

MODUL PRAKTIKUM FUNDAMENTAL OF MIDWIFERY III

Tahun Ajaran 2025/2026



PROGRAM STUDI S1KEBIDANAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU-ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ALMA ATA
2025/2026

MODUL PRAKTIKUM
FUNDAMENTAL OF MIDWIFERY
III



Disusun Oleh:

Tim

PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA DAN PENDIDIKAN
PROFESI BIDAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU-ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ALMA ATA YOGYAKARTA 2025/2026

HALAMAN PENGESAHAN

Nama Mata kuliah : Fundamental of Midwifery III
Kode Mata kuliah : PB009/ 5 sks (3T, 2 P)
Pelaksanaan : Semester III
Dosen Pengampu :

1. Ratih Devi Alfiana S.ST., M.Keb
2. Bdn. Adenia Dwi Ristanti, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.
3. Isti Chana Zuliyati, S.ST., M.Keb
4. Indah Wijayanti, S.ST., M.Keb., Bd
5. Bdn. Rani Ayu Hapsari, S.ST.,S.K.M.,M.K.M.
6. Anindita Farda Khusna, S.Kep., Ns., M.N., Sc
7. Tifany Hayuning Ratri, S.Kep., Ns., M.Kep

1 September 2025

Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu-Ilmu
Kesehatan



dr. Tridjoko Hadiano, DTM&H., M.Kes

Ketua Program studi Kebidanan Program
Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan



Fatimatasari, S.Keb.,Bd., M.Keb

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 Modul Praktikum *Fundamental of Midwifery III* ini. Sebagai upaya dalam mengembangkan kemampuan skill diperlukan suatu proses pembelajaran praktik dalam rangka menerapkan teori yang telah didapatkan mahasiswa di kelas melalui praktik laboratorium agar nantinya mahasiswa memiliki kemampuan yang tinggi pada saat di lahan praktik yang sesungguhnya, serta 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 Modul Praktikum *Fundamental of Midwifery III* 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, 1 September 2025

Liaison Officer

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	1
LEMBAR PENGESAHAN	2
KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI	4
PENDAHULUAN	5
A. DESKRIPSI MATA KULIAH	5
B. TUJUAN	5
C. SASARAN	5
D. BEBAN SKS	5
E. DOSEN INSTRUKTUR	5
DAFTAR PEMBAGIAN KELOMPOK	6
DAFTAR ALAT	7
TATA TERTIB	11
A. TATA TERTIB PRAKTIKUM DARING	11
B. TATA TERTIB PRAKTIKUM LURING	12
MATERI DAN <i>CHECK LIST</i>	14

PENDAHULUAN

A. DESKRIPSI MATA KULIAH

Mata kuliah *Fundamental of Midwifery III* ini merupakan salah satu mata kuliah yang memberikan dasar keilmuan bagi mahasiswa kebidanan. Setelah mempelajari mata kuliah *Fundamental of Midwifery III* ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan, mendemonstrasikan dan berfikir kritis mengenai Pencegahan infeksi, Kebutuhan dasar manusia, pemberian obat dalam praktik kebidanan dan *basic life Support*

B. TUJUAN

Setelah mengikuti praktikum pada mata kuliah *Fundamental of Midwifery III* ini, mahasiswa diharapkan mampu mendemonstrasikan:

1. Cara cuci tangan dan penggunaan APD
2. Oksigenasi
3. Pemenuhan kebutuhan nutrisi (NGT & OGT)
4. Personal Hygienes dalam kebidanan
5. Membantu pasien BAK, BAB dan Kateterisasi
6. Pemberian obat (Oral, parental, injeksi)
7. Pemasangan infus, transfusi darah, dan pengambilan darah
8. EKG
9. Perawatan luka
10. Resusitasi dewasa
11. Heacting sederhana

C. SASARAN

Mahasiswa S1 kebidanan semester 5.

D. BEBAN SKS

2 SKS Praktikum

E. DOSEN INSTRUKTUR

Ratih Devi Alfiana S.ST., M.Keb

Bdn. Adenia Dwi Ristanti, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.

Isti Chana Zuliyati, S.ST., M.Keb

Indah Wijayanti, S.ST., M.Keb., Bd

Bdn. Rani Ayu Hapsari, S.ST.,S.K.M.,M.K.M.

Anindita Farda Khusna, S.Kep., Ns., M.N., Sc

Tifany Hayuning Ratri, S.Kep., Ns., M.Kep

DAFTAR KELOMPOK
Fundamental of Midwifery III

Kode MK : PB009

Semester III

NO	NIM	NAMA MK	KEL
1	240700179	Ajeng Bunga Arya	A
2	240700180	Alifia Ni'matur Rohmah	
3	240700181	Anisa Agnestia	
4	240700182	Arbillah Ahdah Ramadhani	
5	240700183	Desvinta Hawa Alkhoiroh	
6	240700184	Diah Utami	
7	240700185	Dinda Rahma Juwita	
8	240700186	Dini Hilmatul Ulya Wahyudin	
9	240700187	Esti Asih	
10	240700188	Faradila Istiqomah	B
11	240700189	Fetrina Magdalena Parica Cahyati	
12	240700190	Gizla Maulidiyanti Azkia	
13	240700191	Jaslina Rajan Hayati	
14	240700192	Khairunnisa Ril Marban	
15	240700193	Khansa Nabila Putri	
16	240700194	Melbi Mutiara	
17	240700195	Najwa Alma'rifah Fadhilah	
18	240700196	Nikmatul Khoiriyah	
19	240700197	Nurkhofifatul Amirah	C
20	240700198	Oktaviya	
21	240700199	Pingki Ayu Ramadani	
22	240700200	Qanita Maulidiya	
23	240700201	Rika Ramanda	
24	240700203	Ringga Adristi	
25	240700205	Yeni Anggraeni	
26	240700206	Yulfi R. Drakel	

DAFTAR ALAT

NO	Alat	TEMA/MATE RI
1.	1. Jeli: 1 buah 2. Kateter nasal/kanul nasal: 1 buah 3. Sungkup Muka Kantong Non Rebreathing (NRM): 1 buah 4. Sungkup Muka Kantong Rebreathing (RM), : 1 buah 5. Humidifier dan Tabung oksigen/sentral oksigen : 1 buah 6. Kasa kering 7. Bengkok: 1 buah	Oksigenasi
2.	A. Pemasangan NGT : 1. NGT (No 14 or 16 atau untuk infant biasadigunakan no.8, Dewasa ukuran 18); 1 buah 2. Jelly: 1 buah 3. Klem: 1 buah 4. Pinset: 1 buah 5. Handuk : 1 buah 6. Tissue: 1 wadah 7. Bengkok: 1 buah 8. Segelas air putih dan sedotan 9. Plester: 1 buah 10. Sduit 20 cc atau 10 cc: 1 buah 11. Kapas alcohol 12. Stetoscope: 1 buah 13. Spatel lidah: 1 buah 14. Senter: 1 buah 15. Handscoon 16. Bak instrument steril: 1 buah 17. Bengkok: 1 buah B. Pemberian nutrisi per NGT 1. Suplemen nutrisi yang diprogramkan 2. Sduit 20cc: 1 buah 3. Gelas atau cangkir : 1 buah 4. Air putih 5. Sarung tangan bersih: 1 buah 6. Bengkok: 1 buah	Pemberian nutrisi
3.	1. Perlak: 1 buah 2. Kapas DTT: 1 buah 3. Com air DTT: 1 buah 4. Bengkok : 1 buah 5. Handscoon : 1 box 6. Bak instrument: 1 buah	Personal hygiens
4.	1. Pispot : 1 buah 2. Alas : 1 buah 3. Botol berisi air cebok : 1 buah 4. Tissue : 1 box 5. Selimut : 1 buah 6. Bengkok : 1 buah 7. Hanscun : 1 box	Membantu BAK, BAB, dan Kateterisasi

	8. Kom: 1 9. Kapas: DTT 10. Kasa Steril 11. Kateter 12. Urin Bag 13. Plaster 14. Pantom Uretra / Pemasangan kateter pria ataupun wanita	
5.	1. Kom dan kapas : 2 buah 2. Alkohol : 1 botol 3. Botol spesimen yang telah disterilkan : 2 buah 4. Bengkok : 2 buah 5. Hanscoen bersih : 1 boks 6. Tornikuet : 2 buah 7. Spuit 0.5 cc : 5 buah 8. Spuit 3 cc : 5 buah 9. Vacicopen : 1 buah 10. Lanset: 1 buah 11. Obat antikoagulan : 1 botol 12. Bak instrumen kecil : 2 buah 13. Phantom lengan : 2 buah 14. Alas : 2 buah 15. Kom klorin: 1 buah	Pengambilan sampel darah
6.	Pemasangan Infus: - standar infus : 1 buah - Sarung tangan bersih: 1buah - Spuit : 1 buah - Bengkok: 1 buah - Pengalas: 1buah - Kapas Alkohol - Plester: 1buah - Gunting : 1buah - Cairan infus (RL, Dextrose, NaCl): 1buah - Kasa steril: 1buah - Tourniket/ manset: 1buah - Infus set: 1 buah - Albucat berbagai ukuran - Kom: 1 buah - Bak instrument: 1buah Tranfusi darah: - standar infus : 1 buah - Sarung tangan bersih: 1buah - transfusi set : 1 buah - NaCl 0,9%: 1 buah - Darah sesuai dengan kebutuhan pasien - Jarum infus/abocath atau sejenisnya sesuai dengan ukuran. - Pengalas : 1buah - Tourniquet : 1 buah - Kapas alkohol - Plester: 1 buah - Gunting: 1 buah	Pemasangan infus dan tranfusi darah

	12. Kasa steril : 1buah 13. Betadine : 1buah	
7.	1. Sduit 1 cc : 5 buah 2. sduit 3 cc : 5 buah 3. sduit tuberkulin : 5 buah 4. sduit insulin : 5 buah 5. kapas alkohol : secukupnya 6. kom : 2 buah 7. bengkok : 2 buah 8. sarung tangan bersih : 1 boks 9. baki obat : 2 buah 10. needle berbagai ukuran : 5 buah 11. sample obat cyanocobalamin/depo neo (IM) : 1 ampul 12. obat cefotaxime (SC) : 1 ampul 13. insulin : 1 ampul 14. safety boks : 1 buah 15. larutan clorin : 500 cc 16. phantom bokong : 1 buah 17. phantom lengan : 1 buah	Pemberian obat (oral, Injeksi)
8.	1. Bak instrument : 2 buah 2. Handscoen : 1 boks 3. Pinset anatomis : 2 buah 4. Pinset surgis : 2 buah 5. Gunting plester : 2 buah 6. Kassa steril : secukupnya 7. Kapas tupers : secukupnya 8. Kom betadin : 2 buah 9. Kom untuk kapas tupers dan kassa deppers : 2 buah 10. Kom Na Cl : 2 buah 11. Bengkok : 2 buah 12. Selimut : 1 buah 13. Perlak pengalas : 1 buah 14. Cairan NaCl : 500 cc 15. Salep gentamicin/kemycetin : 2 buah 16. Plester : 2 buah 17. Sofratul : 2 buah/klp 18. Larutan klorin 0,5% : 500 cc 19. Waskom : 2 buah 20. Tempat sampah : 2 buah	Perawatan luka
9.	1. Phantom RJP dewasa: 1 buah 2. Baskom klorin : 2 buah 3. Bengkok : 2buah 4. Bak intrument : 1 buah 5. Ambu bag+ sungkup dewasa: 1 buah 6. Handscoen : 1 box 7. Tissue : 1 box 8. Mayo/Gudel warna hijau 80 mm: 4 buah 9. Mayo/Gudel warna kuning 90 mm: 4 buah	Resusitasi dewasa

10.	1. Pinset 2. Jarum kulit dan otot 3. Nalvuder 4. Benang catgut 5. Benang Cromic 6. Benang Silk 7. Kassa Steril 8. Bank Instrumen	
11.	1. Apron 2. Handscoon 3. Nurse Cap 4. Masker 5. Goggles 6. Sabun 7. Handuk/tissue 8. Sepatu boat 9. Handscoon	
12.	Mesin EKG, elektroda EKG, Jelly, kapas alkohol pada tempatnya, tissue, washlap basah, alat cukur(kalau perlu), kertas dokumentasi EKG, lem, dan gunting	Pemeriksaan EKG

TATA TERTIB PRAKTIKUM

A. Tata Tertib Praktikum DARING Pra Praktikum

1. LNO menseting pertemuan praktikum daring pada course mata kuliah yang diampu
2. Pada setiap topik pertemuan LNO membuat forum presensi dan assignment pengumpulan laporan praktikum, satu topik praktikum memuat forum presensi dan assignment sesuai jadwal evaluasi atau demonstrasi.
3. Forum presensi disetting dapat diakses 15 menit sebelum jadwal praktikum
4. Forum assignment disetting dapat diakses 15 menit sebelum praktikum berakhir
5. Dosen harus mengupload video atau bahan pembelajaran 1 hari sebelum jadwal yang telah ditentukan di e learning sesuai topic yang sudah tersedia
6. Mahasiswa wajib mempelajari video atau bahan pembelajaran yang telah diupload oleh dosen pengampu
7. PJ kelompok wajib memastikan video atau bahan pembelajaran sudah terupload, jika belum maka PJ kelompok wajib menghubungi dosen pengampu
8. PJ kelompok membuat link pertemuan untuk praktikum daring dan menginformasikan link tersebut ke dosen pengampu dan seluruh anggota kelompok

Praktikum

1. Seluruh mahasiswa harus sudah presensi di elearning dan standby di platform yang digunakan untuk praktikum 15 menit sebelum jadwal
2. PJ kelompok mengingatkan kembali dosen pengampu apabila setelah 30 menit dari jadwal yang telah ditentukan dosen tersebut belum masuk forum pertemuan
3. Selama perkuliahan daring seluruh mahasiswa wajib mengenakan pakaian yang sopan dan rapi sehingga apabila sewaktu-waktu dosen meminta mahasiswa untuk membuka kamera maka sudah siap
4. Selama praktikum seluruh mahasiswa wajib memperhatikan materi yang disampaikan dan selalu siap merespon secara aktif ketika diberikan pertanyaan, feedback, dll.
5. 15 menit sebelum praktikum berakhir khusus untuk mengerjakan laporan praktikum

Post Praktikum

1. Mahasiswa wajib membuat laporan praktikum yang telah terlaksana untuk praktikum demonstrasi dengan format terlampir, menggunakan lembar folio bergaris dan tulis tangan, untuk evaluasi menyesuaikan dengan dosen pengampu

2. Mahasiswa wajib mengupload laporan praktikum tersebut ke forum assignment yang telah dibuat oleh dosen pengampu sesuai batas waktu yang ditentukan.

B. Tata Tertib Praktikum LURING

1. Tata Tertib Praktikum

- a. Mahasiswa menyiapkan diri 15 menit di depan laboratorium sebelum praktikum dimulai
- b. Mahasiswa yang terlambat 15 menit atau lebih tidak diijinkan mengikuti praktikum
- c. Setiap akan praktikum, diadakan pre test dengan materi yang akan dipraktikumkan
- d. Mahasiswa tidak boleh bersendau gurau dan harus bersikap sopan, tidakmakan dan minum selama mengikuti praktikum
- e. Selama praktikum berlangsung, mahasiswa tidak boleh meninggalkan laboratorium tanpa izin dosen
- f. Mahasiswa wajib membereskan alat-alat yang dipakai untuk praktikum dan dikembalikan dalam keadaan rapi dan bersih
- g. Bila mahasiswa memecahkan/merusakkan alat, diwajibkan mengganti alat tersebut paling lambat 2 hari setelah praktikum
- h. 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)
- i. 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 mahasiswa yang akan praktik laboratorium wajib memberitahu/pesan alat kepada petugas 1 hari sebelum praktik dilaksanakan
- 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
- g. Alat-alat laboratorium yang dipinjam dikembalikan tepat waktu dan dalam keadaan bersih dan utuh
- h. Mahasiswa diperbolehkan meninggalkan ruangan setelah serah terima alat- alat yang dipinjam kepada kepala laboratorium
- i. Keterlambatan mengembalikan alat atau mengembalikan alat dalam keadaan kotor, maka mahasiswa dikenakan denda Rp.10.000/hari/alat
- j. Peminjam alat laboratorium harus mengganti alat yang rusak/hilang dalam waktu kurang dari dua hari setelah alat rusak/hilang.

