ 50mmHg
Intubasi dan ventilasi mekanik (penggunaan ventilator)

8. Pemantauan Terapi Oksigen

- Warna kulit: merah, pucat, pink
- Keadaan klinis: sesak nafas, penggunaan otot tambahan pernapasan
- Hasil laboratorium Analisa Gas Darah (AGD)
- Saturasi oksigen
- *Pulse oxymeter*
- Penilaian sistem kardiovaskular: kesadaran, laju jantung, nadi perifer, dan tekanan darah

9. Komplikasi

- Iritasi pada hidung dan telinga, membran mukosa kering
- Depresi pernapasan: gangguan ventilasi kronis (peningkatan CO₂) dan hipoksemia
- Displasia bronkopulmunal: pada pemberian oksigen konsentrasi tinggi
- Retrolental fibroplasia, terutama pada bayi prematur
- Penurunan *mucociliary clearance*
- Kerusakan kapiler endoteal
- Edema intersisial
- Kerusakan *pneumocytes*
- Fibrosis intersisial

FORMAT KETRAMPILAN PEMBERIAN TERAPI OKSIGEN

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Mengecek data pasien			
7.	Menyiapkan alat dan bahan			
8.	Kateter/Kanul Nasal			
	▪ Isi glas humidifier dengan <i>water irrigation</i> setinggi batas yang tertera			
	▪ Menghubungkan flow meter dengan tabung oksigen/sentral oksigen			
	▪ Cek fungsi flow meter dan humidifier dengan memutar pengatur konsentrasi O ₂ dan amati ada tidaknya gelembung udara dalam glas <i>flow meter</i>			
	▪ Menghubungkan kateter/kanul nasal dengan flow meter			
	▪ Alirkan oksigen ke: - Kateter nasal dengan aliran antara 1-6 liter - Kanul nasal dengan aliran antara 1-6 liter			
	▪ Cek aliran keteter/kanul nasal dengan menggunakan punggung tangan untuk mengetahui ada tidaknya aliran oksigen			
	▪ Olesi ujung kateter nasal/kanul nasal dengan jeli sebelum di pakai			
	▪ Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
	▪ Pasang kateter/kanul nasal pada pasien			
	▪ Tanyakan pada pasien apakah O ₂ telah mengalir sesuai yang diinginkan			
	▪ Rapikan peralatan kembali			
	▪ Cuci tangan			
9.	Sungkup Muka Kantong Non Rebreathing (NRM)			
	▪ Isi glas humidifier dengan <i>water irrigation</i> setinggi batas yang tertera			
	▪ Menghubungkan flow meter dengan tabung O ₂ /sentral O ₂			
	▪ Cek fungsi flow meter dan humidifier dengan memutar pengatur konsentrasi O ₂ dan amati ada tidaknya gelembung udara dalam glas <i>flow meter</i>			
	▪ Menghubungkan NRM dengan flow meter			
	▪ Alirkan oksigen ke: NRM dengan aliran 8-12 liter/menit			

▪	Cek aliran NRM dengan menggunakan punggung tangan untuk mengetahui ada tidaknya aliran oksigen			
▪	Pasang NRM pada pasien			
▪	Tanyakan pada pasien apakah O2 telah mengalir sesuai yang diinginkan			
▪	Rapikan peralatan kembali			
▪	Cuci tangan			
10.	Sungkup Muka Partial Rebreathing (RM)			
▪	Isi glas humidifier dengan water irrigation setinggi batas yang tertera			
▪	Menghubungkan flow meter dengan tabung oksigen/sentral oksigen			
▪	Cek fungsi flow meter dan humidifier dengan memutar pengatur konsentrasi O2 dan amati ada tidaknya gelembung udara dalam glas flow meter			
▪	Menghubungkan RM dengan flow meter			
▪	Alirkan oksigen ke: RM dengan aliran 8-12 liter/menit			
▪	Cek aliran RM dengan menggunakan punggung tangan untuk mengetahui ada tidaknya aliran oksigen			
▪	Pasang RM pada pasien			
▪	Tanyakan pada pasien apakah O2 telah mengalir sesuai yang diinginkan			
▪	Rapikan peralatan kembali			
▪	Cuci tangan			
11.	Head Box			
▪	Isi glas humidifier dengan <i>water irrigation</i> setinggi batas yang tertera			
▪	Menghubungkan <i>flow meter</i> dengan tabung oksigen/sentral oksigen			
▪	Cek fungsi <i>flow meter</i> dan humidifier dengan memutar pengatur konsentrasi O2 dan amati ada tidaknya gelembung udara dalam glas flow meter			
▪	Menghubungkan <i>Headbox</i> dengan flow meter			
▪	Alirkan oksigen ke: Headbox dengan aliran 10-15 liter/menit			
▪	Pasang <i>headbox</i> pada pasien			
▪	Beri penutup pada kepala pasien			
12	Mengakhiri tindakan dengan membaca Hamdalah			
13	Rapikan peralatan kembali			
14	Menjelaskan bahwa tindakan telah selesai dilakukan			
15	Menanyakan pada pasien yang dirasakan setelah dilakukan terapi O2			
16	Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik/berpamitan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
17	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
18	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
TOTAL				

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

Nilai batas lulus = 75%

KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT

TERAPI INTRAVENA

Adalah : memasukkan alat infus ke dalam vena untuk memberikan jalan masuk bagi pengobatan secara parenteral.

Indikasi

1. Penggantian cairan
2. Pemberian darah/produk darah
3. Pemberian obat-obatan intravena

Pemilihan Vena

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pemilihan intravena, antara lain :

1. Riwayat kesehatan klien
2. Usia, kondisi umum, dan tingkatan/ kemampuan klien dalam beraktivitas
3. Kondisi vena
4. Jenis cairan yang akan diberikan
5. Rencana lamanya pemberian terapi intravena
6. Kemampuan perawat dalam melakukan vena pungsi

Prinsip Pemilihan Vena

1. Vena pada bagian distal terlebih dahulu
2. Vena pada tangan non-dominan
3. Vena besar, lupus, dan teraba

Vena yang Harus Dihindari

1. Vena pada jari, karena mudah terjadi komplikasi (flebitis, infiltrasi) dan dekat dengan persyarafan
2. Vena yang terletak di bawah vena yang terjadi flebitis dan infiltrasi
3. Vena yang mengalami trombosis
4. Area kulit yang mengalami inflamasi, lebam, dan terluka
5. Lengan dimana dilakukan mastektomi radikal, edema, infeksi, arteriovenous shunt, fistula.

Komplikasi

1. Flebitis (peradangan pembuluh vena), tanda-tanda: hangat, merah, bengkak di daerah luka tusukan.

- a. Penyebab: kurangnya aliran darah di sekitar kanula, gesekan dari kanula di dalam vena, clotting pada ujung kanula.
 - b. Intervensi: ganti kanula, gunakan kompres hangat, gunakan krem heparin, kolaborasi pemberian analgesik anti inflamasi.
2. Hematoma
- a. Tanda-tanda: tenderness, memar.
 - b. Penyebab: vena tterembus, jarum tidak pada tempatnya dan darah mengalir.
 - c. Intervensi: kanul dipindahkan, gunakan tekanan dan kompres, cek kembali tempat keluar darah.
3. Infiltrat
- a. Merupakan kebocoran cairan infus ke jaringan sekitar.
 - b. Tanda-tanda: kepuccatan, bengkak, dingin, nyeri dan terhentinya tetesan infus.
 - c. Intervensi: kaji tingkat keparahan, lepas infus, tinggikanekstremitas yang terpasang infus.

Pemilihan Kanul

Pemilihan kanula, tergantung pada vena yang digunakan. Kanula sebaiknya berukuran 3/4-11/4 inchi. Pemilihan kateter juga harus mempertimbangkan kondisi pasien dan jenis cairan yang akan diberikan. Di bawah ini adalah ukuran kateter serta penggunaannya:

24-22 : untuk anak-anak dan lansia

24-20 : untuk klien penyakit dalam dan post operasi

18 : untuk pasien operasi dan diberikan transfusi darah

16 : untuk pasien yang trauma dan memerlukan rehidrasi yang cepat.

Cara Penghitungan Tetesan

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

Keterangan:

- Drip factor : 10 tetes/menit, 15 tetes/menit, 20 tetes/menit

➤ Makrodrip : 60 tetes/menit

Contoh soal:

If the requirement are 1000 ml in 8 hours (480 minutes) and drip factor is 20 drops/ml, the drops per minute should be:

$$\frac{1000 \text{ ml} \times 20 \text{ drops/ml}}{480 \text{ min}} = 41 \text{ drops/min}$$

480 min

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

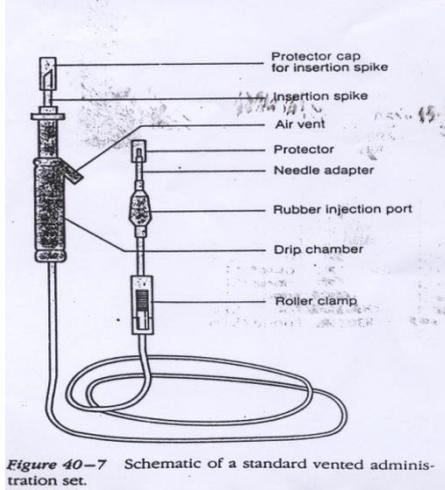


Figure 40-7 Schematic of a standard vented administration set.



Figure 40-12 An intravenous infusion pump.

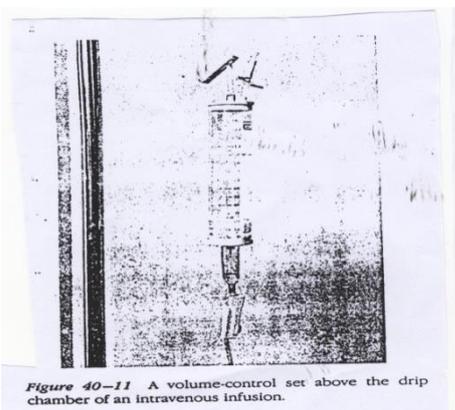


Figure 40-11 A volume-control set above the drip chamber of an intravenous infusion.

