



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

KAMPUS : JL. PATANGPULUHAN, SONOSEWU, NGESTIHARJO
KASIHAN, BANTUL, YOGYAKARTA TELP./FAX.(0274) 450691

SK BAN-PT : NOMOR.896/SK/BAN-PT/Akred/PT/XI/2020

SK LAM-PTKes : NOMOR.0390/LAM-PTKes/Akr/Dip/XI/2020

SURAT TUGAS

NO : 169/22/AKPER YKY/II/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tri Arini, S.Kep.Ns.,M.Kep
Jabatan : Direktur
NIK : 1141 03 052

Dengan ini menugaskan :

Nama : Dwi Wulan Minarsih, S.Kep.Ns.,M.Kep
NIK : 1141 99 035
Jabatan : Dosen

Untuk melaksanakan tugas mengembangkan bahan kuliah berupa Modul Praktikum Keperawatan Medikal Bedah I Semester IV Akper "YKY" Yogyakarta Tahun Akademik 2018/2019 yang diselenggarakan pada:

Periode : Semester Genap T.A. 2018/2019
Tempat : Akper "YKY" Yogyakarta

Demikian surat tugas ini dibuat untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 1 Maret 2019

Direktur

Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep

NIK : 1141 03 052





**MODUL PRAKTIKUM
KEPERAWATAN MEDIKAL
BEDAH I**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"
YOGYAKARTA
2018/2019**



MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH I

PENYUSUN:

1. Dewi Murdiyanti PP, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.M.B.
2. Dwi Wulan Minarsih, S.Kep..Ns.M.Kep
3. Siti Fauziah, A.Per. Pend, M.Kes
4. Yayang Harigustian,S.Kep.,Ns.,M.Kep

VISI DAN MISI AKPER YKY

1. Visi

Menjadi Institusi Pendidikan Keperawatan yang menghasilkan perawat yang berkarakter, dan unggul di tingkat nasional tahun 2035.

2. Misi

1. Menyelenggarakan pendidikan keperawatan berkualitas, terkini, dan unggul dalam keperawatan keluarga.
2. Melaksanakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang unggul berdasarkan iptek keperawatan/kesehatan.
3. Mengembangkan manajemen institusi dengan tata kelola yang baik (*good academic governance*) dan sumber daya professional berdasarkan iptek.
4. Mengembangkan pembinaan karakter kepada civitas akademika berlandaskan kearifan lokal.
5. Menjalin kerjasama dan kemitraan baik dalam maupun luar negeri untuk melaksanakan tri dharma perguruan tinggi

KATA PENGANTAR

Penyusunan buku modul Keperawatan Medikal Bedah I (KMB I) Akper “YKY” Yogyakarta Tahun Akademik 2018/2019 ini, didasarkan atas ketentuan bahwa; pendidikan vokasi termasuk tenaga perawat diwajibkan memenuhi standar kompetensi yang dipersyaratkan. Dalam pemenuhan standar kompetensi tersebut dapat ditempuh melalui pembelajaran teori, pembelajaran praktika dan pembelajaran klinik atau lapangan. Untuk itu disusunlah buku modul Keperawatan Medikal Bedah I Akper “YKY” Tahun Akademik 2018/2019 untuk memenuhi pembelajaran praktika di laboratorium.

Buku modul Keperawatan Medikal Bedah I Akper “YKY” Yogyakarta Tahun Akademik 2018/2019 ini disusun dengan tujuan agar tercapai pemahaman yang sama antara dosen dan mahasiswa tentang kompetensi-kompetensi yang harus dicapai oleh mahasiswa Akper “YKY” Yogyakarta dalam pelaksanaan pembelajaran praktika yang sesuai dengan standar kompetensi yang dipersyaratkan. Untuk itu semua dosen dan mahasiswa Akper “YKY” wajib memahami buku modul Keperawatan Medikal Bedah I Akper “YKY” Yogyakarta Tahun Akademik 2018/2019, dengan harapan pelaksanaan pembelajaran praktika dapat berjalan dengan lancar dan baik.

Kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada penyusun / tim penyusun yang telah berupaya dengan sungguh-sungguh untuk dapat tersusunnya buku modul ini, dan kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan buku ini.

Buku ini perlu terus dilakukan penyempurnaan untuk memenuhi kebutuhan yang terus berkembang dengan cara dilakukan evaluasi secara periodik / tahun yang disesuaikan dengan perkembangan IPTEK Keperawatan / Kesehatan. Diharapkan buku Modul Keperawatan Medikal Bedah I Akper “YKY” Yogyakarta Tahun Akademik 2018/2019 ini dapat dimanfaatkan oleh dosen dan mahasiswa dengan sebaik-baiknya, untuk dapat menghasilkan lulusan tenaga perawat berkualitas tinggi yang siap memasuki dunia kerja dan dapat bersaing di era global.

Yogyakarta, Agustus 2018

Direktur,



Tri Armi, S.Kep.Ns.M.Kep.

NIK 1141 03 052

KATA PENGANTAR

Puji syukur, penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya lah penulis mampu menyusun modul praktikum modul Keperawatan Medikal Bedah I. Modul ini disusun sebagai salah satu media dalam pembelajaran mata ajar Keperawatan Medikal Bedah I .