MATERI 1

CUCI TANGAN SAMPAI DENGAN PENGGUNAAN APD

Untuk melindungi diri dari dan pasien dari kuman yang mematikan maupun kuman yang kebal terhadap antibiotik, penyedia layanan kesehatan harus memastikan tangannya bersih dengan cara selalu mencuci tangan pakai sabun dan air bersih mengalir. Mencuci tangan dengan sabun dibawah air yang mengalir merupakan sebuah langkah yang efektif dalam pencegahan infeksi.

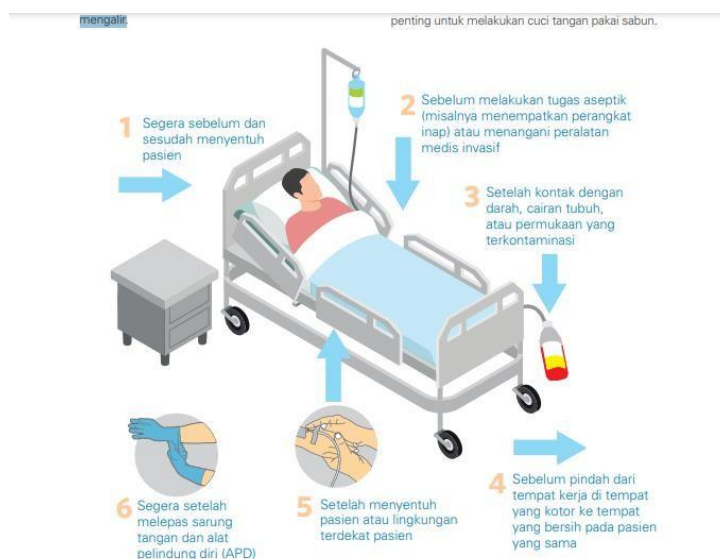
1. Pengertian

Cuci tangan adalah kegiatan membersihkan kotoran yang melekat pada kulit dengan memakai sabun dan air yang mengalir (Depkes, 2007). Pernyataan ini selaras dengan Potter (2015) yang menjelaskan bahwa cuci tangan adalah aktifitas membersihkan tangan dengan cara menggosok dan menggunakan sabun serta membilasnya pada air yang mengalir

2. Tujuan Mencuci Tangan

Tujuan mencuci tangan adalah untuk menghilangkan mikroorganisme sementara yang mungkin ditularkan ke orang lain dan mencuci tangan merupakan tindakan yang paling efektif untuk mencegah dan mengendalikan adanya infeksi nosokomial

3. Waktu cuci tangan di pelayanan kesehatan



Kemendes, 2020

4. Cuci Tangan 6 Langkah



Kemenkes,

DAFTAR TILIK CUCI TANGAN MEDIS

NO	PROSEDUR TINDAKAN	NILAI		
		0	1	2
1	Menyiapkan peralatan yang dibutuhkan			
2	Melepas semua perhiasan yang menempel di tangan dan lengan			
3	Membasahi kedua belah tangan dengan air mengalir			
4	Memberi sabun secukupnya pada kedua belah tangan			
5	Menggosok kedua telapak tangan dan jari			
6	Menggosok punggung tangan secara bergantian			
7	Menggosok sela jari dengan jari-jari tangan yang berlawanan, lakukan secara bergantian			
8	Menggosok ibu jari secara bergantian			
9	Menggosok ujung jari pada telapak tangan secara bergantian			
10	Membilas kedua tangan dengan air yang bersih dan mengalir			
11	Mematikan kran dengan menggunakan siku			
12	Membersihkan tangan dengan handuk bersi atau tissue			
	Total Nilai			

Nilai batas lulus = 75%

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

PENGUNAAN APD

APD dirancang untuk jadi penghalang terhadap penetrasi zat partikel bebas, cair, atau udara dan melindungi penggunanya terhadap penyebaran infeksi. Pemakaian APD yang baik jadi penghalang terhadap infeksi yang dihasilkan oleh virus dan bakteri.

1. Pengertian

Alat Pelindung Diri (APD) adalah alat yang mempunyai kemampuan untuk melindungi seseorang dalam pekerjaan yang fungsinya mengisolasi tubuh tenaga kerja dari bahaya di tempat kerja.

1. Prinsip penggunaan APD

- Harus dapat memberikan perlindungan terhadap bahaya yang spesifik atau bahaya- bahaya yang dihadapi (Percikan, kontak langsung maupun tidak langsung).
- Berat APD hendaknya sesingan mungkin, dan alat tersebut tidak menyebabkan rasa ketidaknyamanan yang berlebihan.
- Dapat dipakai secara fleksibel (reuseable maupun disposable)
- Tidak menimbulkan bahaya tambahan.
- Tidak mudak rusak.
- Memenuhi ketentuan dari standar yang ada.
- Pemeliharaan mudah.
- Tidak membatasi gerak.

2. Jenis-Jenis APD yang digunakan sesuai dengan level nya

- Level 1



b. Level 2



c. Level 3



		
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.

Macam-macam gaun pelindung

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.

Gambar. Jenis dan Kegunaan Pelindung Wajah

Safety Glasses atau Spectacles goggles	
	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.

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

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 daripasien. 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

DAFTAR TILIK PENGGUNAAN APD

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu’alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
CONTENT/ ISI				
2.	Menyiapkan peralatan: sarung tangan, masker, gaun pelindung, kacamata dan pelindung wajah, pelindung kepala, sepatu, wastafel, air mengalir, sabun cuci tangan/ handrub.			
3.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
4.	Melakukan cuci tangan menggunakan sabun			
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: 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%

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

PELEPASAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu’alaikum Wr.Wb dan memperkenalkan diri			
CONTENT/ ISI				
2.	Menyiapkan peralatan: sarung tangan, masker, gaun pelindung, kacamata dan pelindung wajah, pelindung kepala, sepatu, wastafel, air mengalir, sabun cuci tangan/ <i>handsrub</i>			
3.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan.			
4.	Lepaskan sarung tangan dan buang pada tempat limbah infeksius. Langkah melepas sarung tangan: 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: 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 genggaman tangan kanandan 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 kerandan buang ke tempat sampah dengan benar. Langkah mencuci tangan dengan handrub: 1. Tuangkan 2-3 cc antiseptik berbasis alkohol ke telapaktangan, kemudian ratakan ke seluruh permukaan tangan. 2. Gosok kedua telapak tangan secara merata. 3. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangankanan 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 genggaman tangan kanandan sebaliknya 7. Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri.			

	8. Tunggu kering, dan tangan sudah dalam kondisi bersih			
6	Lepaskan kacamata atau pelindung wajah: 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 5. limbah infeksius.			
7	Lepaskan gaun pelindung: 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 6. 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%

MATERI 2

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%	• Aman dan sederhana • Mudah ditoleransi pasien • Efektif untuk konsentrasi rendah • Tidak mengganggu makan dan bicara pasien • Murah, disposibel	• 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%	• Memberi konsentrasi oksigen lebih tinggi dibandingkan kateter/kanul nasal • Tidak menyebabkan membran mukosa kering	• 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):	8-12 liter/menit: 60-80%	• Peningkatan FiO₂ yang diberikan • Humidifikasi O₂ yang relatif lebih mudah • Tidak menyebabkan membrane mukosa	• 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

	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		kering	
4.	Sungkup muka “Non Rebreathing” dengan kantong O2/Non Rebreathing Mask (NRM): terdapat kleb di samping untuk mencegah masuknya udara ruangan dan kleb di kantong	8-12 liter/menit: 90%	• Peningkatan FiO₂ yang diberikan • Humidifikasi O₂ yang relatif lebih mudah • Tidak menyebabkan membran mukosa kering	• 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

	reservoir untuk mencegah udara masuk ke kantong selama ekshalasi. Udara inspirasi tidak bercampur dengan udara ekspirasi, udara luar tidak mempengaruhi			
Sistem Aliran Tinggi				
1.	Sungkup Muka Venturi (Venturi Mask)	4-14 lt/m enit: 30-55 %	- Dipakai pada pasien dengan tipe ventilasi tidak teratur - Tidak menyebabkan	- Aspirasi bila muntah - Nekrose bila pemasangan sungkup terlalu ketat
2.	Sungkup Muka Aerosol (Ambu Bag)	Lebih dari 10 lt/menit : 100%	- Memberikan konsentrasi oksigen tinggi 100% tanpa intubasi - Tidak menyebabkan membran mukosa kering	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%	Cocok untuk bayi, kepala dapat bergerak bebas	Gas O ₂ yang dingin membuat stressor pada pasien, sehingga diperlukan penghangatan dan humidifikasi
----	---	----------------------	---	--

7. Terapi Oksigen pada Pasien Hipoksia

Penilaian PaO₂ pasien dengan udara bebas

- a. Ringan: PaO₂ antara 70-80mmHg

Terapi oksigen yang diberikan: nasal kanul/kateter mulai 2-3 liter/menit Masker 6 liter/menit

- b. Sedang: PaO₂ antara 50-70mmHg

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

- c. Gagal nafas: PaO₂ 50mmHg

Intubasi dan ventilasi mekanik (penggunaan ventilator)

8. Pemantauan Terapi Oksigen

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

9. Komplikasi

- a. Iritasi pada hidung dan telinga, membran mukosa kering
- b. Depresi pernapasan: gangguan ventilasi kronis (peningkatan CO₂) dan hipoksemia
- c. Displasia bronkopulmonal: pada pemberian oksigen konsentrasi tinggi
- d. Retrolental fibroplasia, terutama pada bayi prematur
- e. Penurunan *mucociliary clearance*
- f. Kerusakan kapiler endoteal
- g. Edema intersisial
- h. Kerusakan *pneumocytes*
- i. Fibrosis intersisial

FORMAT KETRAMPILAN 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 yang diperlukan:Jeli, Kateter nasal/kanul nasal, Sungkup Muka Kantong Non Rebreathing (NRM), Sungkup Muka Kantong Rebreathing (RM), Humidifier, Tabung oksigen/sentral oksigen			
8.	Kateter/Kanul Nasal			
☐	Isi glas humidifier dengan <i>water irigation</i> 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 <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 oksigen 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 oksigen/sentral oksigen			
☐	Cek fungsi flow meter dan humidifier dengan memutar pengatur konsentrasi O ₂ dan amati ada tidaknya gelembung udara dalam glas flow meter			
☐	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 oksigen telah mengalir sesuai yang diinginkan			
☐	Rapikan peralatan kembali			
☐	Cuci tangan			
10.	Sungkup Muka Partial Rebreathing (RM)			
☐	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 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 oksigen 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 O ₂ 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 apa yang dirasakan setelah dilakukan terapi oksigen			
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				

Nilai batas lulus = 75%

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

MATERI 3 PEMBERIAN NUTRISI

Kebutuhan nutrisi bagi tubuh merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang sangat penting. Dilihat dari kegunaanya 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

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

Indikasi

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

Kontraindikasi

- Trauma wajah parah/cribriform plate disruption karena resiko masuk ke intracranial, akan tetapi bisa dipasang orogastrik tube
- Base of skull fracture
- Esophagus abnormalitie
- Impaired airway

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 yang diperlukan: NGT (No 14 or 16 f atau untuk infant biasa digunakan no.8 Fr). Dewasa ukuran 18, Jelly, Klem, Pinset, Handuk, tissue, bengkok. Segelas air putih dan sedotan, Plester, Sput 20 cc atau 10 cc, Kapas alcohol, Stetoscope, Spatel lidah, Senter, Handscoon, Bak instrument steril, bengkok			
7.	Tanyakan keluhan klien dan kaji adanya alergi			
8.	Jaga privacy pasien			
9.	Membantu klien untuk memberikan posisi high fowler			
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 mengulangnya 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 (flekksi) 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%

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

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: kapas alcohol, sarung tangan, bengkok			
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%

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

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 yang diperlukan: Sonde/ selang OGT untuk infant (ukuran no.8 Fr), jelly, klem, pinset, handuk, tissue, bengkok. segelas air putih, plester, spuit 3 cc, stetoscope, spatel lidah, handscoon, bak instrument steril, bengkok, kertas lakmus biru.			
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 mengulangnya 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 (flekksi) 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:			
	C. memasang spuit pada ujung NGT, memasang stethoscope pada perut bagian kiri atas (daerah gaster), kemudian masukkan 10-20 cc udara bersamaan dengan auskultasi abdomen			
	D. 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				

B. 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

- Pasien dengan gangguan menelan yang menyebabkan intake per oral tidak adekuat
- Pasien dengan penurunan kesadaran dengan fungsi GI nya bagus
- Pasien malnutrisi
- Pasien dengan ventilasi mekanik

Procedure

Persiapan :

Pengkajian

Pengkajian harus berfokus pada

- Status nutrisi: turgor kulit, haluaran urine, berat badan, asupan kalori
- Pola eliminasi : diare, konstipasi, tanggal terakhir defekasi
- Respon terhadap dukungan nutrisi sebelumnya
- 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

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 dikringkan dengan handuk bersih (pra dan pasca tindakan)			
CONTENT/ ISI				
6.	Menyiapkan alat yang diperlukan:Suplemen nutrisi yang diprogramkan, Spuit 20cc, Gelas atau cangkir, Air putih, Sarung tangan bersih, Bengkok			
7.	Pastikan penempatan selang: ▪ 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 : ▪ 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	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: ▪ Pegang spuit 15 cm diatas tempat insersi selang ▪ Isi spuit dengan makanan dan biarkan mengalir dengan perlahan ke dalam selang NGT sampai habis dan bilas dengan air 10 cc. jangan biarkan spuit kosong sampai pemberian makanan dan bilasan selesai			
13	Klem selang nasogastrik dan tempatkan klien pada posisi semi-Fowler			
14	Memeberitahu bahwa tindakan telah selesai dan membaca Hamdalah			
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%

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

MATERI 4

PERSONAL HYGIENS

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

- Mempertahankan kebersihan kulit
- Mencegah infeksi kulit
- Memperlancar peredaran darah
- 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

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

FORMAT KETRAMPILAN MEMANDIKAN

NO	TINDAKAN	NILAI		
TAHAP PRE INTERAKSI		0	1	2
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:handuk, perlak, selimut mandi, gayung, ember, air hangat, sabun, waslap, bedak, sisir, baju ganti, pispot, pasta gigi, sikat gigi, body lotion			
7.	Menanyakan keluhan dan kaji gejala spesifik yang ada pada klien			
8.	Mengucapkan Basmalah sebelum memulai tindakan			
9.	Berikan perawatan oral jika belum dilakukan			
10.	Atur posisi klien (bila mungkin angkat bantal dan naikan 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 terdapat infus terlebih dahulu, kemudian turunkan flabot, pasang kembali dan periksa kecepatan tetesan infus. 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. u. Tutup klien dengan selimut mandi dan ganti air mandi. Ingatlah untuk memasang penghalang tempat tidur bagi keamanan klien. v. Bantu klien untuk miring/tengkurap, untuk membersihkan punggung dan bokong, letakkan handuk sepanjang punggung dan bokong klien. w. Tutupi dengan menarik selimut mandi dari bahu ke paha dan lipat di bawah paha. x. Bersihkan dan keringkan punggung dari leher ke bokong dengan usapan memanjang dan tegas. Beri perhatian khusus pada lipatan di daerah bokong dan anus y. Ganti air dan waslap bila perlu. z. Bantu klien untuk posisi terlentang dan miring. Tutupi dada dan ekstremitas atas dengan selimut mandi. Buka daerah genitalia dan bersihkan daerah genetalia, 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.			
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			
Jumlah				

Nilai batas lulus = 75%

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

MATERI 5

MEMBANTU BUANG AIR KECIL (BAK), BUANG AIR BESAR (BAB) DAN KATETERISASI

Buang Air Kecil (BAK) adalah suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urin dengan membantu BAK pada klien di tempat tidur. BAK merupakan kebutuhan setiap manusia yang harus terpenuhi. Tindakan memberikan bantuan pada pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan dasar eliminasi urin karena ketidakmampuan atau keterbatasan untuk melakukan sendiri karena masalah imobilitas fisik atau keadaan sakit.