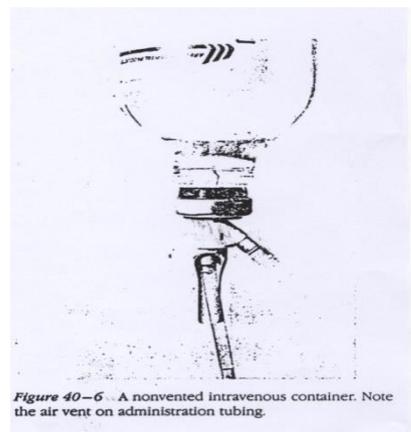


Figure 40-6 A nonvented intravenous container. Note the air vent on administration tubing.

FORMAT KETRAMPILAN PEMASANGAN INFUS

No	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I.	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
II.	CONTENT/ ISI			
6.	Cek catatan pasien dan program terapi cairan			
7.	Menyiapkan alat dan bahan			
8.	Menanyakan keluhan utama klien			
9.	Jaga privasi klien			
10.	Letakkan pasien pada posisi fowler atau supine jika tidak memungkinkan			
11.	Bebaskan lengan pasien dari lengan baju atau kemeja			
12.	Letakkan manset/ tourniquet 5 – 15 cm diatas tempat penusukan			
13.	Letakkan alas plastik dibawah lengan klien			
14.	Hubungkan cairan infus dengan infus set dan gantungkan			
15.	Periksa label pasien sesuai dengan instruksi cairan yang akan diberikan			
16.	Alirkan cairan infus melalui selang infus sehingga tidak ada udara di dalamnya			
17.	Kencangkan klem sampai infus tidak menetes dan pertahankan kesterilan sampai pemasangan pada tangan disiapkan			
18.	Kencangkan tourniquet (tekanan dibawah tekanan sistolik)			
19.	Anjurkan pasien untuk mengempal dan membukanya beberapa kali, palpasi dan pastikan tekanan yang akan ditusuk			
20.	Gunakan sarung tangan			
21.	Ucapkan Basmalah sebelum memulai tindakan			
22.	Bersihkan kulit dengan cermat menggunakan kapas alkohol, lalu diulangi dengan kapas betadin. Arah melingkar dari dalam ke luar lokasi tusukan			
23.	Gunakan ibu jari untuk menekan jaringan dan pena 5 cm diatas atau dibawah tusukan			
24.	Pegang albusat pada posisi 30 derajat pada vena yang akan ditusuk, setelah pasti masuk lalu tusuk perlahan dengan pasti			

25.	Rendahkan posisi jarum sejajar pada kulit dan tarik jarum sedikit lalu teruskan plastik IV catheter ke dalam vena			
26.	Tekan dengan jari ujung plastik iv catheter			
27.	Tarik jarum infus keluar			
28.	Sambungkan plastik IV catheter dengan ujung selang infus			
29.	Lepaskan manset			
30.	Buka selang infus sampai cairan mengalir lancar			
31.	Oleskan dengan salep betadin diatas penusukan, kemudian ditutup dengan kapas steril			
32.	Fiksasi posisi plastik iv catheter dengna plaster			
33.	Atur tetesan infus sesuai ketentuan, pasang plaster yang sudah diberi tanggal			
34.	Mengucapkan Hamdalah setelah melakukan tindakan			
35.	Rapikan alat			
36.	Lepaskan sarung tangan			
37.	Mengakhiri pertemuan dengan baik dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
	TEKNIK			
38	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
39	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu sistem atau suatu organ bagian tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), dan mendengarkan.

Pengkajian Fisik sistem "*head to toe*" meliputi :

- A. Sistem Syaraf Pusat
- B. Sistem Jantung dan pembuluh darah
- C. Sistem Pernafasan
- D. Sistem Pencernaan
- E. Sistem Perkemihan
- F. Sistem Integumen
- G. Sistem Muskuloskeletal
- H. Sistem Physikososial

Ada 2 metode pendekatan dalam pemeriksaan fisik yaitu pendekatan **sistem tubuh** dan pendekatan **head to toe** (ujung kepala – ke kaki). Sangat direkomendasikan kita mengkombinasikan kedua pendekatan tersebut Sangat baik jika kita sebagai perawat/bidan memulai pemeriksaan fisik dari kepala dan leher, kemudian ke dada, dan abdomen, daerah pelvis, *genital area*, dan terakhir di ekstremitas (tangan dan kaki). Dalam hal ini dapat saja beberapa sistem tubuh dapat dievaluasi sekaligus, sehingga pendokumentasiannya dapat dilakukan melalui pendekatan sistem tubuh.

Tehnik yang dilakukan dalam pemeriksaan fisik adalah meliputi **inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi**. Umumnya semua berurutan, kecuali pengakajian fisik di abdomen yang auskultasi dilakukan setelah inspeksi. Inspeksi dilakukan melalui pengamatan langsung, termasuk dengan pendengaran dan penciuman, sedangkan palpasi dengan menggunakan tangan kita untuk merasakan tekstur kulit, meraba adanya massa di bawah kulit, suhu tubuh dan vibrasi/getaran juga dapat dipalpasi. Berbeda dengan perkusi yang digunakan untuk mendengar suara yang dipantulkan jaringan tubuh di bawah kulit atau struktur organ. Suara yang dihasilkan dari ketukan tangan kita dapat dinilai dari timpani atau resonan dan *dull* atau *flat*, sedangkan auskultasi dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan suara organ tubuh, dan penting untuk mengkaji sistem pernapasan, jantung dan sistem pencernaan.

Kriteria pemeriksaan fisik yang penting adalah meliputi :

1. Observasi keadaan umum pasien dan perilakunya
2. Kaji adanya perubahan penglihatan dan pendengaran
3. Pengakajian *head to toe* seluruh sistem tubuh dengan memaksimalkan tehnik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi
4. Tanda-tanda vital / *vital sign* (suhu, nadi, pernapasan dan tekanan darah)

Berikut ini merupakan detail pemeriksaan fisik, yang meliputi *head to toe* dan pendekatan sistem tubuh adalah :

Sistem syaraf pusat

1. Kaji LOC (*level of consciousness*) atau tingkat kesadaran : dengan melakukan pertanyaan tentang kesadaran pasien terhadap waktu, tempat dan orang
2. Kaji status mental
3. Kaji tingkat kenyamanan, adanya nyeri dan termasuk lokasi, durasi, tipe dan pengobatannya.

4. Kaji fungsi sensoris dan tentukan apakah normal atau mengalami gangguan. Kaji adanya hilang rasa, rasa terbakar/panas dan baal.
5. Kaji fungsi motorik seperti : genggam tangan, kekuatan otot, pergerakan dan postur
6. Kaji adanya kejang atau tremor
7. Kaji catatan penggunaan obat dan diagnostik tes yang mempengaruhi SSP

Sistem Kardiovaskular

1. Kaji nadi : frekuensi, irama, kualitas (keras dan lemah) serta tanda penurunan kekuatan/pulse deficit
2. Periksa tekanan darah : kesamaan antara tangan kanan dan kiri atau postural hipotensi
3. Inspeksi vena jugular seperti distensi, dengan membuat posisi *semi fowlers*
4. Cek suhu tubuh dengan metode yang tepat, atau palpasi kulit.
5. Palpasi dada untuk menentukan lokasi titik maksimal denyut jantung
6. Auskultasi bunyi jantung S1- S2 di titik tersebut, adanya bunyi jantung tambahan, murmur dan bising.
7. Inspeksi membran mukosa dan warna kulit, lihat tanda sianosis (pucat) atau kemerahan
8. Palpasi adanya edema di ekstremitas dan wajah
9. Periksa adanya jari-jari tabuh dan pemeriksaan pengisian kapiler di kuku
10. Kaji adanya tanda-tanda perdarahan (epistaksis, perdarahan saluran cerna, flebitis, kemerahan di mata atau kulit.
11. Kaji obat-obatan yang mempengaruhi sistem kardiovaskular dan test diagnostik.

Sistem Respirasi (Pernapasan)

1. Kaji keadaan umum dan pemenuhan kebutuhan respirasi
2. Kaji respiratory rate, irama dan kualitasnya
3. Inspeksi fungsi otot bantu napas, ukuran rongga dada, termasuk diameter anterior dan posterior thorax, dan adanya gangguan spinal
4. Palpasi posisi trakea dan adanya subkutan emphysema
5. Auskultasi seluruh area paru dan kaji suara paru normal (vesikular, bronkovesikular, atau bronkial) dan kaji juga adanya bunyi paru patologis (wheezing, crackles atau ronchi)

6. Kaji adanya keluhan batuk, durasi, frekuensi dan adanya sputum/dahak, cek warna, konsistensi dan jumlahnya dan apakah disertai darah
7. Kaji adanya keluhan SOB (*shortness of breath*)/sesak napas, dyspnea dan orthopnea
8. Inspeksi membran mukosa dan warna kulit
9. Tentukan posisi yang tepat dan nyaman untuk meningkatkan fungsi pernapasan pasien
10. Kaji apakah klien memiliki riwayat merokok (jumlah per hari) dan berapa lama telah merokok
11. Kaji catatan obat terkait dengan sistem pernapasan dan test diagnostik

Sistem Pencernaan

1. Inspeksi keadaan umum abdomen : ukuran, kontur, warna kulit dan pola pembuluh vena (venous pattern)
2. Auskultasi abdomen untuk mendengarkan bising usus
3. Palpasi abdomen untuk menentukan : lemah, keras atau distensi, adanya nyeri tekan, adanya massa atau asites
4. Kaji adanya nausea dan vomitus
5. Kaji tipe diet, jumlah, pembatasan diet dan toleransi terhadap diet
6. Kaji adanya perubahan selera makan, dan kemampuan klien untuk menelan
7. Kaji adanya perubahan berat badan
8. Kaji pola eliminasi : BAB dan adanya flatus
9. Inspeksi adanya ileostomy atau kolostomi, yang nantinya dikaitkan dengan fungsi (permanen atau temporal), kondisi stoma dan kulit disekitarnya, dan kesediaan alat
10. Kaji kembali obat dan pengkajian diagnostik yang pasien miliki terkait sistem GI

Sistem Perkemihan

1. Kaji kebiasaan pola BAK, output/jumlah urine 24 jam, warna, kekeruhan dan ada/tidaknya sedimen
2. Kaji keluhan gangguan frekuensi BAK, adanya dysuria dan hematuria, serta riwayat infeksi saluran kemih
3. Palpasi adanya distensi bladder (kandung kemih)
4. Inspeksi penggunaan condom catheter, folleys catheter, silikon kateter atau urostomy atau supra pubik kateter

5. Kaji kembali riwayat pengobatan dan pengkajian diagnostik yang terkait dengan sistem perkemihan

Sistem Integumen

1. Kaji integritas kulit dan membrane mukosa, turgor, dan keadaan umum kulit (jaundice, kering)
2. Kaji warna kulit, pruritus, kering, odor
3. Kaji adanya luka, bekas operasi/skar, drain, dekubitus, dsb
4. Kaji resiko terjadinya luka tekan dan ulkus
5. Palpasi adanya nyeri, edema, dan penurunan suhu
6. Kaji riwayat pengobatan dan test diagnostik terkait sistem integument

Sistem muskuloskeletal

1. Kaji adanya nyeri otot, kram atau spasme
2. Kaji adanya kekakuan sendi dan nyeri sendi
3. Kaji pergerakan ekstremitas tangan dan kaki, ROM (*range of motion*), kekuatan otot
4. Kaji kemampuan pasien duduk, berjalan, berdiri, cek postur tubuh
5. Kaji adanya tanda-tanda fraktur atau dislokasi
6. Kaji ulang pengobatan dan test diagnostik yang terkait sistem musculoskeletal

Sistem Physikososial

1. Kaji perasaan pasien tentang kondisinya dan penyakitnya
2. Kaji tingkat kecemasan, mood klien dan tanda depresi
3. Kaji pemenuhan support sistem
4. Kaji pola dan gaya hidup klien yang mempengaruhi status kesehatan
5. Kaji riwayat penyalahgunaan obat, narkoba, alkohol, seksual abuse, emosional dan koping mekanisme
6. Kaji kebutuhan pembelajaran dan penyuluhan kesehatan

FORMAT KETERAMPILAN PEMERIKSAAN FISIK

No.	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan handuk bersih dan air mengalir dan mengeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Menyiapkan alat dan bahan			
7.	Menyiapkan ruangan: pencahayaan cukup terang, ventilasi cukup, ruangan tenang, privasi terjaga			
8.	Cek catatan pasien terutama indikasi dan kontraindikasi dilakukan pengaturan posisi			
9.	Memakai APD			
10.	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
11.	Mengatur pasien nyaman mungkin			
12.	Mengucapkan Basmalah sebelum memulai tindakan			
13.	Melakukan penilaian secara sistematis keadaan umum pasien, dengan inspeksi terhadap : keadaan umum, kesadaran, status nutrisi, warna kulit, tekstur kulit dan pigmentasi			
14.	Melakukan pemeriksaan pada kepala (inspeksi: bentuk kepala, kebersihan rambut, wajah pucat atau tidak, oedem; palpasi)			
15.	Melakukan pemeriksaan pada mata (inspeksi : bola mata, sclera dan konjungtiva)			
16.	Melakukan pemeriksaan pada hidung (inspeksi : kebersihan hidung , polip, bentuk septum)			
17.	Melakukan pemeriksaan pada mulutdan kerongkongan (inspeksi : labio schisis, palatoschisis, kebersihan mulut, gigi, tonsil/ovula)			
18.	Melakukan pemeriksaan pada telinga (inspeksi : bentuk, kebersihan)			
19.	Melakukan pemeriksaan pada leher (palpasi : kelenjar tiroid, vena jugularis, dan kelenjar limfe			
20.	Melakukan pemeriksaan pada dada (inspeksi : bentuk; palpasi)			
21.	Melakukan pemeriksaan pada paru-paru (inspeksi:pola nafas; auskultasi dinding paru, suara)			
22.	Melakukan pemeriksaan pada ketiak (palpasi: massa)			

23.	Melakukan pemeriksaan pada abdomen (inspeksi: bentuk, bekas luka operasi; palpasi: nyeri abdomen, massa; auskultasi dengan menggunakan stetoskop)			
24.	Melakukan pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah (inspeksi: warna kuku, kebersihan; perkusi: reflex patella pada ekstremitas bawah)			
25.	Melakukan pemeriksaan punggung dengan inspeksi, perkusi			
26.	Membuka pakaian bagian bawah pasien (celana dalam)			
27.	Inspeksi daerah genitalia eksterna dan kelenjar limfe inguinal			
28.	Melakukan vulva hygiene			
29.	Melakukan pemeriksaan anus (hemorrhoid)			
30.	Mengucapkan Hamdalah dan memebritahu bahwa tindakan telah selesai			
31.	Merapikan klien			
32.	Menginformasikan hasil pemeriksaan dan memberikan umpan balik			
33.	Mengakhiri pertemuan dengan baik dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
34.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
35.	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
36.	Menjaga privasi			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

KEBUTUHAN MOBILITAS

Banyak kondisi patologi yang mempengaruhi kesejajaran dan mobilitas tubuh. Abnormalitas postur kongenital dapat mempengaruhi efisiensi sistem muskuloskeletal, serta kesejajaran, keseimbangan, dan penampilan tubuh. Sebelum melakukan tindakan yang berhubungan dengan mobilitas, perawat/bidan harus mengkaji kekuatan otot, mobilitas sendi pasien, adanya paralisis atau paresis, hipotensi ortostatik, toleransi aktivitas, tingkat kesadaran tingkat kenyamanan, dan kemampuan mengikuti instruksi.

PENGATURAN POSISI

Pemberian posisi yang tepat dan benar pada klien serta merubah posisi secara teratur dan sistemik merupakan aspek yang penting dalam pemenuhan kebutuhan mobilitas klien. Klien yang tidak mempunyai gangguan fungsi gerak dapat merubah posisi sendiri tanpa kesulitan dan memberi rasa nyaman pada klien tersebut. Beberapa pasien kadang memerlukan bantuan yang minimal dari petugas kesehatan dalam merubah posisi.

Pada klien dengan kondisi lemah, paralisis, nyeri hebat dan gangguan kesadaran akan sangat membutuhkan bantuan untuk merubah posisi. **Pemberian posisi secara reguler dapat bermanfaat untuk mencegah ketidaknyamanan otot, dekubitus, dan kontraktur.**

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam tindakan pengaturan posisi adalah sebagai berikut:

1. Kaji kulit dan lakukan perawatan kulit sebelum dan sesudah perubahan posisi
2. Kaji kemampuan perawat/bidan untuk melakukan perubahan posisi
3. Yakinkan tempat tidur telah disiapkan
4. Yakinkan tempat tidur sudah tertutup sprei yang bersih, rapi, dan kering
5. Gunakan peralatan pendukung di area yang disesuaikan dengan posisi klien seperti bantal, matras anti dekubitus, papan tempat tidur, *trochanter roll*, *chair bed*, *trapeze bar*, dan pengaman tempat tidur
6. Peralatan digunakan sesuai kebutuhan dan bertujuan untuk mempertahankan posisi yang benar dan mencegah stress otot dan sendi. Jjika pasien mampu bergerak, peralatan yang berlebihan untuk membatasi pergerakan/mobilitas dapat mengakibatkan kelemahan otot (atrofi)
7. Perhatikan respon pasien setelah perubahan posisi

8. Hindari penekanan pada daerah *bony prominem*, tekanan yang terus menerus akan merusak vena dan memudahkan terjadinya trombus. Tekanan pada daerah popliteal dapat merusak saraf dan pembuluh darah pada daerah tersebut.

Dalam merencanakan pengaturan dan perubahan posisi, dapat dibuat jadwal kegiatan perubahan posisi seperti di bawah ini:

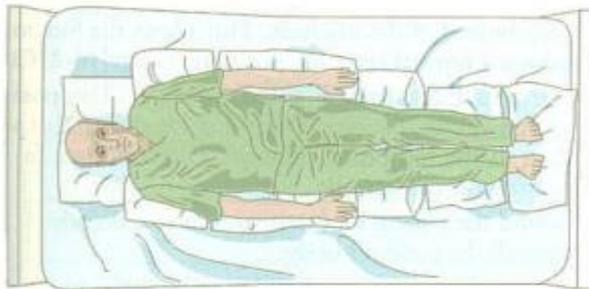
1. Pk. 10.00 Lateral kiri
2. Pk. 12.00 Fowler
3. Pk.14.00 Lateral kanan
4. Pk. 16.00 Sims kiri
5. Pk. 18.00 Fowler
6. Pk. 20 00 Lateral kiri
7. Pk. 24.00 Sim's kanan
8. Pk. 02.00 Lateral kiri
9. Pk. 04.00 Sim's kiri
10. Pk. 06.00 Supinasi
11. Pk.08.00 Fowler

Macam Pengaturan Posisi

1. Posisi Supinasi/Terlentang

Posisi terlentang pada klien dengan bagian antar tubuh sejajar. Matras harus cukup kuat menyokong vertebra servikal, thorakal, dan lumbal. Penyokong kaki digunakan untuk mencegah footdrop dan mempertahankan kesejajaran. Tujuan :

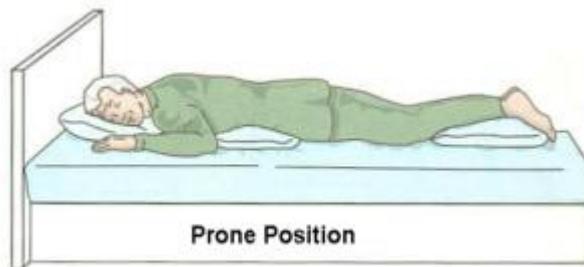
- ✓ Mempertahankan kenyamanan
- ✓ Mengurangi cedera pada sistem vertebra



2. Posisi Pronasi/Telungkup

Klien berada dalam posisi telungkup adalah berbaring dengan wajah menghadap ke bawah. Bantal kepala harus cukup tipis untuk mempertahankan kesejajaran spinal lumbal. Posisi ini disebut juga posisi pronasi. Tujuan :

- ✓ Mempertahankan spinal lumbal
- ✓ Lutut menjadi fleksi dan relaks

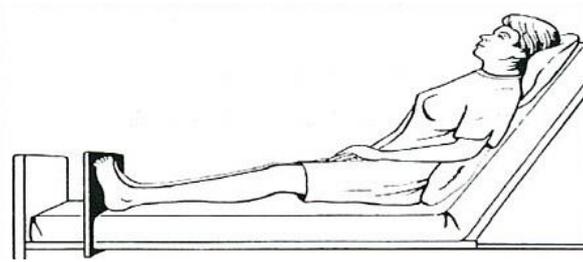


3. Posisi Fowler dan Semi Fowler

Posisi fowler adalah posisi dengan tubuh setengah duduk atau duduk. Pada posisi semi fowler, bagian kepala tempat tidur ditinggikan 30° sampai 45° dan untuk posisi fowler kepala tempat tidur ditinggikan sampai 90°kemudian lutut klien sedikit ditinggikan tanpa tekanan untuk membatasi sirkulasi di tungkai bawah. Tujuan :