FORMAT KETRAMPILAN MEMBANTU BAK DAN BAB

NO	TINDAKAN	NILAI		
TAHAP PRE INTERAKSI		0	1	2
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.	Mengucapkan Basmalah sebelum memulai tindakan			
7.	Pakaian pasien bagian bawah ditanggalkan dan bagian yang terbuka ditutup dengan selimut.			
8.	Pasien dianjurkan menekuk lutut (<i>dorsal recumbent</i>) dan angkat bokong serta pasang pengalas.			
9.	BAK: Pasang pispot (wanita)/urinal (laki-laki). BAB: pasang pispot (wanita/ laki-laki)			
10.	Bila telah selesai anus dan daerah sekitar genetalia dibersihkan dengan air dan keringkan dengan tissue, diulang beberapa kali sampai bersih.			
11.	Pispot diangkat atau urinal dan urine diamati, bila ada kelaian segera dicatat.			
12.	Pasien dirapikan dan pakaian bawah dipasang.			
13.	Pengalas dan selimut diangkat.			
14.	Rapikan tempat tidur			
15.	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan dan mengucapkan Hamdalah			
16.	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			
Jumlah				

KATETERISASI

Kateterisasi kandung kemih adalah pemasangan selang karet atau plastik melalui uretra ke dalam kandung kemih. Hal ini bertujuan untuk mengalirkan urine pada klien dari kandung kemih sehingga dapat lancar. Kateterisasi dilakukan pada pasien yang tidak mampu mengontrol perkemihan dan pada mereka yang mengalami obstruksi aliran kemih.

Pada klien wanita letak uretra berdekatan dengan anus, sehingga risiko terhadap infeksi selalu besar. Untuk itu sebelum pemasangan kateter pembersihan perineum secara menyeluruh adalah penting. Perawatan perineal harus sering dilakukan setelah pemasangan. Peralatan yang berkaitan dengan insersi ke dalam uretra harus steril.

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 medulaspinalis, 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 terjadidapat 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 hanyapada prosedur ketrampilan secara efektif dan aman tetapi juga memberikan penjelasan 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 mengkonsumsi 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 2kali 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 bengkok dan perlak. Perawat/bidan dengan perlahan menarik seluruh larutan untuk mengempiskan balon secara total.

KATETERISASI

NO	ASPEK YANG DINILAI	Nilai		
		0	1	2
TAHAP PRE INTERAKSI				
1.	Cek catatan medis			
2.	Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri			
3.	Cuci tangan			
4.	Menyiapkan alat: Kasa steril, Selimut, Alas dan perlak, handscoon, steril, Kapas DTT, air DTT, kom, Kateter steril sesuai ukuran, Sput 10 cc, Aquades, Jelly, Bak instrument, Plester, Urine bag, Bengkok			
5.	Pilih tipe dan ukuran kateter Sambungkan urin bag dengan kateter Untuk kateter tetap, ambil sput dan tes balon dengan mengisi air steril dan kempeskan balon dengan menarik air steril , biarkan sput tertinggal			
TAHAP ORIENTASI				
6.	Mengucapkan Assalamu’alaikum Wr. Wb , identifikasi klien dan panggil klien dengan namanya			
7.	Jelaskan prosedur dan tujuan pemasangan kateter pada klien/keluarga			
TAHAP KERJA				
8.	Berikan privasi pada klien: tutup pintu kamar atau pasang tirai			
9.	Atur posisi klien			
10.	Beri pengalas pada bokong			
11.	Dekatkan alat-alat			
12.	Pakai sarung tangan steril			
13.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
14.	Gunakan tangan non dominan untuk mengekspos meastus			
15.	Lakukan desinfeksi: gunakan kapas DTT dengan pinset secara asepsis			
16.	Gunakan gerakan sirkuler untuk laki-laki atau lakukan vulva hygiene untuk wanita			

17.	Jauhkan kapas bekas ke dalam bengkok dari area steril			
18.	Tangan non dominan memegang penis atau membuka vulva			
19.	Memasukkan jelly ke dalam uretra bila laki-laki dan atau mengoles jelly pada kateter untuk wanita			
20.	Masukkan kateter 20 cm pada pria pegang penis 45° sampai urin keluar atau masukkan kateter 4-6,5 cm pada wanita			
21.	Masukkan lagi kateter 2,5 cm			
22.	Isi balon dengan air steril sejumlah yang tertera pada kateter			
23.	Tarik kateter sampai ada tahanan			
24.	Gunting plastik yang membungkus kateter			
25.	Buka sarung tangan			
26.	Fiksasi kateter ke bawah abdomen pasien pria atau pada paha depan untuk wanita			
27.	Menempatkan penampung dan saluran dengan benar			
28.	Bantu pasien untuk posisi yang nyaman			
29.	Mengucapkan Hamdalah setelah melakukan kegiatan			
30.	Kumpulkan dan bereskan alat disposable			
31.	Cuci tangan			
TAHAP TERMINASI				
32.	Evaluasi hasil yang didapat: Kateter tetap <i>drainage</i> dengan lancar atau kateter langsung masuk dan dilepas tanpa ketidaknyamanan Pasien nyaman			
33.	Menyimpulkan hasil kegiatan			
34.	Memberikan <i>reinforcement</i> positif			
35.	Melakukan kontrak (waktu, topik/kegiatan selanjutnya dan tempat)			
36.	Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
37.	Rapikan alat			
38.	Cuci tangan			
39.	Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan			
JUMLAH TOTAL : 78				

MATERI 6

PENGAMBILAN SAMPEL URIN, FESES DAN DARAH

A. PENGAMBILAN SPESIMEN URIN

1. Pengertian

Suatu tindakan mengambil sejumlah urine sebagai sampel untuk pemeriksaan laboratorium. Urin atau air seni atau air kencing adalah cairan sisa yang diekskresikan oleh ginjal yang kemudian akan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses urinasi. Eksresi urin diperlukan untuk membuang molekul-molekul sisa dalam darah yang disaring oleh ginjal dan untuk menjaga homeostasis cairan tubuh. Urin disaring di dalam ginjal, dibawa melalui ureter menuju kandung kemih, akhirnya dibuang keluar tubuh melalui uretra.

2. Pemeriksaan Urine.

Hasil pemeriksaan urine tidak hanya dapat memberikan informasi tentang ginjal dan saluran kemih, tetapi juga mengenai faal berbagai organ tubuh seperti hati, saluran empedu, pancreas, dsb. Namun, untuk mendapatkan hasil pemeriksaan yang akurat, diperlukan specimen yang memenuhi syarat. Pemilihan jenis sampel urine, teknik pengumpulan sampai dengan pemeriksaan harus dilakukan dengan prosedur yang benar.

3. Jenis pengambilan sampel urine :

a. Urine sewaktu/ urine acak (random)

Urine sewaktu adalah urine yang dikeluarkan setiap saat dan tidak ditentukan secara khusus. Mungkin sampel encer, isotonik, atau hipertonik dan mungkin mengandung sel darah putih, bakteri, dan epitel skuamosa sebagai kontaminan. Jenis sampel ini cukup baik untuk pemeriksaan rutin tanpa pendapat khusus.

b. Urine pagi

Pengumpulan sampel pada pagi hari setelah bangun tidur, dilakukan sebelum makan atau menelan cairan apapun. Urine satu malam mencerminkan periode tanpa asupan cairan yang lama, sehingga unsur-unsur yang terbentuk mengalami pemekatan. Urine pagi baik untuk pemeriksaan sedimen dan pemeriksaan rutin serta tes kehamilan berdasarkan adanya HCG (human chorionic gonadotropin) dalam urine.

c. Urine tampung 24 jam

Urine tampung 24 jam adalah urine yang dikeluarkan selama 24 jam terus-menerus dan dikumpulkan dalam satu wadah. Urine jenis ini biasanya digunakan untuk analisa kuantitatif suatu zat dalam urine, misalnya ureum, kreatinin, natrium, dsb. Urine dikumpulkan dalam suatu botol besar bervolume 1.5 liter dan biasanya dibubuhi bahan pengawet, misalnya toluene.

4. Hal-hal yang perlu di infeksi dalam pemeriksaan urine:

a. Volume urine

Banyaknya urine yang dikeluarkan oleh ginjal dalam 24 jam. Dihitung dalam gelas ukur. Volume urine normal : 1200-1500 ml/24 jam. Volume urine masing-masing orang bervariasi tergantung pada luas permukaan tubuh, pemakaian cairan, dan kelembapan udara / penguapan.

b. Bau

Bau urine yang normal, tidak keras. Bau urine yang normal disebabkan dari sebagian oleh asam-asam organik yang mudah menguap.

c. Buih

Buih pada urine normal berwarna putih. Jika urine mudah berbuih, menunjukkan bahwa urine tersebut mengandung protein. Sedangkan jika urine memiliki buih yang berwarna kuning, hal tersebut disebabkan oleh adanya pigmen empedu(bilirubin) dalam urine.

d. Warna urine

Warna urine ditentukan oleh besarnya diuresis. Makin besar diuresis, makin muda warna urine itu. Biasanya warna urine normal berkisar antara kuning muda dan kuning tua. Warna itu disebabkan oleh beberapa macam zat warna, terutama urochrom dan urobilin. Jika didapat warna abnormal disebabkan oleh zat warna yang dalam keadaan normal pun ada, tetapi sekarang ada dalam jumlah besar.

e. Kemungkinan adanya zat warna abnormal, berupa hasil metabolisme abnormal, tetapi mungkin juga berasal dari suatu jenis makanan atau obat-obatan. Beberapa keadaan warna urine mungkin baru berubah setelah dibiarkan.

f. Kejernihan

Cara menguji kejernihan sama seperti menguji warna yaitu jernih, agak keruh, keruh atau sangat keruh. Tidak semua macam kekeruhan bersifat abnormal. Urine normal pun akan menjadi keruh jika dibiarkan atau didinginkan. Kekeruhan ringan disebut nubecula dan terjadi dari lender sel-sel epitel dan leukosit yang lambat laun mengendap.

5. Proses Pengambilan Urine.

Persiapan alat

- a. Botol yang telah disterilkan(tempat penampung spesimen)
- b. Label spesimen
- c. Sarung tangan sekali pakai
- d. Larutan anti septik
- e. Kapas sublimat
- f. Formulir Laboratorium
- g. Urinal (Pispot) jika klien tidak dapat berjalan
- h. Baskom air hangat
- i. Waslap
- j. Sabun
- k. Handuk
- l. Kom klorin

CHEKLIST / DAFTAR TILIK
PENGAMBILAN SPESIMEN URINE

NO	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
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.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
CONTENT / ISI				
6.	Menyiapkan peralatan : botol sampel urine, handscoon, kertas etiket, bengkok			
7.	Menjaga privasi pasien			
8.	Mengatur posisi pasien nyaman mungkin			
9.	Memasang pengalas di bawah bokong pasien			
10.	Memakai handscoon			
Pengambilan specimen urine pada pasien yang istirahat total				
11.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			
12.	Membantu pasien untuk cebok dulu sebelum berkemih			
13.	Membiarkan urine yang keluar permulaan dan menampung urine yang keluar berikutnya dengan bengkok atau botol yang telah disediakan sesuai kebutuhan			
14.	Membantu untuk cebok			
15.	Mengucapkan Hamdalah setelah melakukan tindakan			
Pengambilan specimen urine pada pasien yang dapat berjalan				
16.	Memberitahu pasien untuk membiarkan saja urin yang keluar permulaan mengalir sedikit dan menampung			

	urin yang keluar berikutnya dengan bengkok atau botol yang telah disediakan			
17.	Memberikan etiket yang jelas dan mengisi formulir pengiriman untuk segera dikirim ke laboratorium			
18.	Mengucapkan Hamdalah pada akhir tindakan			
19.	Membersihkan peralatan			
20.	Cuci tangan dalam larutan chlorine 0,5%, lepas sarung tangan secara terbalik dan merendam dalam larutan chlorin selama 10 menit			
21.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
22.	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan			
KONSELING PASCA TINDAKAN				
23.	Menjelaskan bahwa tindakan pengambilan urin sudah dilakukan			
24.	Menjelaskan umpan balik hasil pemeriksaan dari laboratorium yang ditunjuk			
25.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TOTAL NILAI				

PENGAMBILAN SPESIMEN FESES

Pengertian

Pemeriksaan Feses merupakan cara yang dilakukan untuk mengambil feces sebagai bahan pemeriksaan, yaitu pemeriksaan lengkap dan pemeriksaan kultur: jenis makanan serta gerak peristaltik mempengaruhi bentuk, jumlah maupun konsistensinya.

Tujuan

Mendapatkan spesimen tinja/feses yang memenuhi persyaratan untuk pemeriksaan feses rutin. Pemeriksaan dengan menggunakan spesimen feses bertujuan untuk mendeteksi adanya kuman, seperti kelompok salmonela, sigela, e. sherrichia coil, stafilocokus, dan lain-lain.

Indikasi Pemeriksaan

1. Adanya diare dan konstipasi
2. Adanya ikterus
3. Adanya gangguan pencernaan
4. Adanya lendir dalam tinja
5. Kecurigaan penyakit gastrointestinal
6. Adanya darah dalam tinja

Syarat pengumpulan feces

1. Tempat harus bersih, kedap, bebas dari urine, diperiksa 30 – 40 menit sejak dikeluarkan. Bila pemeriksaan ditunda simpan pada almari es.
2. Pasien dilarang menelan Barium, Bismuth, dan Minyak dalam 5 hari sebelum pemeriksaan
3. Diambil dari bagian yang paling mungkin memberi kelainan.
4. Paling baik dari defekasi spontan atau Rectal Touche
5. Pasien konstipasi

Waktu

Pengambilan dilakukan setiap saat, terutama pada gejala awal dan sebaiknya sebelum pemberian anti biotik. Feses yang diambil dalam keadaan segar.