- ✓ Mempertahankan kenyamanan

- ✓ Memfasilitasi fungsi pernafasan
- ✓ Memberikan kesempatan bersosialisasi maupun istirahat



4. Posisi Lateral/Miring

Pada posisi lateral/ miring klien bersandar ke samping dengan sebagian berat tubuh berada di pinggul dan bahu. Kesejajaran tubuh harus sama ketika berdiri. Tujuan :

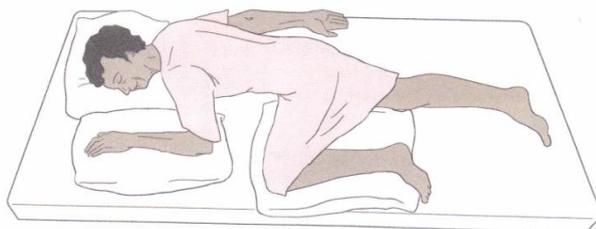
- ✓ Untuk mempertahankan kenyamanan
- ✓ Untuk membantu mobilisasi klien yang immobil
- ✓ Posisi nyaman bagi wanita hamil tua



5. Posisi Sim's

Posisi sims hampir sama dengan posisi lateral, tetapi berbeda pada distribusi berat badan klien. Pada posisi sims berat badan berada pada tulang ileum anterior, humerus, dan klavikula. Tujuan :

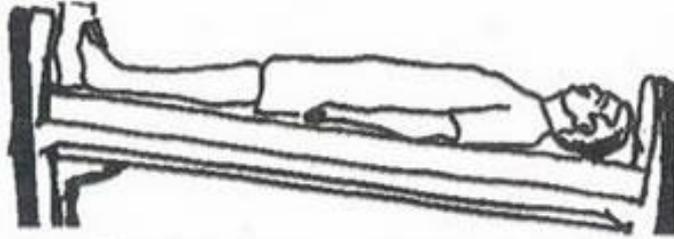
- ✓ Memberikan kenyamanan
- ✓ Melakukan huknah
- ✓ Memberikan obat per anus (suppositoria)
- ✓ Melakukan pemeriksaan daerah anus



6. Posisi Trendelenburg

Posisi ini menempatkan pasien di tempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah dari bagian kaki. Tujuan:

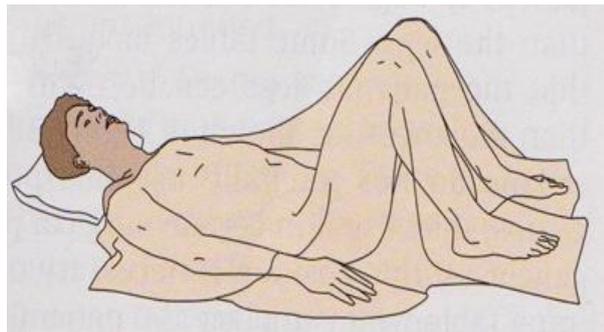
- ✓ Melancarkan peredaran darah ke otak



7. Posisi Dorsal Recumbent

Posisi dengan pasien ditempatkan pada posisi terlentang dengan kedua lutut fleksi di atas tempat tidur. Tujuan :

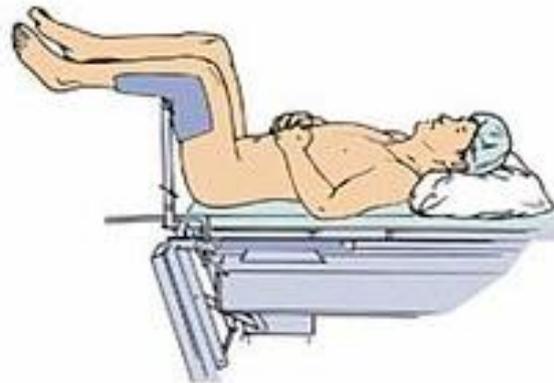
- ✓ Perawatan daerah genitalia
- ✓ Pemeriksaan genitalia
- ✓ Posisi pada proses persalinan



8. Posisi Litotomi

Pasien ditempatkan pada posisi terlentang dengan mengangkat kedua kaki dan di tarik ke atas abdomen. Tujuan :

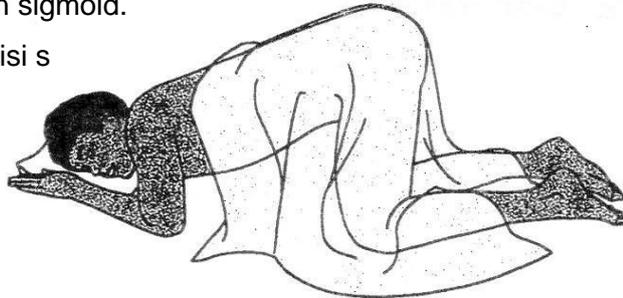
- ✓ Pemeriksaan alat genitalia
- ✓ Proses persalinan
- ✓ Pemasangan alat kontrasepsi



9. Posisi Genu Pektoral (*Knee Chest*)

Pada posisi ini, pasien menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada menempel pada bagian alas tempat tidur. Tujuan :

- ✓ Pemeriksaan daerah rektum dan sigmoid.
- ✓ Bagi ibu hamil dengan janin posisi s



FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI SUPINASI

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
5.	Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih			
CONTENT/ ISI				
6	Menyiapkan alat dan bahan			
7	Menanyakan keluhan utama pasien			
8	Jaga privasi pasien			
9	Membaca Basmalah sebelum melakukan tindakan			
10	Atur posisi pasien dengan langkah <ul style="list-style-type: none"> o Posisi kepala dan punggung rata/mendatar dengan tempat tidur o Letakkan gulungan handuk kecil di bawah lumbal o Letakkan bantal di bawah bahu atas, leher, dan kepala o Letakkan <i>trochanter rolls</i> atau kantung pasir secara paralel pada permukaan lateral paha o Letakkan bantal di bawah lutut o Letakkan <i>footboard</i>/bantal besar di bawah telapak kaki Letakkan bantal di bawah lengan dan <i>handrolls</i> di bawah tangan			
11	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan membaca Hamdalah			
12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb			
C	TEKNIK			
13	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
14	Menjaga privasi			
Jumlah				

Nilai batas lulus = 75%

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

FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI PRONASI

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk pribadi (pra dan pasca tindakan)			
CONENT/ ISI				
6	Menyiapkan alat dan bahan			
7	Menanyakan keluhan utama pasien			
8	Jaga privasi pasien			
9	Membaca Basmalah sebelum memulai tindakan			
10	Atur posisi pasien dengan langkah <ul style="list-style-type: none"> o Letakkan pasien dengan posisi tengkurap dan abdomen sebagai tumpuan dan rata dengan tempat tidur o Arahkan kepala pasien pada satu sisi (kanan/kiri) dan support dengan bantal o Letakkan bantal kecil di bawah abdomen di bagian diafragma o Support lengan pada posisi fleksi sejajar dengan bahu o Support kaki bawah dengan bantal untuk mengelevasi kaki 			
11	Membaca Hamdalah setelah melakukan tindakan			
12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
13	Menjaga privasi			
14	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
Jumlah				

Nilai batas lulus = 75%

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

FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI SIM'S

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6	Menyiapkan alat dan bahan			
7	Menanyakan keluhan utama pasien			
8	Jaga privasi pasien			
9	Membaca Basmalah sebelum memulai tindakan			
10	Atur posisi pasien dengan langkah <ul style="list-style-type: none"> o Atur posisi kepala pasien ke arah salah satu sisi o Beri posisi tubuh miring ke salah satu sisi o Letakkan tangan yang tertindih tubuh ke belakang o Letakkan tangan yang bebas dengan posisi fleksi sejajar dengan bahu dan sokong dengan bantal o Atur kedua kaki agak fleksi dan beri bantal di antara kedua kaki tersebut 			
11	Membaca Hamdalah setelah melakukan tindakan			
12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
13	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
14	Menjaga privasi			
JUMLAH				

Nilai batas lulus = 75%

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

FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI FOWLER

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6	Menyiapkan alat dan bahan			
7	Menanyakan keluhan utama pasien			
8	Jaga privasi pasien			
9	Membaca Basmalah sebelum memulai tindakan			
10	Atur posisi pasien dengan langkah <ul style="list-style-type: none"> o Atur pasien dengan posisi supinasi o Naikkan tempat tidur di bawah leher dan kepala dan sepanjang tulang belakang o Letakkan bantal kecil di bawah paha sehingga lutut sedikit fleksi o Letakkan bantal kecil di bawah popliteal untuk memperlancar sirkulasi o Letakkan <i>footboard</i> di bawah telapak kaki o Letakkan <i>trochanter rolls</i> atau <i>hand rolls</i> jika perlu 			
11	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan membaca Hamdalah			
12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
13	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
14	Menjaga privasi			
JUMLAH				

Nilai batas lulus = 75%

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

FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI LATERAL

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
5.	Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6	Menyiapkan alat dan bahan			
7	Menanyakan keluhan utama pasien			
8	Jaga privasi pasien			
9	Membaca Basmalah sebelum melakukan tindakan			
10	Atur posisi pasien dengan langkah <ul style="list-style-type: none"> o Beri posisi miring ke salah satu sisi o Letakkan bantal pada leher dan kepala o Letakkan bantal guling di belakang punggung pasien o Letakkan bantal di depan dada dan abdomen untuk menahan ekstremitas atas o Atur salah satu kaki (kanan/kiri tergantung arah miring pasien) yang tidak tertindih dengan posisi fleksi dan beri bantal diantara kedua kaki o Tangan yang tertindih diberi posisi fleksi sejajar dengan bahu 			
11	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan membaca Hamdalah			
12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
13	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
14	Menjaga privasi			
Jumlah				