CHECKLIST PENGAMBILAN SPESIMEN FESES

NO	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
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.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
CONTENT/ ISI				
6.	Menyiapkan peralatan : handscoon bersih, gel pelican, botol specimen, lidi kapas, bengkok, perlak pengalas, tissue, tempat bahan pemeriksaan			
7.	Menjaga privasi pasien			
8.	Mengatur posisi pasien (dorsal recumbent)			
9.	Memakai handscoon			
	Pengambilan specimen feses pada pasien yang tidak dapat beraktifitas			
10.	Mengucapkan Basmalah sebelum melakukan tindakan			

11.	Telunjuk diberi gel pelicin lalu dimasukkan ke dalam anus dengan arah ke atas kemudian diputar ke kiri dan ke kanan sampai teraba tinja			
12.	Setelah dapat, dikeluarkan perlahan-lahan lalu dimasukkan ke dalam tempatnya			
13.	Mengucapkan Hamdalah setelah melakukan tindakan			
	Pengambilan specimen feses pada pasien yang dapat beraktifitas			
14.	Memberitahu pasien untuk mengambil tinja dengan lidi kapas dan memasukkan ke tempat yang telah disediakan, jangan sampai tinja tercampur dengan air			
15.	Bersihkan anus dengan kapas lembab dan keringkan dengan tissue			
16.	Mengucapkan "Hamdalah" setelah selesai tindakan Rapikan pasien kembali			
17.	Memberikan etiket yang jelas dan mengisi formulir pengiriman untuk segera dikirim ke laboratorium			
18.	Membereskan alat			

19.	Cuci tangan dalam larutan chlori 0,5 %, melepas handscoon ssecara terbalik			
20.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih			
21.	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan			
KONSELING PASCA TINDAKAN				
22.	Menjelaskan bahwa tindakan pengambilan feses sudah dilakukan			
23.	Menjelaskan umpan balik hasil pemeriksaan dari laboratorium yang ditunjuk			
24.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
TOTAL NILAI				

PENGAMBILAN SAMPEL DARAH PADA BAYI

Dalam kegiatan pengumpulan sampel darah dikenal istilah *phlebotomy* yang berarti proses mengeluarkan darah. Dalam praktek laboratorium klinik, ada 3 macam cara memperoleh darah, yaitu : melalui tusukan vena (*venipuncture*), tusukan kulit (*skinpuncture*) dan tusukan arteri atau nadi.

1. Darah Kapiler .

Lokasi : – ujung jari tangan / anak daun telinga (dewasa) -tumit / ibu jari kaki (bayi)

2. Darah Vena

Biasanya diambil dari lipatan siku tangan.

Pada orang dewasa biasanya diambil dari vena median cubiti. Pada bayi, dapat digunakan vena jugularis superficialis atau sinus sagittalissuperior.

-gunakan dalam pengambilan sampel darah dengan volume yangcukup banyak, misalnya, 10 ml.

3. Darah Arteri

Biasanya dari lipatan paha/pergelangan tangan.

Arteri yang biasanya diambil: arteri femoralis dan arteri radialis.

Digunakan sebagai sampel darah untuk pemeriksaan AGDA
danelektrolit. Karena digunakan dalam pemeriksaan AGDA

Volume darah yang

diambil 0-20ml dewasa

1-5ml anak-

anak 1-3 ml

bayi

**CHEKLIST
PENGAMBILAN SAMPEL DARAH PADA BAYI**

No	BUTIR 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	Persiapan Penolong : • Lepas perhiasan • Mendekatkan peralatan • Cuci Tangan dengan air mengalir.			
CONTENT / ISI				
Pra tindakan				
6.	Melakukan anamnesa untuk mengetahui riwayat Persalinan, riwayat terapi dan transfusi			
7	Menyiapkan pasien			
8	Menyiapkan alat			
9	Mencuci tangan dengan air dan sabun, keringkan dengan handuk bersih			
10	Memakai sarung tangan yang sudah di DTT			
Tindakan pengambilan darah dari tumit bayi				
11	Melakukan pembersihan daerah yang akan di tusuk dengan alcohol 70%, keringkan dengan kasa steril			
12	Mengawali kegiatan dengan mengucap Basmalah			
13	Melakukan penusukan didaerah yang sudah ditentukan dengan posisi jarum 90			
14	Mengusap darah yang keluar pertama dengan kasa steril			
15	Meneteskan darah tepat di tengah kertas saring sampai penuh dan tembus ke belakang (usahakan 2 lingkaran penuh)			
16	Menutup bekas tusukan dengan kasa dan diplester			
17	Mengucapkan Hamdalah pada akhir tindakan			
18	Menempatkan kertas saring pada tempat pengeringan			
19	Melakukan tindakan dengan hati-hati dan percaya diri			
Pasca tindakan				
	Merapikan bayi dan menyerahkan pada keluarganya			
	Membuang bahan-bahan yang tidak dipakai lagi ke tempat sampah yang sudah disediakan			
	Merendam alat dan sarung tangan ke dalam larutan			

	klorin 0,5%			
	Mecuci tangan dengan air dan sabun, dikeringkan dengan handuk bersih			
Konseling pasca tindakan				
	Menjelaskan bahwa tindakan pengambilan darah sudah dilakukan			
	Menjelaskan umpan balik hasil pemeriksaan dari laboratorium yang ditunjuk			
	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
Total nilai				

Nilai batas lulus = 75% x 100%

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

PENGAMBILAN SAMPEL DARAH VENA

Cairan tubuh, sekresi, dan ekskresi mengandung informasi penting yang berkaitan dengan keseimbangan fisiologis. Setiap cairan mempunyai elemen-elemen tertentu yang tetap pada proporsi dan kuantitas yang relatif dalam keadaan sehat. Pemeriksaan laboratorium atau analisa cairan dibutuhkan untuk menentukan elemen-elemen yang biasanya ada menjadi tidak proporsional atau elemen-elemen yang normalnya tidak ada ternyata ditemukan. Dengan demikian, analisa laboratorium menentukan beberapa informasi: diagnosa medis klien, perkembangan penyakit, terapi yang dibutuhkan, dan respon klien terhadap terapi.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

- ✓ Gunakan alat proteksi diri (universal precaution)
- ✓ Gunakan alat dan media pengambilan spesimen
- ✓ Teknik yang benar
- ✓ Perhatikan waktu dan suhu lingkungan
- ✓ Kenyamanan pasien
- ✓ Pemberian label
- ✓ Pemberian support emosi dan motivasi klien untuk kooperatif

Lokasi

V. Basilika	V. Basilika
V. Media ante-brakial	V. Cefalika
V. Cefalika	V. Dorso Metacarpal
V. Media Cubiti	
V. Cefalika Asesoria	
V. Cefalika	
V. Radialis	
V. Savena Besar	
Pleksus Dorsalis	
Lengkungan Dorsalis	

Syarat Pengambilan Darah Vena

- Tidak ada kelainan kulit
- Tidak pucat/sianosis
- Tidak pada daerah pemasangan infus (kontra lateral)

Cara Pengambilan

- Lakukan pembendungan dengan tourniket
- Dilakukan tindakan aseptis dengan alkohol 70%
- Arah tusukan membentuk sudut 10-30 derajat
- Bila sudah terkena, isap pelan-pelan darah supaya tidak terjadi hemolisis-cabut jarum dengan sebelumnya melepas dan menekan daerah tusukan
- Jarum dilepas kemudian dialirkan darah ke dalam penampung melalui dinding penampung pelan-pelan
- Bila penampung menggunakan antikoagulan segera campur darah dengan mengocok tabung seperti angka 8

CHECKLIST
KETRAMPILAN PENGAMBILAN SAMPEL DARAH VENA

No	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
SIKAP/ TINDAKAN				
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	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
CONTENT/ISI				
6	Menyiapkan alat alat			
7	Memberi kesempatan pada klien untuk bertanya			
8	Memulai tindakan dengan cara yang baik			
9	Menjaga privasi klien			
10	Mengatur posisi klien yang nyaman			
11	Memakai sarung tangan yang sudah di DTT			
12	Mengidentifikasi tempat penusukan			
13	memposisikan klien dengan lengan ekstensi dengan telapak tangan di atas meja atau bantal			
14	Memasang tourniket sekitar 5-10 cm di atas daerah penusukan, cek adanya denyut distal			
15	Meletakkan pengalas			
	Membaca Basmalah sebelum melakukan kegiatan			
16	Instruksikan pada klien untuk membuka dan mengepalkan tangan			
17	Disinfeksi daerah penusukan dengan kapas alkohol dengan gerakan sirkuler dengan arah dari dalam ke luar atau usapan satu arah			
18	Tempatkan ibu jari tangan pada vena daerah distal dari tempat penusukan (kurang lebih 3 cm), tekan sampai kulit di atas vena tersebut menegang			
19	Masukkan jarum dengan sudut 30 derajat			
20	Bila sudah masuk ke dalam vena, tarik spuit dengan hati-hati dan perhatikan adanya aliran darah yang ke luar			
21	Lanjutkan masukkan jarum dengan hati-hati jika aliran darah yang keluar lambat. Jika sudah masuk ke dalam vena, pertahankan			

22	Lepaskan tourniket dengan tangan lain yang bebas			
23	Lakukan aspirasi, kemudian tarik jarum dengan cepat ketika volume darah yang diinginkan tercapai			
24	Tempatkan kapas alkohol dan lakukan penekanan selama 1-2 menit atau sampai darah berhenti (bila perlu diplester)			
25	Mengucapkan “ hamdalah” ketika selesai tindakan			
26	Pindahkan darah spuit ke dalam spesimen. Putar tabung perlahan jika terdapat zat tambahan (EDTA)			
27	Beri label pada tabung spesimen dengan benar			
28	Inspeksi daerah penusukan terhadap adanya perdarahan			
29	Bantu klien kembali ke posisi yang nyaman			
30	Kembalikan peralatan Buang spuit dan jarum yang telah digunakan ke dalam bengkak Lepas sarung tangan Bereskan alas			
Tahap Terminasi				
31	Evaluasi hasil yang didapat, bandingkan dengan kondisi yang normal Beri reinforcement positif Kontrak pertemuan selanjutnya Mengakhiri pertemuan dengan baik Cuci tangan			
Dokumentasi				
32	Dokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan beserta respon klien			
TOTAL NILAI				

MATERI 7

PEMASANGAN INFUS DAN TRANSFUSI DARAH

A. PEMASANGAN INFUS

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

Indikasi

- Penggantian cairan
- Pemberian darah/produk darah
- Pemberian obat-obatan intravena

Pemilihan Vena

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pemilihan intravena, antara lain :

- Riwayat kesehatan klien
- Usia, kondisi umum, dan tingkatan/ kemampuan klien dalam beraktivitas
- Kondisi vena
- Jenis cairan yang akan diberikan
- Rencana lamanya pemberian terapi intravena
- Kemampuan perawat dalam melakukan vena pungsi

Prinsip Pemilihan Vena

- Vena pada bagian distal terlebih dahulu
- Vena pada tangan non-dominan
- Vena besar, lupus, dan teraba

Vena yang Harus Dihindari

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

Komplikasi

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

Penyebab: kurangnya aliran darah di sekitar kanula, gesekan dari kanula di dalam vena, clotting pada ujung kanula.

Intervensi: ganti kanula, gunakan kompres hangat, gunakan krem heparin, kolaborasi pemberian analgesik anti inflamasi.

- **Hematoma**

Tanda-tanda: tenderness, memar.

Penyebab: vena tterembus, jarum tidak pada tempatnya dan darah mengalir.

Intervensi: kanul dipindahkan, gunakan tekanan dan kompres, cek kembali tempat keluar darah.

- **Infiltrat**

Merupakan kebocoran cairan infus ke jaringan sekitar.

Tanda-tanda: kepuatan, bengkak, dingin, nyeri dan terhentinya tetesan infus.

Intervensi: kaji tingkat keparahan, lepas infus, tinggikanekstremitas yang terpasang infus.

Pemilihan Kanul

Pemilihan kanula, tergantung pada vena yang digunakan. Kanula sebaiknya berukuran $\frac{3}{4}$ - $1\frac{1}{4}$ inchi. Pemilihan kateter juga harus mempertimbangkan kondisi pasien dan jenis cairan yang akan diberikan. Di bawah ini adalah ukuran kateter serta penggunaanya:

- | | |
|-------|---|
| 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. |

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

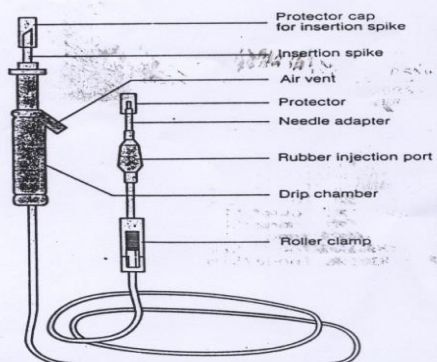


Figure 40-7 Schematic of a standard vented administration set.

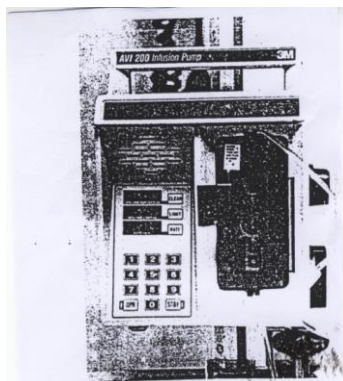


Figure 40-12 An intravenous infusion pump.

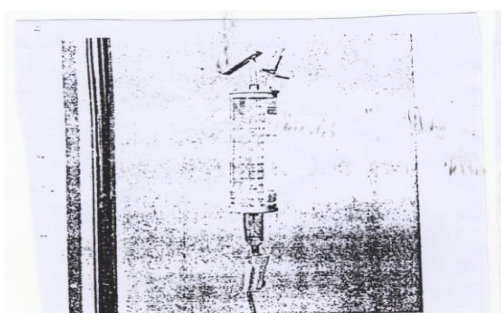


Figure 40-11 A volume-control set above the drip chamber of an intravenous infusion.

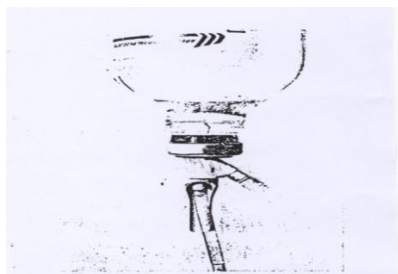


Figure 40-6 A nonvented intravenous container. Note the air vent on administration tubing.

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.	Siapkan alat-alat yang diperlukan : Sarung tangan bersih, Sput, Bengkok, Pengalas, Kapas Alkohol, Plester dan Gunting, Plester yang diberi tanggal, Cairan infus, Kasa steril 2x2 cm, Tourniket/ manset, Infus set, Albucat berbagai ukuran, kom, bak instrument			
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/ manset (tekanan dibawah tekanan sistolik)			
19.	Anjurkan pasien untuk mengepal 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 jari atau abucat 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%

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

A. TRANFUSI DARAH

Transfusi darah merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang membutuhkan darah dengan cara memasukkan darah melalui vena dengan menggunakan alat transfusi set.

Tujuan:

1. Meningkatkan volume darah sirkulasi(setelah pembedahan, trauma/ perdarahan)
2. Meningkatkan jumlah sel darah merah dan mempertahankan kadar hemoglobin pada pasien anemia berat

FORMAT KETERAMPILAN TRANFUSI DARAH

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.	Siapkan alat-alat yang diperlukan			
7.	Menanyakan keluhan utama klien			
8.	Jaga privasi klien			
9.	Mengucap Basmallah			
10	hubungkan cairan NaCl 0,9% ke dalam transfusi set dengan menekan bagian ruang tetesan hingga ruangan tetesan terisi sebagian dan buka penutup hingga selang terisi dan udaranya keluar.			
11	Letakkan pasien pada posisi fowler atau supine jika tidak memungkinkan			
12	Bebaskan lengan pasien dari lengan baju atau kemeja			
13	Letakkan manset/ tauriquet 5 – 15 cm diatas tempat penusukan			
14	Letakkan alas plastik dibawah lengan klien			
15	Gunakan sarung tangan			
16	Desinfeksi daerah yang akan ditusuk			
17	Lakukan penusukan dengan arah jarum ke atas			
18	Cek apakah sudah mengenai vena (cirinya adalah darah keluar melalui jarum infus/abocath).			
19	Tarik jarum infus dan hubungkan dengan selang transfusi.			
20	Buka tetesan			
21	Lakukan desinfeksi dengan betadine dan tutup dengan kasa steril.			
22	Beri tanggal dan jam pelaksanaan infus pada plester.			
23	Setelah nacl 0,9% masuk, kurang lebih 15menit, ganti dengan darah yang sudah disiapkan.			
24	Sebelum dimasukkan, terlebih dahulu cek warna darah, identitas pasien, jenis golongan darah, dan tanggal kadaluwarsa			
25	Lakukan observasi tanda-tanda vital selama pemakaian transfusi.			
26	Mengucapkan Hamdalah setelah melakukan tindakan			
27	Rapikan alat			
28	Lepaskan sarung tangan			
29	Cuci tangan			

30	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%

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

MATERI 8

INJEKSI

Pemberian medikasi yang aman dan akurat adalah tanggung jawab perawat. Meskipun obat menguntungkan, obat bukan tanpa reaksi merugikan, sehingga diperlukan perhatian khusus baik dalam hal persiapan, pemberian maupun pendokumentasian.