Nilai batas lulus = 75%

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

FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI LITOTOMI

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Menyiapkan alat dan bahan			
7.	Menanyakan keluhan utama pasien			
8.	Jaga privasi pasien			
9.	Memulai dengan cara yang baik dan membaca Basmalah			
10.	Atur posisi pasien dengan langkah <ul style="list-style-type: none"> ○ Beri posisi terlentang mendatar di tengah tempat tidur ○ Letakkan bantal kecil pada spinal lumbal ○ Letakkan bantal besar di bawah bahu atas, leher dan kepala klien ○ Fleksikan kedua lutut bersama dengan kaki menutup pinggang, kedua kaki diregangkan, pertahankan pada posisi fleksi dan tempatkan di atas penyangga kaki ○ Letakkan bantal sedang di bawah lengan pronasi. Mempertahankan lengan atas sejajar dengan tubuh ○ Letakkan gulungan handuk pada tangan klien 			
11	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan membaca Hamdalah			
12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
13	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
14	Menjaga privasi			
Jumlah				

Nilai batas lulus = 75%

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

FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI KNEE CHEST/ GENUPECTORAL

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed consent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Menyiapkan alat dan bahan			
7.	Menanyakan keluhan utama pasien			
8.	Jaga privasi pasien			
9.	Memulai dengan cara yang baik dan membaca Basmalah			
10.	Atur posisi pasien dengan langkah <ul style="list-style-type: none"> o Tempatkan kedua lutut pada kasur/matras o Atur posisi seperti orang sujud ketika sholat o Posisi dada menempel pada kasur/matras 			
11	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan membaca Hamdalah			
12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
13	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
14	Menjaga privasi			
Jumlah				

Nilai batas lulus = 75%

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

FORMAT KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI *DORSAL RECUMBENT*

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih			
CONTENT/ ISI				
6.	Menyiapkan alat dan bahan			
7.	Menanyakan keluhan utama pasien			
8.	Jaga privasi pasien			
9.	Memulai dengan cara yang baik dan membaca Basmalah			
10.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posisikan pasien tidur terlentang ▪ Tekuk lutut dan renggangkan paha pasien ▪ Letakkan telapak kaki pada permukaan tempat tidur dan renggangkan kedua kaki 			
11	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dan membaca Hamdalah			
12	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
13	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
14	Menjaga privasi			
Jumlah				

Nilai batas lulus = 75%

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

MOBILISASI DINI PADA PASIEN *POST OPERASI SECTIO SESARIA (SC)*

A. Definisi Mobilisasi Dini

Ambulasi dini (*early ambulation*) merupakan suatu upaya yang dilakukan secepat mungkin pada pasien pasca operasi dengan membimbing pasien untuk dapat melakukan aktivitas setelah proses pembedahan dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (*latihan pernapasan, latihan batuk efektif dan menggerakkan tungkai*) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi.

Mobilisasi dini post seksio sesaria adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu segera setelah persalinan. Untuk mencegah komplikasi post operasi seksio sesaria ibu harus segera dilakukan mobilisasi sesuai dengan tahapannya. Oleh karena setelah mengalami seksio sesaria, seorang ibu disarankan tidak malas untuk bergerak pasca operasi seksio sesaria. Semakin cepat bergerak akan semakin baik, namun mobilisasi dini harus tetap dilakukan secara hati-hati.

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan merupakan faktor yang menonjol dalam mempercepat pemulihan pasca bedah. Dengan demikian mobilisasi dini adalah suatu upaya yang dilakukan guna mempertahankan kemandirian secepat mungkin dengan cara membimbing ibu untuk mempertahankan fungsi fisiologi. Mobilisasi dini dapat dilakukan pada kondisi pasien yang membaik.

Pada pasien post operasi seksio sesaria 6 jam pertama dianjurkan untuk segera menggerakkan anggota tubuhnya. Gerak tubuh yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, kaki dan jari-jari. Mobilisasi secara bertahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien. Miring kanan dan kiri sudah dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah pasien sadar, latihan pernapasan dapat dilakukan pasien sambil tidur terlentang setelah sadar.

B. Tujuan Mobilisasi Dini

Tujuan dari mobilisasi adalah untuk mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernafasan menjadi lebih baik, memperlancar eliminasi urin, mengembalikan aktifitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan gerak harian., memberikan kesempatan perawat dan pasien berinteraksi atau komunikasi.

C. Manfaat Mobilisasi Dini pada Ibu Post Seksio Sesar

Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan, melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium, mempercepat involusi uteri, melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin, meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme, kesempatan yang baik untuk mengajar ibu memelihara/merawat anaknya.

Manfaat mobilisasi pada ibu post seksio sesaria yaitu pada sistem kardiovaskuler dapat meningkatkan curah jantung, memperbaiki kontraksi miokardial, kemudian menguatkan otot jantung, menurunkan tekanan darah, memperbaiki aliran balik vena, pada sistem respirator meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernafasan, meningkatkan ventilasi alveolar, menurunkan kerja pernafasan, meningkatkan pengembangan diafragma pada sistem metabolik dapat meningkatkan laju metabolisme basal, meningkatkan penggunaan glukosa dan asam lemak, meningkatkan pemecahan trigliseril, meningkatkan mobilisasi lambung, meningkatkan produksi panas tubuh.

Pada sistem muskuloskeletal memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi secara mandiri, memperbaiki toleransi otot untuk latihan, mungkin meningkatkan masa otot pada sistem toleransi otot, meningkatkan toleransi, mengurangi kelemahan, meningkatkan toleransi terhadap stres, perasaan lebih baik, dan berkurangnya penyakit. Mobilisasi dini mempunyai beberapa keuntungan sebagai berikut:

1. Dapat melancarkan pengeluaran lochea, dengan melakukan mobilisasi dini post partum membantu mengeluarkan darah dari jalan lahir.
2. Mengurangi infeksi post partum yang timbul adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi.
3. Mempercepat involusio alat kandungan, dengan melakukan mobilisasi dini post partum bisa memperlancar pengeluaran darah dan sisa plasenta, kontraksi uterus baik sehingga proses kembalinya rahim ke bentuk semula berjalan dengan baik.
4. Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan, dengan bergerak akan merangsang peristaltik usus kandung kemih kembali normal. Aktifitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.
5. Meningkatkan kelancaran peredaran darah, dengan melakukan mobilisasi dini post partum bisa memperlancar pengeluaran darah dan sisa plasenta,

kontraksi uterus baik sehingga proses kembalinya rahim ke bentuk semula berjalan dengan baik.

6. Mempercepat fungsi ASI (meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI) dan pengeluaran sisa metabolisme.
7. Ibu merasa lebih baik dan lebih kuat.
8. Menurunkan banyak frekuensi emboli paru pada postpartum.

D. Kerugian Bila Tidak Melakukan Mobilisasi Dini pada Ibu Post Seksio Sesaria

Ibu post seksio sesaria yang tidak melakukan mobilisasi dini dapat mengalami perdarahan yang abnormal. Perdarahan pasca persalinan adalah kehilangan darah melebihi 500 ml yang terjadi setelah bayi lahir. Dengan mobilisasi dini kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uteri keras, maka resiko perdarahan yang abnormal dapat dihindarkan, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka. Selain dapat terjadi perdarahan yang abnormal, ibu post seksio sesaria juga dapat mengalami peningkatan suhu tubuh karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi. Seorang ibu jika tidak melakukan mobilisasi dapat mengganggu fungsi metabolik normal, yaitu: laju metabolik, metabolisme karbohidrat, lemak protein, ketidakseimbangan dan elektrolit, ketidakseimbangan kalsium, dan gangguan pencernaan, keberadaan proses infeksius pada pasien yang tidak melakukan mobilisasi mengalami peningkatan BMR (*Basal Metabolik Rate*) diakibatkan karena demam atau penyembuhan luka.

E. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini

Mobilisasi yang dilakukan secara dini dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor fisiologis seperti nyeri, peningkatan suhu tubuh, perdarahan, faktor emosional yakni kecemasan, motivasi, social support dan faktor perkembangan yakni usia dan status paritas. Faktor interna, yaitu meliputi jenis persalinan khususnya pada ibu yang post seksio sesaria, takut jahitan lepas bila bergerak, kelelahan saat mengalami partus lama, keadaan umum dipengaruhi oleh penyakit penyerta ibu, persepsi nyeri tiap pasien berbeda, motivasi untuk melakukan mobilitas fisik, tindakan dengan anastesi, gaya hidup, dan emosi. Sedangkan faktor eksterna meliputi dukungan suami, keluarga, kebudayaan yang melarang bergerak dan kaki harus lurus, social ekonomi, pelayanan yang diberikan petugas, individu senantiasa menyesuaikan dengan lingkungan menurut kebutuhannya.

F. Tahap-Tahap Mobilisasi Dini pada Ibu Post Seksio Sesaria

Pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu post seksio sesaria terdiri dari:

1. Pada saat awal 6-8 jam setelah operasi, pergerakan fisik dapat dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk dan diluruskan, mengkontraksikan otot-otot termasuk juga menggerakkan badan lainnya seperti miring kanan dan miring kiri.
2. 12-24 jam berikutnya atau bahkan lebih awal lagi badan sudah bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupun tidak, dan fase selanjutnya duduk di atas tempat tidur dengan kaki yang di juntaikan atau ditempatkan di lantai sambil digerakan.
3. Setelah 24 jam, rata-rata untuk pasien yang dirawat dikamar atau bangsal dan tidak ada hambatan fisik atau komplikasi di anjurkan untuk latihan berjalan, yang diawali dengan berdiri dan berjalan disekitar kamar atau keluar kamar, misalnya ke toilet atau ke kamar mandi secara mandiri.

KEBUTUHAN NUTRISI

Kebutuhan nutrisi bagi tubuh merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang sangat penting. Dilihat dari kegunaannya nutrisi merupakan sumber energi untuk segala kativitas dalam sistem tubuh. Sumber nutrisi dalam tubuh berasal dari dalam tubuh sendiri, seperti glikogen yang terdapat dalam otot dan hati atau protein dan lemak dalam jaringan dan sumber lain yang berasal dari luar tubuh.

Prosedur pemenuhan kebutuhan nutrisi pada pasien yang tidak mampu secara mandiri dapat dilakukan dengan cara membantu memenuhinya melalui oral (mulut), enteral (pipa lambung), atau parenteral.

A. PEMASANGAN NASOGASTRIC TUBE (NGT)

Pemasangan NGT

Nasogastric tube adalah selang yang dimasukkan melalui nasopharing menuju ke stomach/gaster.

Tujuan

1. Mengeluarkan cairan/isi lambung (*lavage*) dan gas yang ada dalam gaster (*decompression*)
2. Mencegah/ mengurangi *nausea* dan *vomiting* setelah pembedahan antar trauma
3. Irigasi karena perdarahan atau keracunan dalam gaster
4. Untuk medikasi dan feeding (*gavage*) secara langsung pada gastrointestinal (GI)
5. Pengambilan specimen pada gaster untuk studi laboratorium ketika terjadi obstruksi pilorik atau intersinal

Indikasi

1. Pasien dengan gangguan menelan yang menyebabkan intake per oral tidak adekuat
2. Pasien dengan penurunan kesadaran dengan fungsi GI nya bagus
3. Pasien yang mengalami perdarahan lambung

Kontraindikasi

1. Trauma wajah parah/*cribriform plate* disruption karena resiko masuk ke intracranial, akan tetapi bisa dipasang orogastrik tube

2. *Base of skull fracture*
3. *Esophagus abnormalities*
4. *Impaired airway*

B. PEMASANGAN ORO-GASTRIC TUBE (OGT) PADA BAYI

Pengertian

OGT adalah alat berupa sonde yang digunakan untuk membantu memberikan makanan dan minuman, termasuk obat, langsung ke dalam lambung. Sonde dimasukkan melalui rongga mulut hingga mencapai lambung.

Indikasi

Bayi dengan risiko tinggi gangguan pemenuhan nutrisi melalui oral.

Tujuan

1. Mengeluarkan isi lambung berupa cairan, udara, darah atau racun.
2. Memberikan nutrisi pada klien yang tidak sadar atau mengalami kesulitan menelan.
3. Mencegah atrofi esophagus/ lambung.
4. Mendukung diagnostic.
5. Mencegah muntah atau aspirasi isi lambung selama tindakan operatif.

FORMAT KETRAMPILAN PEMASANGAN NGT

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI				
		0	1	2		
SIKAP DAN PERILAKU						
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri					
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan					
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.					
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .					
5.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)					
CONTENT/ ISI						
6.	Menyiapkan alat dan bahan					
7.	Tanyakan keluhan klien dan kaji adanya alergi					
8.	Jaga privacy pasien					
9.	Membantu klien untuk memberikan posisi high fowler atau berbaring					
10.	Bersama dengan klien menentukan kode yang akan digunakan misalnya mengangkat telunjuk untuk mengatakan "berhenti dulu karena rasa sakit atau bersin"					
11.	Memasang handuk pada dada klien, meletakkan tissue dan bengkak pada jangkauan klien					
12.	Menuangkan jely pada kasa steril (didalam bak insstrumen steril)					
13.	Memasang sarung tangan					
14.	Berdiri sebelah kanan tempat tidur klien/ sesuai dengan alat gerak tenaga kesehatan yang lebih dominan					
15.	Menganjurkan klien untuk relaks dan bernapas normal dengan menutup sebelah hidung kemudian mengulangi dengan menutup sebelah hidung kemudian mengulanginya dengan menutup hidung yang lainnya					
16.	Mengukur panjang tube yang akan dimasukkan dengan menggunakan :					
	Metode tradisional : ukur jarak dari puncak lubang hidung ke daun Telinga bawah dan ke prosesus xifodeus disternum					
	Metode Hanson : Mula-mula tandai 50 cm pada tube kemudian lakukan pengukuran dengan metode tradisional. Tube yang akan dimasukkan pertengahan antara 50 cm dan tanda tradisional					
17.	Memberi jelly pada tube sepanjang 10-20 cm					

18.	Mengingatkan klien bahwa tube segera akan dimasukkan dengan posisi kepala ekstensi			
19.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
20.	Memasukkan tube melalui lubang hidung yang telah ditentukan			
21.	Mengingatkan menekuk kepala klien ke dada (fleksi) setelah tube melewati nasopharinx.			
22.	Menekankan perlunya bernapas dengan mulut dan menelan selama prosedur berlangsung			
23.	Menganjurkan klien untuk menelan dengan memberikan air minum (dengan sedotan) jika perlu; mendorong tube sampai sepanjang yang diinginkan dengan memutarnya pelan-pelan bersamaan pada saat klien menelan. Tidak memaksakan tube masuk bila ada hambatan klien tercekik atau sianosis; menghentikan mendorong tube dan segera menarik tube mengecek posisi tube menggunakan spatel lidah dan senter			
24.	Mengecek letak tube:			
	A. memasang spuit pada ujung NGT, memasang stethoscope pada perut bagian kiri atas (daerah gaster), kemudian masukkan 10-20 cc udara bersamaan dengan auskultasi abdomen			
	B. Aspirasi pelan-pelan untuk mendapatkan isi lambung, Bila tube tidak dilambung, masukkan lagi 2,5-5 cm tubenya			
24	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan membaca Hamdalah			
25	Merapikan alat			
26	Melepas sarung tangan			
27	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
28	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
29	Menjaga privasi ibu			
30	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
JUMLAH				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 10$$

FORMAT KETRAMPILAN PELEPASAN NGT

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI				
		0	1	2		
SIKAP DAN PERILAKU						
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri					
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan					
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.					
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .					
5.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)					
CONTENT/ ISI						
6.	Menyiapkan alat dan bahan					
7.	Tanyakan keluhan klien					
8.	Jaga privasi pasien					
9.	Membantu klien untuk memposisikan high fowler atau berbaring					
10.	Memakai handscoon					
11.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan					
12.	Melepaskan plester					
13.	Meminta pasien menarik nafas panjang untuk mengurangi rasa tidak nyaman saat selang NGT dicabut					
14.	Mencabut selang NGT dengan perlahan					
15.	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan membaca Hamdalah					

16.	Merapikan alat dan membuang bahan medis habis pakai ke tempat sampah medis.			
17.	Melepas sarung tangan			
18.	Cuci tangan			
19.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
20.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
21.	Menjaga privasi ibu			
22.	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
JUMLAH				

Nilai batas lulus = 75%

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai yang didapat}}{(\text{jumlah aspek yang dinilai} \times 2)} \times 10$$

FORMAT KETRAMPILAN PEMASANGAN OGT

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI				
		0	1	2		
SIKAP DAN PERILAKU						
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri					
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan					
3.	Komunikasi dengan orang tua/ keluarga selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap kondisi pasien.					
4.	Minta persetujuan tindakan kepada keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .					
5.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)					
CONTENT/ ISI						
6.	Menyiapkan alat dan bahan					
7.	Tanyakan keluhan klien dan kaji adanya alergi					
8.	Jaga privacy pasien					
9.	Membantu klien untuk memberikan posisi high fowler atau berbaring					
10.	Bersama dengan klien menentukan kode yang akan digunakan misalnya mengangkat telunjuk untuk mengatakan "berhenti dulu karena rasa sakit atau bersin"					
11.	Memasang handuk pada dada klien, meletakkan tissue dan bengkok pada jangkauan klien					
12.	Menuangkan jely pada kasa steril (didalam bak insstrumen steril)					
13.	Memasang sarung tangan					
14.	Berdiri sebelah kanan tempat tidur klien/ sesuai dengan alat gerak tenaga kesehatan yang lebih dominan					
15.	Menganjurkan klien untuk relaks dan bernapas normal dengan menutup sebelah hidung kemudian mengulangi dengan menutup sebelah hidung kemudian mengulanginya dengan menutup hidung yang lainnya					
16.	Mengukur panjang tube yang akan dimasukkan dengan menggunakan :					
	Metode tradisional : ukur jarak dari puncak lubang hidung ke daun Telinga bawah dan ke prosesus xifodeus disternum					
	Metode Hanson : Mula-mula tandai 50 cm pada tube kemudian lakukan pengukuran dengan metode tradisional. Tube yang akan dimasukkan pertengahan antara 50 cm dan tanda tradisional					
17.	Memberi jelly pada tube sepanjang 10-20 cm					

18.	Mengingatkan klien bahwa tube segera akan dimasukkan dengan posisi kepala ekstensi			
19.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
20.	Memasukkan tube melalui lubang hidung yang telah ditentukan			
21.	Mengingatkan menekuk kepala klien ke dada (fleksi) setelah tube melewati nasopharinx.			
22.	Menekankan perlunya bernapas dengan mulut dan menelan selama prosedur berlangsung			
23.	Menganjurkan klien untuk menelan dengan memberikan air minum (dengan sedotan) jika perlu; mendorong tube sampai sepanjang yang diinginkan dengan memutarinya pelan-pelan bersamaan pada saat klien menelan. Tidak memaksakan tube masuk bila ada hambatan klien tercekik atau sianosis; menghentikan mendorong tube dan segera menarik tube mengecek posisi tube menggunakan spatel lidah dan senter			
24.	Mengecek letak tube:			
	A. memasang spuit pada ujung NGT, memasang stethoscope pada perut bagian kiri atas (daerah gaster), kemudian masukkan 10-20 cc udara bersamaan dengan auskultasi abdomen			
	B. Aspirasi pelan-pelan untuk mendapatkan isi lambung, Bila tube tidak dilambung, masukkan lagi 2,5-5 cm tubenya			
24	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan membaca Hamdalah			
25	Merapikan alat			
26	Melepas sarung tangan			
27	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
28	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
29	Menjaga privasi ibu			
30	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			
JUMLAH				

PEMBERIAN NUTRISI PER NGT

Pemberian Nutrisi per NGT

Adalah : tindakan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien melalui selang nasogastrik

Tujuan

Memberikan dukungan nutrisi dengan menggunakan selang yang ada di saluran gastrointestinal

Indikasi

1. Pasien dengan gangguan menelan yang menyebabkan intake per oral tidak adekuat
2. Pasien dengan penurunan kesadaran dengan fungsi GI nya bagus
3. Pasien malnutrisi
4. Pasien dengan ventilasi mekanik

Procedure

1. Persiapan
2. *Pengkajian*

Pengkajian harus berfokus pada

1. Status nutrisi: turgor kulit, haluaran urine, berat badan, asupan kalori
2. Pola eliminasi : diare, konstipasi, tanggal terakhir defekasi
3. Respon terhadap dukungan nutrisi sebelumnya
4. Apabila klien menggunakan trakeostomi, periksa inflasi cuff trakeostomi. Jika cuff kempes, kembungkan dan pertahankan selama 30 menit setelah pemberian makanan untuk mencegah aspirasi