RUTE PARENTERAL

Pemberian obat melalui injeksi merupakan prosedur invasif menggunakan jarum steril yang dimasukkan ke dalam jaringan tubuh, sehingga teknik aseptik harus dipertahankan karena klien berisiko infeksi bila jarum menembus kulit. Karakteristik jaringan mempengaruhi kecepatan absorpsi obat dan awitan kerja obat. Jadi sebelum menginjeksikan obat, perawat harus mengetahui volume obat yang diberikan, karakteristik obat, dan lokasi struktur anatomi di bawah tempat injeksi.

Pemberian obat melalui parenteral dapat dilakukan dengan cara:

- **Subcutaneous (SC)** yaitu menyuntikkan obat ke dalam jaringan yang berada di bawah lapisan dermis.
- **Intradermal (ID)** yaitu menyuntikkan obat ke dalam lapisan dermis, di bawah epidermis.
- **Intramuskular (IM)** yaitu menyuntikkan obat ke dalam lapisan otot tubuh
- **Intravenous (IV)** yaitu menyuntikkan obat ke dalam vena.

Selain cara tersebut juga digunakan cara pemberian *intrathecal*, *intrapinal*, *intracardial*, *intrapleural*, *intraarterial* untuk pemberian obat parenteral.

Obat-obat yang diberikan melalui parenteral ini diabsorpsi lebih cepat dibandingkan obat yang diberikan melalui sistem gastrointestinal, karena obat tidak perlu melewati barier jaringan epitel pada organ gastrointestinal sebelum akhirnya masuk ke dalam sirkulasi darah.

No.	Keuntungan	Kerugian Atau Kontraindikasi
1	Absorpsi cepat melalui pembuluh darah	Klien, terutama anak-anak akan merasa cemas
2	Dapat diberikan pada klien yang tidak sadar, tidak kooperatif, dan tidak mau menelan obat oral	• Menimbulkan rasa nyeri dan tidak nyaman • Iritasi atau reaksi lokal dapat terjadi akibat efek obat pada jaringan • Dapat terjadi infeksi jika tidak

		menggunakan teknik steril
--	--	---------------------------

1. INJEKSI INTRA DERMAL

Injeksi intradermal menginjeksikan obat kedalam jaringan dermis sehingga obat akan diabsorbsi oleh pembuluh kapiler di dalam dermis. Injeksi ini berguna antara lain untuk tes alergi pada obat jenis antibiotik tertentu, tes kepekaan terhadap bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (TBC), dan untuk memberikan vaksinasi BCG pada bayi usia 1 tahun.

Tempat-tempat untuk injeksi intra dermal adalah :

1. Lengan bawah bagian dalam.
2. Dada bagian atas
3. Punggung daerah scapula

FORMAT KETRAMPILAN INJEKSI INTRA DERMAL

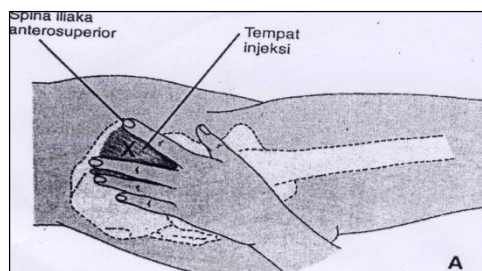
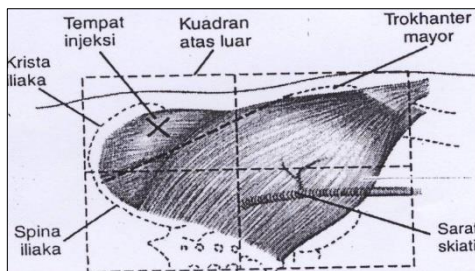
No.	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
TAHAP PRE INTERAKSI				
1.	Mengucapkan Assalamu’alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Menyiapkan obat sesuai prinsip 6 benar			
6.	Persiapan alat : spuit, kapas alcohol, kom, bengkok, Pulpen, Sarung tangan non steril, Baki obat			
7.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Memakai celemek d. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
	CONTENT/ISI			
8	Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan			
9	Menanyakan keluhan utama saat itu			
10	Memulai kegiatan dengan cara yang baik			
11	Berikan privasi (pasang tirai)			
	Gunaakan sarung tangan			
12	Pilih tempat penusukan pada lengan bawah, jika lengan bawah tidak dapat digunakan, gunakan tempat alternatif			
13	Posisikan klien dengan lengan bawah menghadap muka perawat			
14	Letakkan alas di bawah bagian tubuh yang akan dilakukan terapi intra dermal			
15	Bersihkan tempat yang akan digunakan dengan kapas alkohol			
16	Buka tutup jarum			
17	Ucapkan basmalah sebelum memulai tindakan			
18	Tempatkan ibu jari tangan non dominan sekitar 1 inchi di bawah penusukan dan tarik kulit			
19	Dengan ujung jarum menghadap ke atas dan menggunakan tangan dominan, masukkan jarum tepat di bawah kulit dengan sudut 10-15 derajat			
20	Jika jarum telah masuk ke bawah kulit dan terlihat, masukkan lagi sekitar 1/8 inchi			
21	Masukkan obat perlahan-lahan perhatikn adanya jendalan (jendalan harus terbentuk)			

22	Cabut jarum dengan sudut yang sama saat disuntikkan			
23	Jika terdapt darah, usap dengan lembut menggunkn kapas alkohol lain			
24	Ucapkan hamdalah ketika selesai tindakan			
25	Observasi kulit adnya kemerahan atau bengkak. Jika tes alergi, observasi adanya reaksi sistemik (misalnya sulit bernafas, berkeringat, pingsan, berkurangnya tekanan darah, muntah, sianosis)			
26	Kaji kembali klien dan tempt injeksi setelah 5-15 menit selanjutnya secara periodik			
27	Buat lingkaran 1 inci di sekeliling jendalan dan instruksikan klien untuk tidak menggosok daerah ini			
28	Kembalikan posisi klien			
29	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan			
PASCA TINDAKAN				
30	Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan tindakan			
31	Menyimpulkan hasil kegiatan			
32	Memberikan reinforcement positif			
33	Melakukan kontrak (waktu, topik/kegiatan selanjutnya dan tempat)			
34	Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik/berpamitan			
35	Rapikan alat dan Cuci tangan Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
Dokumentasi				
36	Catat waktu pemberian, obat yang diberikan, dosis dan cara pemberian, serta respon pasien terhadap tindakan			
Jumlah				

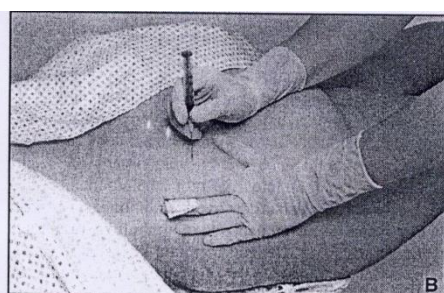
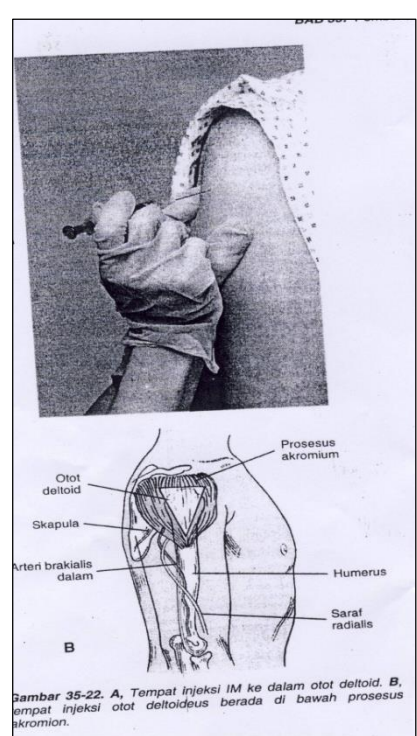
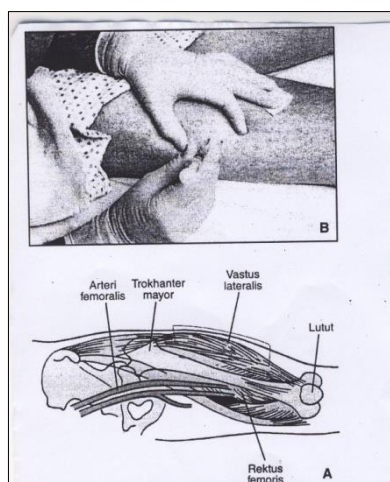
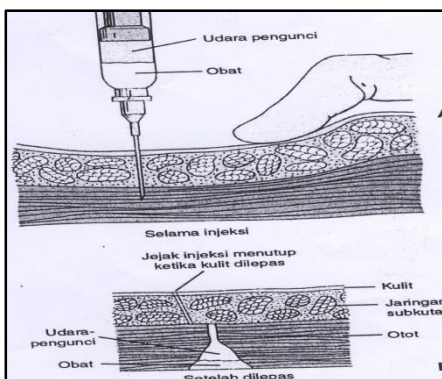
2. INJEKSI INTRA MUSKULAR

Rute intramuskular memberi absorpsi obat lebih cepat karena vaskularitas otot. Bahaya kerusakan jaringan lebih kecil bila obat memasuki otot dalam. Otot juga lebih sedikit sensitif pada obat yang mengiritasi atau kental. Namun, ada resiko obat yang diinjeksikan secara sembrono ke dalam pembuluh darah apabila perawat tidak hati-hati. Tempat injeksi intramuskular antara lain pada tempat-tempat berikut ini;

- Paha (vastus lateralis) : Klien dalam posisi berbaring terlentang dengan lutut agak fleksi
- Ventrogluteal : Klien dalam posisi berbaring miring, telentang, atau telentang dengan lutut dan panggul miring dengan tepat yang diinjeksi fleksi.
- Lengan atas (deltoid) : Klien dalam posisi duduk atau berbaring datar dengan lengan bawah fleksi tetapi rileks menyilangi abdomen atau pangkuan.



Pembagian Kuadran Tempat Penusukan dan Cara Penusukan Injeksi IM



Gambar 35-21. A, Penanda untuk tempat dorsogluteus. B, Memberi injeksi IM di dorsogluteus sebelah kiri (klien tengkurap).

Gambar 35-22. A, Tempat injeksi IM ke dalam otot deltoid. B, Tempat injeksi otot deltoid berada di bawah prosesus akromion.

FORMAT KETRAMPILAN INJEKSI INTRA MUSCULAR

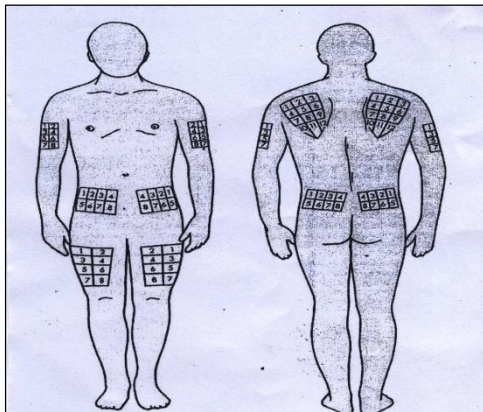
NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP / TINDAKAN				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3.	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan, ramah, sabar dan teliti, tanggap terhadap keluhan ibu			
4.	Minta persetujuan tindakan kepada klien dan keluarga dengan pengisian lembar <i>informed concent</i> .			
5.	Menyiapkan obat sesuai prinsip 6 benar			
6.	Persiapan alat : spuit, kapas alcohol, kom, bengkok, Pulpen, Sarung tangan non steril, Baki obat			
7.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Memakai celemek d. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
CONTENT				
1.	Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan			
2.	Menanyakan keluhan utama saat itu			
3.	Memulai kegiatan dengan cara yang baik			
4.	Berikan privasi (pasang tirai)			
5.	Gunaakan sarung tangan			
6.	Pilih tempat penusukan			
7.	Bantu klien untuk mendapatkan posisi yang nyaman dan mudah untuk perawat melihat tempat tusukan			
8.	Letakan alas dibawah bagian tubuh yang akan dilakukan injeksi IM			
9.	Ucapkan basmalah sebelum mulai tindakan			
10.	Bersihkan tempat yang akan digunakan dengan kapas alkohol			
11.	Buka tutup jarum			
12.	Tarik kulit tempat penusukan dengan cara: Tempatkan ibu jari dan jari telunjuk tangan non dominan di atas tempat penusukan (hati-hati jangan sampai mengenai daerah yang telah dibersihkan) hingga membentuk V Tarik ibu jari dan jari telunjuk dengan arah berlawanan, memisah jari sepanjang 3 inchi			
	Cepat masukkan jarum dengan sudut 90 derajat dengan tangan yang dominan			
13.	Pindahkan ibu jari dan jari telunjuk jari non dominan dan kilut			

	untuk mendukung barel spuit, jari sebaiknya ditempatkan pada barrel sehingga saat mengaspirasi, anda dapat melihat barel dengan jelas			
14.	Tarik pluger dan observasi adanya darah pada spuit			
15.	Jika terdapat darah, tarik jarum keluarkan berikan tekanan pada tempat tusukan dan ulangi langkah-langkah sebelumnya. Jika tidak ada darah, dorong plunger dengan perlahan, ajak bicara klien			
16.	Tarik jarum dengan sudut yang sama saat penusukan			
17.	Usap dan bersihkan tempat penusukan dengan kapas alkohol lain (kontra indikasi untuk obat			
18.	Tempatkan jarum pada baki, jangan ditutup			
19.	Buka sarung tangan			
20.	Kembalikan posisi klien			
21.	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan			
TAHAP TERMINASI				
22.	Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan tindakan			
23.	Menyimpulkan hasil kegiatan			
24.	Memberikan reinforcement positif			
25.	Melakukan kontrak (waktu, topik/kegiatan selanjutnya dan tempat)			
26.	Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik/berpamitan			
27.	Rapikan alat			
28.	Cuci tangan Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
DOKUMENTASI				
	Catat waktu pemberian, obat yang diberikan, dosis dan cara pemberian, serta respon pasien terhadap tindakan			

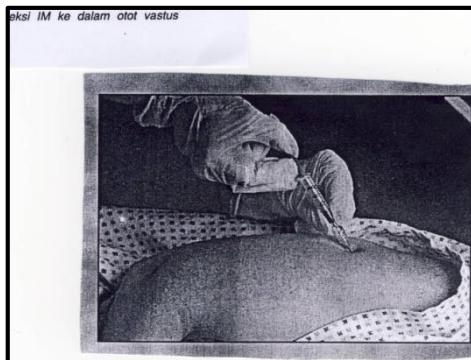
3. INJEKSI SUB CUTANEUS

Untuk injeksi subkutan, obat dideposisikan ke dalam jaringan penyambung di bawah dermis. Karena jaringan subkutan tidak banyak disuplai pembuluh darah, absorpsi obat kadang lebih lambat daripada injeksi intramuscular. Jaringan subkutan berisi reseptor nyeri, sehingga hanya dosis kecil obat yang larut air dan tidak mengiritasi harus diberikan melalui rute ini.