CHECKLIST PEMBERIAN NUTRISI PER NGT/ OGT

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Menyambut Keluarga klien dengan ramah Menjelaskan apa yg akan dilakukan dan persilakan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun dan dikeringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Menyiapkan alat dan bahan			
7.	Pastikan penempatan selang: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gunakan sarung tangan ▪ Aspirasi dan periksa isi lambung (atau selang pemberian makan yang lama jika dipasang ulang) atau isi spuit dengan 15-20 ml udara dan dorong udara sambil mendengarkan suara gemuruh dengan stetoskop diatas area epigastrik 			
8.	Sebelum pemberian makan : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Periksa adanya residu: dengan perlahan aspirasi isi lambung dan perhatikan jumlah residu. Jika residu lebih banyak daripada jumlah yang sebelumnya dimasukkan, masukkan kembali volume yang diaspirasi, hentikan pemberian makan dan beri tahu dokter. Jika ada residu kurang dari yang dimasukkan sebelumnya, masukkan nutrisi sesuai dengan sisanya, misalnya programnya 100 cc, residu 20 maka masukkan nutrisi 80 cc. ▪ Pantau bising usus pada semua kuadran abdomen 			
9.	Bantu klien ke posisi dengan kepala tempat tidur 30-45 derajat dan pertahankan selama pemberian makanan			
10.	Buka klem/ penutup selang NGT/OGT. Sambungkan spuit ke selang NGT dan aspirasi isinya sedikit untuk mengisi selang dan rendahkan spuit			
11.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
12.	Masukkan makanan atau medikasi, dan berdoa: النَّارِ عَذَابَ وَقِنَا رَزَقَتْنَا فِيمَا لَنَا بَارِكْ اللَّهُمَّ "Segala puji bagi Allah yang telah menjadikan air ini (minuman) segar dan menggiatkan dengan rahmat-Nya dan			

	tidak menjadikan air ini (minuman) asin lagi pahit karena dosa-dosa kami”. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pegang spuit 15 cm diatas tempat insersi selang ▪ Isi spuit dengan makanan dan biarkan mengalir dengan perlahan ke dalam selang NGT/ OGT sampai habis dan bilas dengan air 10 cc. jangan biarkan spuit kosong sampai pemberian makanan dan bilasan selesai 			
13.	Klem selang NGT/OGT dan tempatkan klien pada posisi semi-Fowler			
14.	Membaca Hamdalah setelah melakukan tindakan dan membaca doa: المُسْلِمِينَ مِنْ وَجَعَلْنَا وَسَقَاتَنَا أَطْعَمَنَا الَّذِي ِللهِ الْحَمْدُ “Segala puji bagi Allah yang telah memberi makan kami dan minuman kami, serta menjadikan kami sebagai orang-orang islam”			
15.	Merapikan alat			
16.	Melepas sarung tangan			
17.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu’alaikum Wr. Wb			
TEKNIK				
18	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
19	Menjaga privasi ibu			
20	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			

Nilai batas lulus = 75%

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

PEMERIKSAAN ELEKTROKARDIOGRAFI (EKG)

A. Pengertian

Elektrikardiogram adalah grafik yang merekam perubahan potensial listrik jantung yang dihubungkan oleh waktu. Kegiatan listrik jantung dalam tubuh dapat dicatat dan direkam melalui elektroda-elektroda yang dipasang pada permukaan tubuh (Sundana, 2008).

B. Tujuan:

1. Mengetahui kelainan-kelainan irama jantung
2. Mengetahui daerah iskemi atau infark pada otot kantung
3. Mengetahui adanya pengaruh atau efek obat jantung
4. Mengetahui adanya gangguan keseimbangan elektrolit khususnya kalium

C. Sandapan EKG (ECG Leads)

Untuk memperoleh rekaman EKG, dipasang elektroda-elektroda di kulit pada tempat-tempat tertentu. Penempatan elektroda yang salah akan menghasilkan pencatatan yang berbeda.

Terdapat 2 jenis sandapan (lead) pada EKG

1. Sandapan Bipolar

Merekam perbedaan potensial dari dua elektroda, sandapan ini ditandai dengan angka romawi (I, II, III).

- a. Sandapan I merekam beda potensial antara lengan kanan (RA) dengan lengan kiri (LA) dimana lengan kanan bermuatan (-) dan lengan kiri bermuatan (+).
- b. Sandapan II merekam beda potensial antara lengan kanan (RA) dengan kaki kiri (LF) dimana lengan kanan bermuatan (-) dan kaki kiri bermuatan (+).
- c. Sandapan III merekam beda potensial antara lengan kiri (LA) dengan kaki kiri (LF) dimana lengan kiri bermuatan (-) dan kaki kiri bermuatan (+).

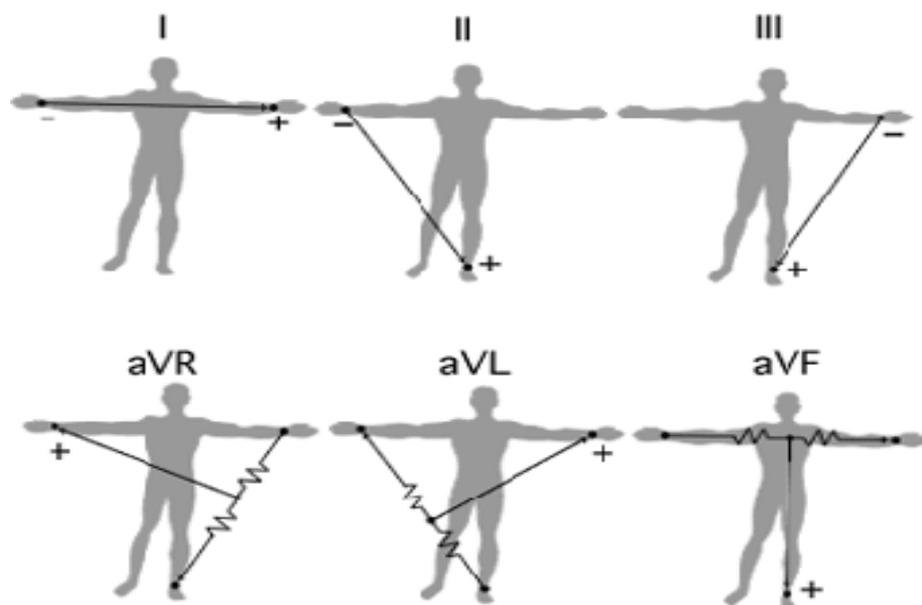
2. Sandapan Unipolar

Sandapan unipolar terbagi menjadi 2, yaitu sandapan unipolar ekstremitas dan sandapan unipolar precordial

a. Sandapan Unipolar Ekstermitas

Merekam besar potensial listrik pada satu ekstremitas, elektroda eksplorasi diletakkan pada ekstremitas. Gabungan elektroda-elektroda pada ekstremitas yang lain membentuk elektroda indeferen. Sandapan ini ditulis aVR, aVL, dan aVF

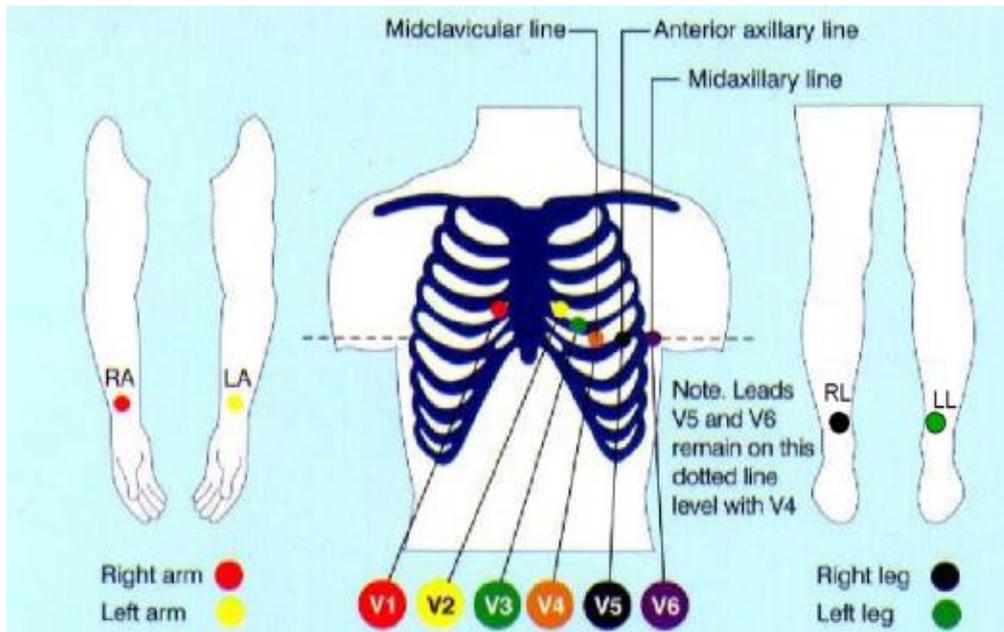
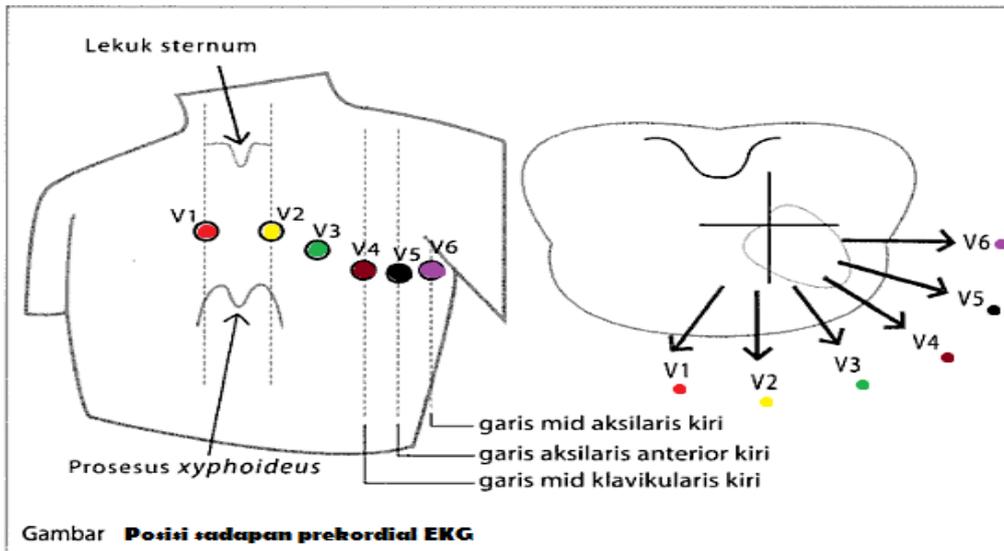
1. Sandapan aVR merekam potensial listrik pada lengan kanan (RA) dimana lengan kanan bermuatan (+), lengan kiri dan kaki kiri membentuk elektroda indeferen.
2. Sandapan aVL merekam potensial listrik pada lengan kiri (LA) dimana lengan kiri bermuatan (+), lengan kanan dan kaki kiri membentuk elektroda indeferen.
3. Sandapan aVF merekam potensial listrik pada kaki kiri (LF) dimana kaki kiri bermuatan (+), lengan kanan dan kiri membentuk elektroda indeferen.