Tempat-tempat yang bisa dipakai untuk injeksi subkutan antara lain di lengan atas (deltoid), paha (vastus lateral), dan abdomen.



Tempat Injeksi Sub Cutaneus



Cara Penyuntikan

FORMAT KETRAMPILAN INJEKSI SUB CUTANEUS

No.	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
SIKAP/TINDAKAN				
1.	Mengucapkan Assalamu’alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
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.	Menyiapkan obat sesuai prinsip 6 benar			
6.	Persiapan alat : spuit, kapas alcohol, kom, bengkok, Pulpen, Sarung tangan non steril, Baki obat			
7.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Memakai celemek d. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
TAHAP KERJA				
1.	Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan			
2.	Menanyakan keluhan utama saat itu			
3.	Memulai kegiatan dengan cara yang baik			
4.	Berikan privasi (pasang tirai)			
5.	Gunakan sarung tangan			
6.	Pilih tempat penusukan pada lengan atas atau abdomen. Jika kedua tempat tersebut tidak memungkinkan pilih tempat alternatif lainnya. Rotasikan tempat penusukan			
7.	Bantu klien untuk mendapatkan posisi yang nyaman sesuai tempat yang dipilih			
8.	Letakkan alas di bawah bagian tubuh yang akan dilakukan terapi			
9.	Ucapkan basmalah sebelum mulai tindakan			
10.	Bersihkan tempat yang akan digunakan dengan kapas alkohol			
11.	Buka tutup jarum			
12.	Tarik kulit dan jaringan lemak dengan ibu jari dan jari non dominan			
13.	Dengan tangan yang non dominan, masukkan jarum dengan sudut 45° dan untuk orang gemuk 90°			
14.	Lepaskan tarikan tangan non dominan			
15.	Tarik plunger dan observasi adanya darah dalam spuit			
16.	Jika tidak ada darah, masukkan obat perlahan			

17.	Jika ada darah: Tarik kembali jarum dari kulit Tekan tempat penusukan selama 2 menit Observasi adanya hematoma atau memar Jika perlu berikan plester Siapkan obat yang baru, mulai dengan langkah pilih tempat yang baru			
18.	Tarik jarum dengan sudut yang sama saat penusukan			
	Bersihkan tempat penusukan dengan kapas alkohol lain, tekan dengan lembut. Setelah injeksi heparin jangan di tekan			
19.	Ucapkan hamdalah setelah selesai tindakan			
20.	Jika perlu beri plester			
21.	Tempatkan jarum pada baki			
22.	Buka sarung tangan			
23.	Kembalikan posisi klien			
24.	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan			
TAHAP TERMINASI				
1.	Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan tindakan			
2.	Menyimpulkan hasil kegiatan			
3.	Memberikan reinforcement positif			
4.	Melakukan kontrak (waktu, topik/kegiatan selanjutnya dan tempat)			
5.	Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik/berpamitan			
6.	Rapikan alat			
7.	Cuci tangan Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
DOKUMENTASI				
Catat waktu pemberian, obat yang diberikan, dosis dan cara pemberian, serta respon pasien terhadap tindakan				
Jumlah				

4. PEMBERIAN OBAT MELALUI INTRAVENA

Pemberian medikasi yang pekat atau padat secara langsung ke dalam vena merupakan metode pemberian obat yang sangat berbahaya. Obat tersebut akan bereaksi dengan cepat karena obat masuk ke dalam sirkulasi darah klien secara langsung. Efek samping yang serius dapat terjadi dalam hitungan detik. Oleh karena itu, masalah ini penting untuk diperhatikan bahwa pemberian obat oleh perawat harus hati-hati dan memperhatikan reaksi obat tersebut setelah dilakukan injeksi. Teknik pemberian terapi intra vena ini diunakan juga untuk menghindari pencampuran medikasi yang tidak cocok.

Tempat injeksi intravena dapat dilakukan pada vena yang berada di lengan, kaki, kepala (pada bayi) atau pada vena-vena yang besar dan terlihat oleh mata.

**FORMAT KETRAMPILAN
PEMBERIAN OBAT MELALUI INTRAVENA**

No.	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
TAHAP PRE INTERAKSI				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
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.	Menyiapkan obat sesuai prinsip 6 benar			
6.	Persiapan alat : spuit, kapas alcohol, kom, bengkok, Pulpen, Sarung tangan non steril, Baki obat			
7.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Memakai celemek d. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
TAHAP KERJA				
1.	Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya sebelum melakukan kegiatan			
2.	Menanyakan keluhan utama saat itu			
3.	Memulai kegiatan dengan cara yang baik			
4.	Berikan privasi (pasang tirai)			
5.	Gunaakan sarung tangan			
6.	Letakkan pasien pada posisi semi fowler atau supine Jika tidak memungkinkan			
7.	Letakkan alas di bawah bagian tubuh yang akan dilakukan tindakan terapi intra vena			
8.	Bebaskan lengan pasien dari baju/kemeja			
9.	Letakkan tourniquet 5 cm di atas tempat penusukan			
10.	Kencangkan tourniquet			
11.	Anjurkan pasien untuk mengepalkan telapak tangan dan membuknya beberapa kali, palpasi dan pastikan tekanan yang akan ditusuk			
12.	Ucapkan basmalah sebelum mulai tindakan			
13.	Bersihkan kulit dengan cermat menggunakan kapas alcohol, lalu ulangi dengan menggunakan kapas betadin. Arah melingkar dari dalaam kelur lokasi tusukan			
14.	Gunakn ibu jari untuk menekan jaringan dn vena 5 cm di bawah tempat tusukan			
15.	Pegang jarum dalam posisi 30° sejajar vena yang akan ditusuk, lalu			

	tusuk perlahan dan pasti			
16.	Rendahkan posisi jarum sejajar kulit dan teruskan jarum ke dalam vena			
17.	Lakukan aspirasi			
18.	Lepaskan touniquet			
19.	Masukkana obat ke dalam pembuluh darah vena perlahan-lahana			
20.	Kelurkan jarum dari pembuluh vena			
21.	Ucapkan hamdalah setelah selesai tindakan			
22.	Tutup tempat tusukan dengan kasa steril yang diberi betadin			
23.	Buka sarung tangan			
24.	Kembalikan posisi klien			
25.	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan			
TAHAP TERMINASI				
1.	Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan tindakan			
2.	Menyimpulkan hasil kegiatan			
3.	Memberikan reinforcement positif			
4.	Melakukan kontrak (waktu, topik/kegiatan selanjutnya dan tempat)			
5.	Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik/berpamitan			
6.	Rapikan alat			
7.	Cuci tangan Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
DOKUMENTASI				
	Catat waktu pemberian, obat yang diberikan, dosis dan cara pemberian, serta respon pasien terhadap tindakan			
JUMLAH				

MATERI 9

PERAWATAN LUKA (MENGANTI BALUTAN LUKA)

A. Ganti Balutan

Perawatan luka umumnya diawali dengan tindakan penggantian balutan. Ganti balutan/ verban merupakan suatu tindakan mengganti verban untuk melindungi luka dengan drainase minimal terhadap kontaminasi mikroorganisme. Ganti balutan dilakukan sesuai kebutuhan tidak hanya berdasarkan kebiasaan, melainkan disesuaikan terlebih dahulu dengan: kondisi klinis pasien, sifat operasi, tipe/jenis luka dan tampilan luka. Penggunaan antiseptic hanya untuk yang memerlukan saja karena efek toksiknya terhadap sel sehat. Untuk membersihkan luka hanya memakai normal saline (NaCl). Citotoxic agent seperti povidine iodine, asam asetat, sebaiknya tidak sering digunakan untuk membersihkan luka karena dapat menghambat penyembuhan dan mencegah reepitelisasi. Luka dengan sedikit debris dipermukaannya dapat dibersihkan dengan kassa yang dibasahi dengan sodium klorida dan tidak terlalu banyak manipulasi gerakan.

B. Angkat Jahitan

Angkat jahitan adalah suatu tindakan melepas jahitan yang biasanya dilakukan pada hari ke-7 atau sesuai dengan proses penyembuhan luka. Tujuan dilakukan angkat jahitan adalah untuk mempercepat proses penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi. Pertimbangan dilakukan angkat jahitan adalah tegangan pada tepi luka operasi/luka jahitan. Hal-hal yang harus diperhatikan berkaitan dengan tindakan angkat jahitan adalah :

- Tepi luka yang searah dengan garis lipatan kulit tidak akan tegang
- Luka yang arahnya tegak lurus terhadap garis kulit atau yang dijahit setelah banyak bagian kulit diambil, akan menyebabkan tegangan tepi luka yang besar □ pengambilan jahitan ditunda lebih lama, sampai dicapai kekuatan jaringan yang cukup, sehingga bekas jahitan tidak mudah terbuka lagi
- Jahitan yang dibiarkan terlalu lama, akan memperlambat penyembuhan luka.

C. Prinsip Perawatan Luka Operasi

Perawatan luka dapat dilakukan secara terbuka dan tertutup. Perawatan luka terbuka diutamakan pada luka yang sederhana dan dangkal, sedangkan pada luka operasi, dilakukan secara tertutup. Perawatan luka tertutup bertujuan untuk :

- Menjaga luka dari trauma mekanik

- Menekan dan mengimobilisasi daerah luka
- Mencegah perdarahan
- Mencegah luka dari kontaminasi oleh kuman
- Mengabsorpsi drainase
- Meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis
- Debridemen sel nekrotik
- Memberikan lingkungan fisiologis yang sesuai untuk penyembuhan luka
- Meningkatkan hemostasis dengan menekan dressing.

Mengganti balutan dilakukan apabila balutan sudah kotor atau basah akibat eksternal maupun karena rembesan eksudat; ingin mengkaji keadaan luka dengan frekuensi tertentu; dan untuk mempercepat debridemen (pengangkatan) jaringan nekrotik.

Tipe penggantian balutan dibagi menjadi dua, yaitu tipe tipe basah dan kering. Balutan basah digunakan untuk luka yang basah atau banyak drainase, sedangkan balutan kering digunakan untuk luka kering atau drainase minimal.

Adapun cara membersihkan luka adalah :

- Luka kering cukup diusap dengan larutan antiseptik
- Luka berwarna kekuningan/terinfeksi dibersihkan dengan pencucian sampai pus (nanah) terangkat
- Luka berwarna hitam (nekrotik) harus dinekrotomi secara mekanik atau kimia.

D. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan dalam Perawatan Luka

1. Menghindari terjadinya pencemaran. Dilakukan dengan membalut luka dengan verban steril, dan melakukan disinfeksi luka dan kulit sebelum mengganti balutan.
2. Mengusahakan balutan tetap kering. Mikroorganisme dengan cepat berkembangbiak dalam lingkungan yang basah.
3. Proses perkembangan aliran darah local. Dilakukan dengan cara : tidak membalut luka terlalu kencang, memberi obat-obatan tertentu, dan melakukan penatalaksanaan panas-dingin sesuai anjuran dokter atau sesuai dengan anjuran kapala bagian perawatan.
4. Mengembangkan kondisi yang baik. Kondisi pasien yang baik : status nutrisi dan cairan yang baik.
5. Selalu berusaha agar luka bersih. Membersihkan luka dengan : NaCl 0,9%, alcohol, larutan Iodium (betadhin).

1. Penyokong yang baik untuk luka. Sokongan luka dapat dilakukan dengan balutan plester perekat atau balutan yang member dukungan pada luka tersebut.
2. Menghindari kondisi luka yang makin memburuk. Dilakukan dengan observasi luka yang baik, untuk mencegah terjadinya infeksi.
3. Menghindari rasa sakit yang tidak perlu. Hal ini dapat dilakukan dengan :
 - Mencukur rambut sebelum menempelkan perekat
 - Mengurangi pemakaian plester perekat (jika memungkinkan)
 - Tidak memakai bahan-bahan pembalut yang bersifat mengikat
 - Sedapat mungkin tidak memakai bahan-bahan yang keras, seperti alcohol
 - Memungkinkan pasien mengambil posisi yang rileks

E. Bahan yang Digunakan dalam Perawatan Luka

1. Sodium Klorida 0,9 %

Sodium klorida adalah larutan fisiologis yang ada di seluruh tubuh karena alasan ini tidak ada reaksi hipersensitivitas dari sodium klorida. Sodium klorida atau natrium klorida mempunyai Na dan Cl yang sama seperti plasma. Larutan ini tidak mempengaruhi sel darah merah. Sodium klorida tersedia dalam beberapa konsentrasi, yang paling sering adalah sodium klorida 0,9 %. Ini adalah konsentrasi normal dari sodium klorida dan untuk alasan ini sodium klorida disebut juga normal saline. Merupakan larutan isotonis aman untuk tubuh, tidak iritan, melindungi granulasi jaringan dari kondisi kering, menjaga kelembaban sekitar luka dan membantu luka menjalani proses penyembuhan serta mudah didapat dan harga relatif lebih murah.

2. Larutan povidine-iodine

Iodine adalah element non metalik yang tersedia dalam bentuk garam yang dikombinasi dengan bahan lain. Walaupun iodine bahan non metalik iodine berwarna hitam kebiru-biruan, kilau metalik dan bau yang khas. Iodine hanya larut sedikit di air, tetapi dapat larut secara keseluruhan dalam alkohol dan larutan sodium iodide encer. Iodide tincture dan solution keduanya aktif melawan spora tergantung konsentrasi dan waktu pelaksanaan. Larutan ini akan melepaskan iodium anorganik bila kontak dengan kulit atau selaput lendir sehingga cocok untuk luka kotor dan terinfeksi bakteri gram positif dan negatif, spora, jamur, dan protozoa. Bahan ini agak iritan dan alergen serta meninggalkan residu.

CHEKLIST
MENGGANTI BALUTAN LUKA BEDAH KEBIDANAN

NO.	TINDAKAN	SKOR		
		0	1	2
SIKAP DAN PERILAKU				
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
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.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
ISI/ CONTENT				
6.	Memposisikan pasien berbaring senyaman mungkin			
7.	Meminta pasien membuka bagian baju yang diperlukan dan menjaga privasi pasien			
8.	Mengucapkan Basmalah sebelum memulai tindakan			
9.	Lepaskan plester/ hypafix dengan hati			
10.	Pakai sarung tangan steril			
11.	Membuka balutan dengan pinset steril			
12.	Perhatikan keadaan luka bekas operasin (basah/ kering, tanda infeksi, keadaan jahitan)			
13.	Bersihkan luka dengan larutan antiseptik dari arah atas ke bawah/ dari pusat luka ke arah luar sekali usap hingga bersih			
14.	Keringkan luka dengan kassa steril			
15.	Oleskan luka dengan obat sesuai petunjuk			
16.	Tutup luka dengan kassa steril			
17.	Lepaskan sarung tangan dan rendam pada larutan chlorin			
18.	Pasang plester/ hypafix			
19.	Memberitahu pasien hasil kegiatan kepada pasien			
20.	Mengucapkan Hamdalah pada akhir tindakan			
21.	Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb			
22.	Membereskan peralatan			
23.	Mencuci tangan			
24.	Dokumentasikan hasil kegiatan			
TEKNIK				
25.	Melaksanakan tindakan secara sistematis			
26.	Menjaga privasi klien			
27.	Melakukan komunikasi dan merespon klien			

28.	Dokumentasi			
TOTAL NILAI				

Nilai batas lulus = 75%

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

MATERI 10

RESUSITASI JANTUNG PARU

Resusitasi Jantung Paru adalah usaha yang dilakukan untuk memfungsikan kembali jantung dan paru. Ada tiga tahapan resusitasi, yaitu:

1. *Basic Life Support* (Bantuan Hidup Dasar)
2. *Advance Life Support* (Bantuan Hidup Lanjutan)
3. *Prolonged Life Support* (Bantuan Hidup Jangka Panjang)

Penderita membutuhkan tindakan RJP dengan memastikan penderita tidak sadar, tidak bernafas, dan nadi tidak berdenyut. Kompresi dada berhasil karena menekan jantung diantara sternum dan tulang belakang yang memaksa darah keluar. Bukti terbaru mengindikasikan bahwa mereka menghasilkan perubahan tekanan didalam rongga dada. Tekanan ini yang bertanggung jawab untuk meningkatkan sirkulasi ke seluruh tubuh.

A. BASIC LIFE SUPPORT (BHD)

Tujuan BHD:

- Mencegah berhentinya sirkulasi darah atau berhentinya pernafasan
- Memberikan bantuan eksternal pada korban yang mengalami henti jantung dan henti nafas berupa bantuan sirkulasi (melalui kompresi dada) dan bantuan ventilasi (melalui bantuan nafas) melalui rangkaian kegiatan resusitasi jantung paru (RJP).

B. DANGER

Sebelum mendekati penderita, penolong harus memastikan TKP aman.

C. RESPONSE

Setelah penolong memastikan tempat kejadian aman, penolong harus memeriksa kesadaran penderita. Memanggil nama dengan keras, disertai menyentuh atau menggoyangkan bahu dengan mantap

—Touch and Talkl.

Jika pasien sadar pindah ketempat yang lebih aman, observasi dan kaji ulang secara regular

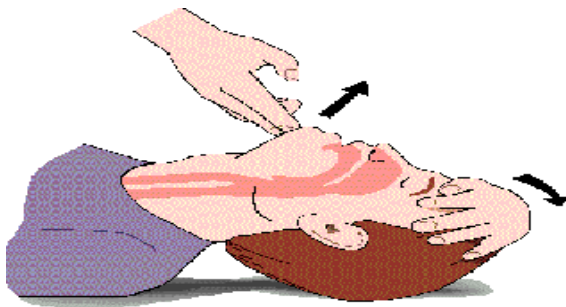
Jika tidak sadar/tidak berespon

Berteriak minta tolong, atura posisi klien, atur posisi penolong, cek kepatenan jalan nafas.

D. AIRWAY

Untuk persiapan RJP, letakkan penderita pada posisi terlentang. Jika penderita dalam posisi telungkup ubah posisi penderita pada posisi terlentang. Buka jalan nafas dengan maneuver Head Tilt Chin Lift

bila tidak ada trauma kepala atau cedera servikal.



Maneuver Head Tilt Chin Lift



Maneuver Jaw Thrust

Bila petugas mencurigai adanya trauma servikal, buka jalan nafas dengan maneuver *Jaw Thrust* tanpa ekstensi kepala.

Ambil benda apa saja yang terlihat menyumbat dengan sapuan jari (finger sweep).

E. BREATHING

Cek pernafasan: —look, listen, and feel selama 10 detik

- Lihat pergerakan dada
- Dengarkan suara nafas
- Rasakan hembusan/aliran nafas

Jika tidak bernafas

- Berikan bantuan nafas 2X
- Cara pemberian bias melalui:
 - ☐ Mouth to mouth breathing
 - ☐ Mouth to nose breathing
 - ☐ Mouth/bag to stoma breathing
 - ☐ Mouth to barrier device
 - ☐ Air bag/AmbuBag

F. CIRCULATION

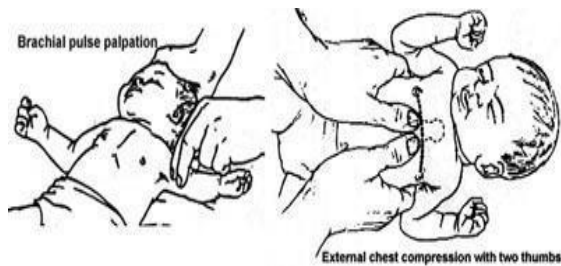
Petugas harus memeriksa nadi tidak boleh lebih dari 10 detik. Jika tidak teraba petugas harus memulai dengan kompresi dada.

Lokasi perabaan nadi:

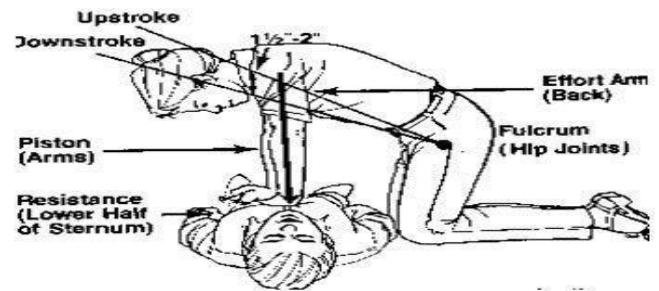
- Dewasa : Carotis
- Anak/Bayi : Brachialis

Jika penderita tidak ada nadi lakukan kompresi.

Bayi



Dewasa



BAGAN

Maneuver	Dewasa	Anak – anak (1tahun - adolescent)	Bayi (sejak lahir – 1 tahun)
Airway	Head Tilt Chin Lift pada penderita curiga trauma servical gunakan Jaw Thrust		
Breathing	2 x tiap satu detik	2 x tiap satu detik	
Nafas bantuan tanpa kompresi dada	10 – 12 x/menit	12 – 20 x/menit	
Nafas bantuan dengan airway definitive	8 – 10 x/menit		
Sumbatan jalan nafas karena benda asing	Abdominal Thrust		Back blow and Chest Thrust
Sirkulasi: periksa nadi	Nadi Carotis		Brachialis atau Femoralis
Titik kompresi dada	Diantara puting susu pertengahan bawah sternum		Dibawah garis puting susu
Metode kompresi	Menggunakan tumit tangan (dua tangan)	Menggunakan satu tangan	Menggunakan 2 ibu jari dengan posisi tangan melingkari bayi
Kedalaman kompresi	1 ½ inci – 2 inci 4 – 5 cm	± 1/3 - ½ dada	
Jumlah kompresi	± 100 x/menit		
Rasio kompresi: ventilasi	Satu atau dua penolong 30:2	Satu penolong 30:2 Dua penolong 15:2	

RJP dihentikan jika:

- Arena/kondisi menjadi tidak aman bagi penolong Staf yang ahli telah datang
- Tanda-tanda kehidupan muncul
- Tanda-tanda kematian terlihat: Rigormortis dan dilatasi pupil Kelelahan fisik penolong

Ceklist Ketrampilan Resusitasi Jantung Paru Metode ABC

NO.	LANGKAH KERJA	NILAI		
		0	1	2
A.	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
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.	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Memakai celemek d. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
B.	AIRWAY			
	Mengucapkan "Basmallah" pada awal kegiatan			
6.	Kaji respon klien ☐ Dewasa: panggil, goyangkan bahu ☐ Bayi: angkat tangan bayi			
7.	Panggil bantuan, posisi menolong			
8.	Atur posisi klien (terlentang dengan alas datar dan keras)			
9.	Buka jalan nafas dengan head tilt-chin lift maneuver, Jika ada trauma servikal dengan jaw thrust maneuver. *			
C.	BREATHING			
10.	Periksa nafas, lakukan look, listen and feel (10 detik)			
11.	Bila tidak ada nafas, berikan ventilasi 2 kali*			
D.	CIRCULATION			
12.	Raba Nadi (5 - 10 detik) ☐ Dewasa/ anak: karotis ☐ Bayi: brachialis			
13.	Tentukan titik kompresi dengan benar: * ☐ Dewasa/ anak: 2 jari atas px ☐ Bayi 1 jari dibawah garis antar puting			

14.	Berikan kompresi dada dengan kedalaman: ☐ Dewasa 4 – 5 cm ☐ Anak 3 – 4 cm ☐ Bayi 1,5 -2,5 cm			
15.	Lakukan kompresi dengan irama teratur, dilanjutkan ventilasi dengan perbandingan:* ☐ Dewasa/ anak/ bayi: 100 x/menit, 30:2			
16.	Check nadi: ☐ Dewasa/ anak/ bayi: setelah 5 siklus			
17.	Check nafas: Jika ada nadi, tidak ada nafas maka beri ventilasi (pernafasan buatan) ☐ Dewasa: 10 – 12 x/menit (tiap 5 – 6 detik)			
18.	☐ Bayi/ anak: 12 – 20 x/menit (3 – 5 detik) Periksa nadi setiap 2 menit, jika tidak ada nadi lakukan RJP			
19.	Pasien pulih, letakkan pada posisi stabil			
20.	Mengucapkan “Hamdalah” pada akhir kegiatan			
21.	Bereskan semua peralatan, cuci tangan di air mengalir, lakukan pendokumentasian			
22.	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan Wassalamu’alaikum Wr. Wb			
A.	TEKNIK			
23.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan, efektif dan efisien			
24.	Menjaga privasi pasien			
TOTAL NILAI				

SOP Ketrampilan Resusitasi Jantung Paru Metode CAB

NO.	LANGKAH KERJA	NILAI		
		0	1	2
A.	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
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 consent</i> .			
5.	Persiapan Penolong : • Lepas perhiasan • Mendekatkan peralatan • Memakai celemek • Cuci Tangan dengan air mengalir.			
B.	DANGER			
6.	Mengucapkan “Basmallah” pada awal kegiatan			
7.	Pastikan keamanan penolong dan pasien			
C.	RESPON			
8.	Kaji respon klien • Dewasa: panggil, goyangkan bahu • Bayi: angkat tangan bayi			
9.	Panggil bantuan, ambil posisi menolong			
D.	CIRCULATION			
10.	Atur posisi klien (terlentang dengan alas datar dan keras)			
11.	Raba Nadi (5 - 10 detik) • Dewasa/ anak: karotis • Bayi: brachialis			
12.	Tentukan titik kompresi dengan benar (Jika tidak ada nadi): • Dewasa/ anak: 2 jari atas px • Bayi 1 jari dibawah garis antar puting			
13.	• Berikan kompresi dada (30x) dengan kedalaman: Dewasa 4 – 5 cm • Anak 3 – 4 cm • Bayi 1,5 -2,5 cm • Irama: Dewasa/ anak/ bayi: 100 x/menit			
E.	AIRWAY			
14.	Buka jalan nafas dengan head tilt-chin lift maneuver, Jika ada trauma servikal dengan jaw thrust maneuver. Lakukan finger swap jika lidah menutup jalan nafas.			
F	BREATHING			
15.	Periksa nafas, lakukan <i>look, listen and feel</i> (10 detik)			
16.	Bila tidak ada nafas, berikan ventilasi 2 kali			
G	RJP			
17.	Lakukan kompresi dengan irama teratur, dilanjutkan ventilasi			

	dengan perbandingan: Dewasa/ anak/ bayi: 100 x/menit, 30:2 selama 5 siklus			
18.	Check nadi: - Dewasa/ anak/ bayi: setelah 5 siklus			
19.	Check nafas: Jika ada nadi, tidak ada nafas maka beri ventilasi (pernafasan buatan) • Dewasa: 10 – 12 x/menit (tiap 5 – 6 detik) • Bayi/ anak: 12 – 20 x/menit (3 – 5 detik)			
20.	Periksa nadi setiap 2 menit, jika tidak ada nadi lakukan RJP			
21.	Pasien pulih, letakkan pada posisi stabil			
22.	Mengucapkan “Hamdalah” pada akhir kegiatan			
23.	Bereskan semua peralatan, cuci tangan di air mengalir, lakukan pendokumentasian			
24.	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan Wassalamu’alaikum Wr. Wb			
H	TEKNIK			
25.	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan, efektif dan efisien			
26.	Menjaga privasi pasien			
TOTAL NILAI				

MATERI 11

Heacting Sederhana

Penjahitan luka adalah suatu tindakan untuk mendekatkan tepi luka dengan benang sampai sembuh dan cukup untuk menahan beban fisiologis.

Jenis-jenis benang yang digunakan dalam heacting luka :

Benang yang dapat diserap (Absorbable Suture)

1. *Alami (atural)*

- Plain Cat Gut : dibuat dari bahan kolagen sapi atau domba. Benang ini hanya memiliki daya serap pengikat selama 7-19 hari dan akan diabsorbsi secara sempurna dalam waktu 70 hari.
- Chromic Cat Gut dibuat dari bahan yang sama dengan plain cat gut , namun dilapisi dengan garam Chromium untuk memperpanjang waktu absorbsinya sampai 90 hari.

2. *Buatan (Synthetic)*

Adalah benang- benang yang dibuat dari bahan sintetis, seperti Polyglactin (merk dagang Vicryl atau Safil), Polyglycapron (merk dagang Monocryl atau Monosyn), dan Polydioxanone (merk dagang PDS II). Benang jenis ini memiliki daya pengikat lebih lama, yaitu 2-3 minggu, diserap secara lengkap dalam waktu 90-120 hari.

Benang yang tak dapat diserap (nonabsorbable suture)

1. *Alamiah (Natural)*

Dalam kelompok ini adalah benang silk (sutera) yang dibuat dari protein organik bernama fibroin, yang terkandung di dalam serabut sutera hasil produksi ulat sutera.

2. *Buatan (Synthetic)*

Dalam kelompok ini terdapat benang dari bahan dasar nylon (merk dagang Ethilon atau Dermalon). Polyester (merk dagang Mersilene) dan Poly propylene (merk dagang Prolene).

MENGENAL JARUM

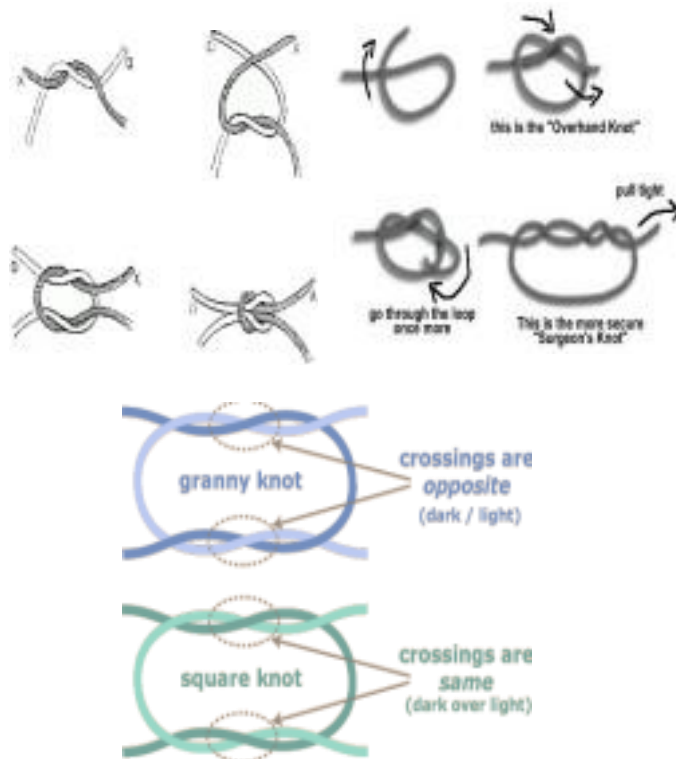
Ujung jarum bentuknya bermacam – macam:

1. Jarum berujung “taper” dapat dipakai untuk menjahit jaringan lunak (peritoneum).
2. Jarum berujung “cutting” (mempunyai 3 sisi tajam”, dapat dipakai untuk menjahit liat (kulit, tendo)
3. Jarum berujung “tapercut” (tubuh ramping, mempunyai 3 sisi tajam), dipakai pada jaringan liat dengan luka minimal
4. Jarum taper berujung tumpul, dipakai untuk menjahit jaringan yang rapuh (hepar, ginjal).

MEMBUAT SIMPUL

Dalam membuat simpul yang perlu diketahui adalah:

1. Jenis simpul, ada 3 yaitu: Square knot, Surgeon's knot, dan Granny knot
2. Jika simpul terlalu ketat, luka akan terasa nyeri dan jahitan dapat meninggalkan bekas
3. Simpul harus diletakkan ditepi luka, disisi yang mempunyai vaskularisasi lebih baik.