b. Sandapan Unipolar Precordial

Merekam besar potensial listrik jantung dengan bantuan elektroda eksplorasi yang ditempatkan di dinding dada, elektroda indeferen diperoleh dengan menggabungkan ketiga elektroda ekstremitas, sandapan ini ditulis V1 sampai V6

1. Sandapan V1 : intercosta IV garis sternal kanan
2. Sandapan V2 : intercosta IV garis sterna kiri
3. Sandapan V3 : antara V2 dan V4
4. Sandapan V4 : intercosta V garis midclavicula kiri
5. Sandapan V5 : sejajar V4 pada garis aksilaris anterior kiri
6. Sandapan V6 : sejajar V4 pada garis mid aksilaris kiri

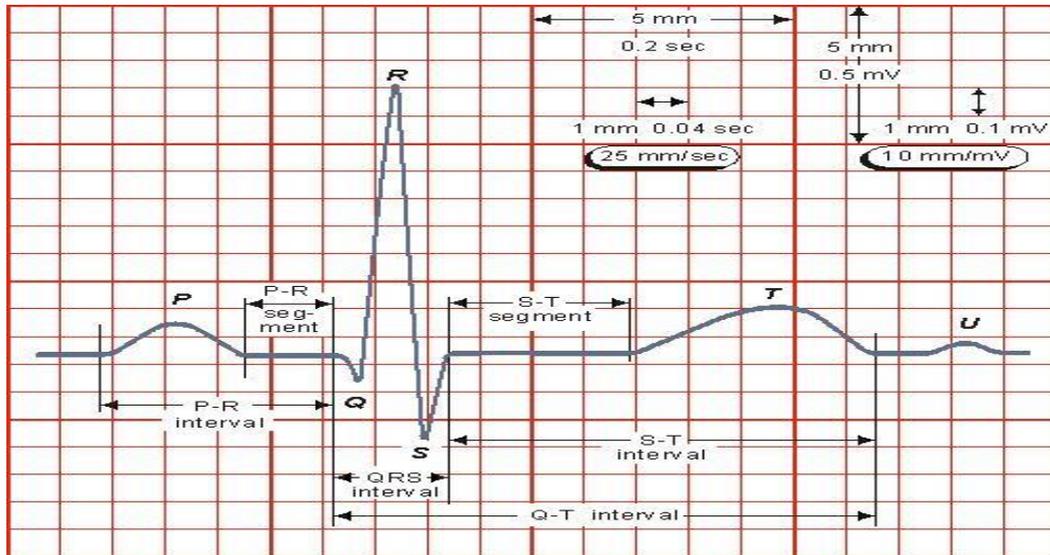


D. Irama Normal Pada EKG

Rekaman EKG biasanya dibuat pada kertas yang berjalan dengan kecepatan standard 25mm/ detik dan defleksi 10mm sesuai dengan potensial 1mV. Gambaran EKG normal menunjukkan bentuk dasar sebagai berikut :

1. Gelombang P : Gelombang ini pada umumnya berukuran kecil dan merupakan hasil depolarisasi atrium kanan dan kiri.

2. Segmen PR : Segmen ini merupakan garis iso-elektrik yang menghubungkan antara gelombang P dengan Kompleks QRS.
3. Kompleks QRS : Kompleks QRS merupakan suatu kelompok gelombang yang merupakan hasil depolarisasi ventrikel kanan dan kiri. Kompleks QRS pada umumnya terdiri dari gelombang Q yang merupakan gelombang defleksi negatif.



Yang harus diperhatikan dalam melaksanakan perekaman EKG antara lain :

1. EKG sebaiknya direkam pada pasien yang berbaring di tempat tidur yang nyaman atau pada meja yang cukup lebar untuk menyokong seluruh tubuh. Pasien harus istirahat total untuk memastikan memperoleh gambar yang memuaskan. Hal ini paling baik dengan menjelaskan tindakan terlebih dahulu kepada pasien yang takut untuk menghilangkan ansietas. Gerakan atau kedutan otot oleh pasien dapat merubah rekaman.
2. Kontak yang baik harus terjadi antara kulit dan elektroda. Kontak yang jelek dapat mengakibatkan rekaman suboptimal.
3. Alat elektrokardiografi harus distandarisasi dengan cermat sehingga 1 milivolt (mV) akan menimbulkan defleksi 1 cm. Standarisasi yang salah akan menimbulkan kompleks voltase yang tidak akurat, yang dapat menimbulkan kesalahan penilaian.
4. Pasien dan alat harus di arde dengan baik untuk menghindari gangguan arus bolak-balik.
5. Setiap peralatan elektronik yang kontak dengan pasien, misalnya pompa infus intravena yang diatur secara elektrik dapat menimbulkan artefak pada EKG.

PEMERIKSAAN EKG

NO.	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		1	2	3
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan memperkenalkan diri			
2.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu.			
3.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
4.	Menyiapkan alat dan bahan			
5.	Mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan tindakan			
Content/ Isi				
6.	Menjelaskan kepada klien tentang tujuan tindakan pemeriksaan EKG.			
7.	Melepaskan alat logam yang digunakan klien, termasuk gigi palsu.			
8.	Menganjurkan klien untuk berbaring dengan tenang dan tidak bergerak selama prosedur.			
9.	Menjelaskan kepada klien untuk tidak memegang pagar tempat tidur.			
10.	Beri kesempatan pada klien untuk bertanya			
11.	Menanyakan keluhan utama klien			
12.	Jaga privasi klien			
13.	menggunakan sarung tangan			
14.	Memulai tindakan dengan cara yang baik Mengucapkan Basmalah sebelum memulai tindakan			
15.	Membuka baju klien bagian atas			
16.	Membersihkan area ekstremitas dan dada yang akan dipasang elektroda dengan menggunakan kapas alkohol. Bila terdapat rambut yang cukup tebal cukur bila perlu			
17.	Memberikan jelly pada area pemasangan dan pada elektroda.			
18.	Pasang kabel dan elektroda (hindari memasang elektroda pada massa otot yang terlalu tebal atau pada struktur tulang): a. Kabel Merah (R) : pada lengan kanan. b. Kabel Kuning (L) : pada lengan kiri. c. Kabel Hijau (F) : pada kaki kiri. d. Kabel Hitam (N) : pada kaki kanan. e. V1 : pada interkostal ke- 4 kanan. f. V2 : pada interkostal ke- 4 kiri. g. V3 : pada interkostal ke 4 – 5 antara V2 dan V4. h. V4 : pada interkostal ke-5 linea midclavicularis kiri. i. V5 : horizontal terhadap V4, di linea aksilaris anterior. j. V6 : horizontal terhadap V5, pada linea midaksilaris			
19.	Menghubungkan kabel listrik mesin EKG ke sumber listrik.			

20.	Menyalakan <i>power On</i> mesin EKG.			
21.	Mengatur kecepatan gelombang pada 25 mV.			
22.	Mengatur ketinggian rekaman pada skala 1.			
23.	Melakukan rekaman <i>12 lead</i> .			
24.	Setelah selesai, mematikan power mesin EKG dan lepaskan kabel/elektroda dari tubuh klien, kemudian bersihkan sisa jelly yang menempel dengan tissue.			
25.	Merapikan klien dan lingkungannya			
26.	Merapikan kembali alat-alat dan membuang sampah			
27.	Melepas sarung tangan			
28.	Mencuci tangan			
29.	Tahap Terminasi 1. Evaluasi kegiatan 2. Beri reinforcement positif 3. Kontrak pertemuan selanjutnya 4. Membaca Hamdallah selesai melakukan tindakan 5. Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb 6. Cuci tangan			
30.	Dokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan beserta respon klien			
TEKNIK				
31.	Menempatkan peralatan secara ergonomis			
32.	Menjaga privasi ibu			
33.	Melakukan tindakan dengan efektif dan efisien			

Nilai batas lulus = 75%

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

PERAWATAN PASIEN MASA KRISIS MENURUT ISLAM

Ketrampilan perawatan pasien masa krisis yang akan dipelajari pada praktikum ini yaitu ketrampilan perawatan jenazah. Perawatan jenazah menurut Islam terdiri dari: memandikan, mengkafani dan mensholati.

B. Memandikan Jenazah

Materi prosedur memandikan jenazah dapat dilihat pada link berikut:

<https://drive.google.com/file/d/18odpfXwDlomheAyhXN6pWaF3FJYd7Sb2/view?usp=sharing>

1. Tempat untuk memandikan jenazah pada ruang tertutup
2. Air putih secukupnya
3. Sabun, air kapur barus, dan wangi-wangian,
4. Sarung tangan untuk memandikan
5. Potongan atau gulungan kain kecil-kecil
6. Kain basahan dan handuk

C. Mengkafani Jenazah

Materi prosedur mengkafani jenazah dapat dilihat pada link berikut:

https://drive.google.com/file/d/1TvhDX_M9b0RdQRfn8YExD8B5AHxJXTzM/view?usp=sharing

Alat dan bahan yang dibutuhkan:

1. Dua lembar kain kafan ukuran panjang dan pendek
2. Satu lembar kain kafan untuk dibentuk baju
3. Satu lembar kain kafan untuk dibentuk dalaman
4. Satu lembar kain kafan untuk dibentuk jilbab
5. 1 lembar kain kafan untuk penutup badan
6. 3/5 tali yang dibuat dari kain kafan
7. Wewangian
8. kapas