TEKNIK PENJAHITAN KULIT

Luka dapat ditautkan dengan jahitan sederhana atau matras, terputus atau jelujur.

1. Jahitan sederhana dapat dibuat terputus atau jelujur
2. Jahitan matras dapat berupa matras vertical, horizontal, terputus maupun jelujur Teknik penjahitan :

a. *Simple Interrupted Suture*

Indikasi: pada semua luka

Kontra indikasi : tidak ada Teknik penjahitan

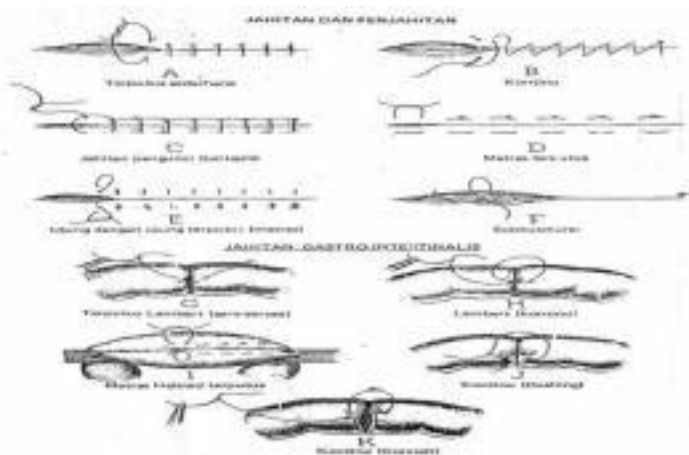
b. *Subcuticular Continuos Suture*

Indikasi : Luka pada daerah yang memerlukan kosmetik Kontra

indikasi : jaringan luka dengan tegangan besar.

c. *Jahitan Pengunci (Feston)*

Indikasi : Untuk menutup peritoneum Mendekati variasi kontinyu (lihat gambar)



Gambar no 9

CHECKLIST/DAFTAR TILIK KETRAMPILAN *HEACTING*

NO	ASPEK YANG DINILAI	Nilai		
		0	1	2
	SIKAP DAN PERILAKU			
1	Mengucapkan Assalamu'alaikum Wr. Wb dan menyapa pasien dengan sopan dan ramah			
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	Persiapan Penolong : a. Lepas perhiasan b. Mendekatkan peralatan c. Cuci Tangan dengan air mengalir.			
	CONTENT/ISI			
6	Membersihkan/ sterilisasi bagian tubuh yang akan dioperasi menggunakan larutan antiseptic dengan gerakan dari dalam ke luar (simulasi dengan kedua tangan telah memakai sarung tangan bersih) dan jaringan luka sudah di anestesi local			
7	Memakai sarung tangan steril			
8	Memasang kain penutup/ duk bolong steril			
9	Menggunakan pinset bergerigi halus untuk sedikit mengangkat tepi luka			
10	Memilih jarum dan benang yang cocok dan pasangkan benang pada lubang jarum, potong benang secukupnya.			
11	Memasang jarum lengkung no. 3/0 pada klem pemegang jarum diantara 2/3 depan dan 1/3 belakang dan mengunci klem			
12	Menusukkan jarum pada kulit dengan posisi tegak lurus dengan posisi tangan pronasi penuh, dengan siku membentuk 90 derajat dan bahu adduksi			
13	Penusukan dilakukan 1 cm dari tepi luka didekat tempat yang dijepit pinset dengan mengangkat kulit dan kulit dutegangkan			
14	Mendorong jarum maju dengan gerakan supinasi pergelangan tangan dan adduksi bahu yang serentak, dalam arah melengkung sesuai dengan kelengkungan jarum			
15	Setelah jarum muncul dari balik kulit, ujung jarum ditarik dengan klem pemegang jarum dengan menarik benang sampai ujungnya tersisa 3-4 cm dari kulit.			
16	Menusukkan jarum ke tepi luka yang lain dari dalam dengan kedalaman yang sama dan cara yang sama			
17	Tangan kiri memegang benang yang lebih panjang dan tangan kanan memegang klem pemegang jarum			
18	Buat lilitan benang panjang dengan klem pemegang jarum			

19	Jepit dan tarik benang panjang dengan klem pemegang jarum			
20	Hasil jahitan tidak terlalu ketat dan tepi luka saling bertemu			
21	Simpul diletakkan ditepi luka			
22	Manutup luka dengan kasa steril atau dilakukan perawatan luka terbuka sesuai dengan kolaborasi dengan dokter			
23	Membereskan alat dan memposisikan klien pada posisi semula			
24	Mencuci tangan			
25	Terminasi a. Evaluasi hasil yang dicapai (subjektif & objektif) b. Berikan reinforcement positif b. Kontrak pertemuan selanjutnya c. Akhiri kegiatan dengan baik d. Cuci tangan			
26	Dokumentasi Catat waktu, nama klien, tindakan, hasil dan respon klien			

MATERI 12

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.

B. Tujuan:

1. Mengetahui kelainan-kelainan irama jantung
2. Mengetahui daerah iskemi atau infark pada otot jantung
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 (+).

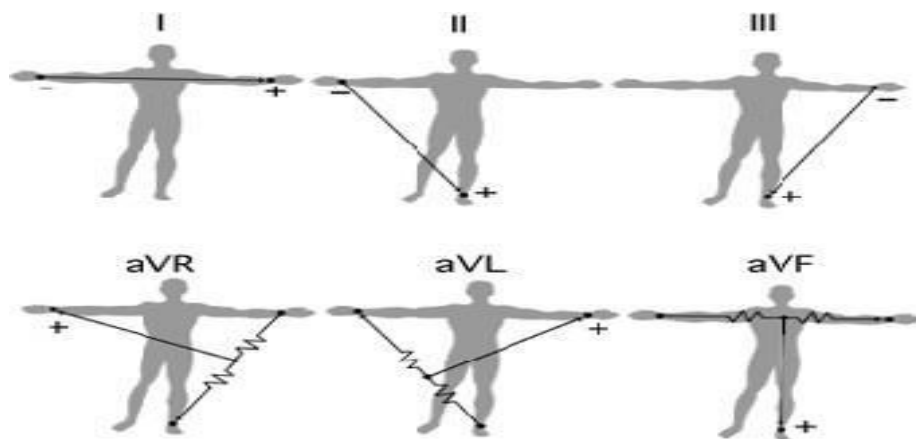
2. Sandapan Unipolar

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

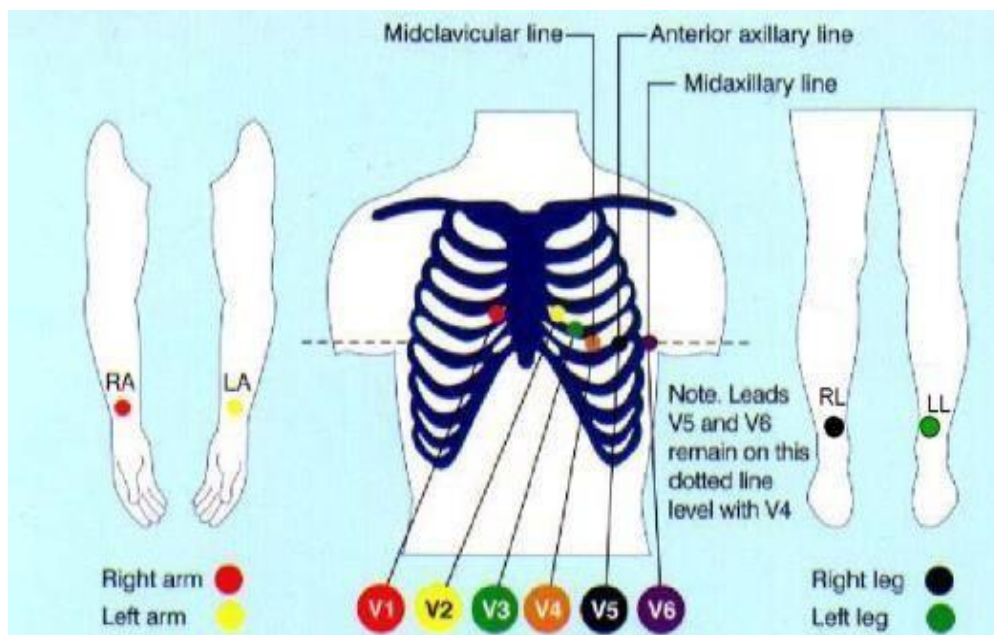
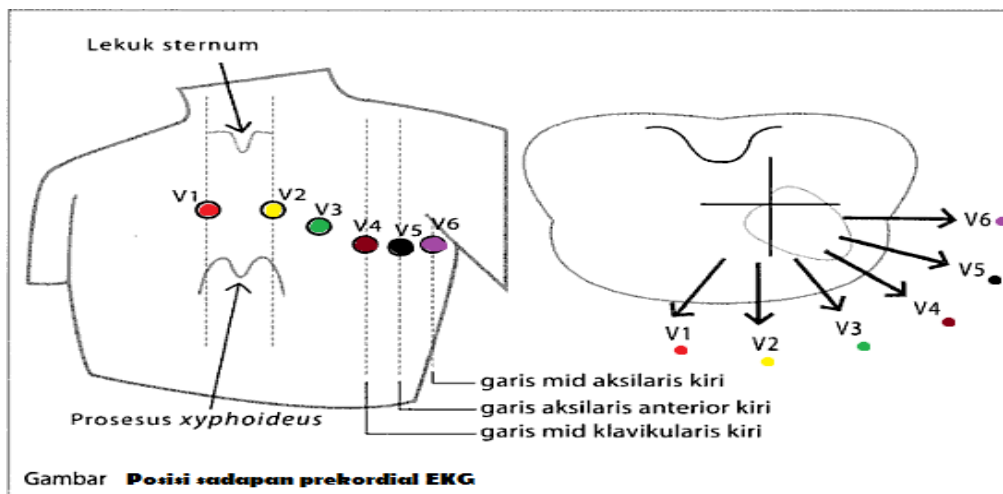
a. Sandapan Unipolar Ekstermitas

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.

- b. Sandapan aVR merekam potensial listrik pada lengan kanan (RA) dimana lengan kanan bermuatan (+), lengan kiri dan kaki kiri membentuk elektroda indeferen.
- c. Sandapan aVL merekam potensial listrik pada lengan kiri (LA) dimana lengan kiri bermuatan (+), lengan kanan dan kaki kiri membentuk elektroda indeferen.
- d. Sandapan aVF merekam potensial listrik pada kaki kiri (LF) dimana kaki kiri bermuatan (+), lengan kanan dan kiri membentuk elektroda indeferen.



- e. 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 midclavícula kiri
 - 5) Sandapan V5 : sejajar V4 pada garis aksilaris anterior kiri
 - 6) Sandapan V6 : sejajar V4 pada garis mid aksilaris kiri

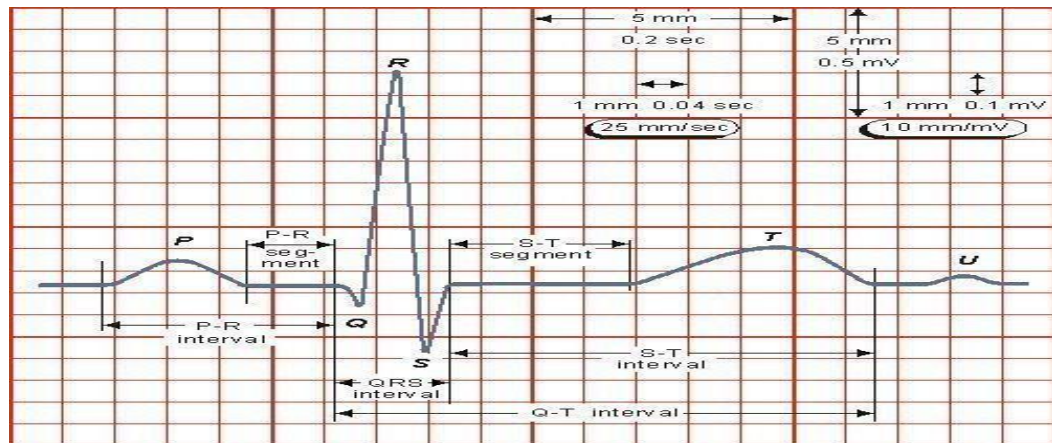


D. Irama Normal Pada EKG

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 hasildepolarisasi 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	NILA I		
		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.	Persiapan Alat : a. Mesin EKG. b. Elektroda EKG. c. Jelly. d. Kapas alkohol pada tempatnya. e. Tissue. f. Washlap basah. g. Alat cukur (kalau perlu). h. Kertas dokumentasi EKG, lem, dan gunting.			
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 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 a. Evaluasi kegiatan b. Beri reinforcement positif c. Kontrak pertemuan selanjutnya d. Membaca Hamdallah selesai melakukan tindakan e. Mengakhiri pertemuan dengan sopan dan mengucapkan Wassalamu'alaikum Wr. Wb f. 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%

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

(jumlah aspek yang dinilai x 2) x 100%

**KARTU KENDALI PRAKTIKUM
FUNDAMENTAL OF MIDWIFERY III**

Nama :

SKS : 2 SKS P

NIM :

Semester : V

DPA :

NO	PERASAT	DOSEN PENGAMPU	DEMO	TRIAL	EVALUASI
1	UP (cuci tangan sd penggunaan APD)	Bdn. Rani Ayu Hapsari, S.ST., S.KM., M.KM			
2	Oksigenasi	Bdn. Adenia Dwi Ristanti, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb			
3	Pemberian nutrisi (OGT dan NGT)	Indah Wijayanti, S.ST., M.Keb			
4	Personal hygiene dalam kebidanan	Indah Wijayanti, S.ST., M.Keb			
5	Membantu BAK dan BAB serta kateterisasi	Bdn. Adenia Dwi Ristanti, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb			
6	Pemberian obat (oral, parental, injeksi, dll)	Ratih Devi Alfiana, S.ST., M.Keb			
7	Pemasangan infus dan transfusi darah + pengambilan darah	Bdn. Rani Ayu Hapsari, S.ST., S.KM., M.KM			
8	EKG	Tifany Hayuning Ratri, S.Kep., Ns., M.Kep			
9	Perawatan luka	Isti Chana Zuliyati, S.ST., M.Keb			
10	Heacting sederhana	Isti Chana Zuliyati, S.ST., M.Keb			
11	Resusitasi Dewasa	Anindita Farda Khusna, S.Kep., Ns., M.N., Sc			

DAFTAR PUSTAKA

1. Ayunda, S. N., Umaternate, I., & Siregar, A. A. (2023). *Buku ajar keterampilan dasar klinik kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish.
2. Purnama Eka Sari, W. I., & Fitri Andini, I. (2023). *Keterampilan klinik praktik kebidanan (dilengkapi penuntun belajar)*. Jakarta: Trans Info Media.
3. Febrianti, R., & Aslina. (2019). *Praktik klinik kebidanan I*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
4. Wahyuningrum, E., & Padi, R. R. (2021). *Panduan praktik klinik kebidanan 3*. Yogyakarta: Nuha Medika.
5. Widyasih, H., & Wahyuningsih, H. P. (2020). *Modul pendidikan klinik praktik manajemen pelayanan kebidanan komprehensif (BD.7011)*. Yogyakarta: Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
6. Febrianti, R., & Megasari, K. (2022). *Modul praktikum keterampilan klinis praktik kebidanan II (KKPK II)*. Pekanbaru: STIKes Hang Tuah Pekanbaru.
7. Rahmi, S., & Nurhasanah, E. (2022). *Asuhan kebidanan komprehensif di lahan praktik klinik*. Bandung: Pustaka Pelajar.