Penyusunan modul ini mendapat dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan. Semoga segala bantuan dan kebaikan, menjadi amal sholeh yang akan mendapat balasan yang lebih baik dari Tuhan Yang Maha Esa.

Penulis juga menyadari modul ini masih belum sempurna, dengan kerendahan hati penulis sangat mengharapkan masukan, saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak terutama dari Senior dan sejawat keperawatan demi perbaikan modul ini. Penulis berharap semoga modul ini dapat memberikan manfaat positif demi perkembangan keperawatan. Akhir kata penulis memohon kepada Tuhan Yang Maha Esa agar selalu mendapatkan petunjuk dan ridhoNya, serta selalu berada di jalanNya.

Yogyakarta, Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Visi dan Misi

Kata Pengantar

Daftar Isi

1. Pemasangan infus, pelepasan infus dan pengkajian flebitis
2. Pemasangan kateter, pelepasan kateter, dan blader training
3. Perawatan luka kronis
4. Pemasangan NGT, perawatan NGT dan pelepasan NGT.
5. Perawatan kolostomi
6. Manual fecal
7. Pemeriksaan gula darah dan memberikan terapi insulin
8. Skin test
9. Pemeriksaan GCS, pemeriksaan reflek, dan pemeriksaan tonus otot



MODUL

KEPERAWATAN MEDIKAL I

A. DISKRIPSI MODUL

Mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah I menguraikan tentang tentang konsep dan perspektif keperawatan medikal bedah, peran perawat medikal bedah dalam kebijakan pelayanan kesehatan (nasional dan internasional), kajian penyakit HIV/AIDS, asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan akibat patologis sistem perkemihan dan metabolik endokrin, asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi akibat patologis sistem pencernaan dan metabolik endokrin serta asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan, asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman akibat patologis sistem integumen dan sistem imun. Proses pembelajaran menekankan pada dicapainya pemahaman mahasiswa tentang konsep Keperawatan Medikal Bedah I. Kegiatan belajar dilakukan melalui kuliah, diskusi, penugasan dan praktika.

Proses belajar mengajar pada mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah I memiliki bobot 4 SKS terdiri atas 2 SKS PBC dan 2 SKS PBP. Proses belajar Praktika memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk melakukan keterampilan keterampilan yang dilakukan pada pasien dengan dengan gangguan kebutuhan cairan akibat patologis sistem perkemihan dan metabolik endokrin, gangguan kebutuhan nutrisi akibat patologis sistem pencernaan dan metabolik endokrin serta gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan, gangguan kebutuhan aman dan nyaman akibat patologis sistem integumen dan sistem imun

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

B. Tujuan Umum

Setelah mengikuti Pembelajaran Praktika Mata Ajaran Keperawatan Medikal Bedah I mahasiswa mampu melakukan tindakan – tindakan keperawatan yang meliputi :

1. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan akibat patologis sistem perkemihan dan metabolik endokrin
2. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi akibat patologis sistem pencernaan dan metabolik endokrin
3. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan
4. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman akibat patologis sistem integumen dan sistem imun

C. Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pemasangan infus, pelepasan infuse dan pengkajian flebitis
2. Mahasiswa mampu melakukan pemasangan kateter, pelepasan kateter, dan blader training
3. Mahasiswa mampu melakukan perawatan luka kronis
4. Mahasiswa mampu melakukan pemasangan NGT, perawatan NGT dan pelepasan NGT.
5. Mahasiswa mampu melakukan perawatan kolostomi
6. Mahasiswa mampu melakukan manual fecal
7. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan gula darah dan memberikan terapi insulin
8. Mahasiswa mampu melakukan skin test
9. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan GCS, pemeriksaan reflek, dan pemeriksaan tonus otot

D. MATERI PRAKTEK

1. Pemasangan infus, pelepasan infuse dan pengkajian flebitis
2. Pemasangan kateter, pelepasan kateter, dan blader training
3. Perawatan luka kronis
4. Pemasangan NGT, perawatan NGT dan pelepasan NGT.
5. Perawatan kolostomi
6. Manual fecal
7. Pemeriksaan gula darah dan memberikan terapi insulin
8. Skin test
9. Pemeriksaan GCS, pemeriksaan reflek, dan pemeriksaan tonus otot

E. KEGIATAN

Mahasiswa semester IV Akper “YKY” Yogyakarta dibagi menjadi 4 kelompok besar dengan 4 dosen pengampu matakuliah KMB I. Kegiatan praktikum meliputi demonstrasi, simulasi dan evaluasi dari masing – masing prasat keterampilan KMB I.

F. WAKTU DAN TEMPAT

Waktu pelaksanaan paktikum akan dilaksanakan di laboratorium Akper “YKY” sesuai dengan jadwal praktikum dari laboratorium.

PBP : 1 SKS :

Praktikum	= 1 x 14 mg x 100 menit	= 1400 menit
Praktikum mandiri	= 1 x 14 mg x 70 menit	= <u>980 menit</u>
		7140 menit

G. PESERTA

Peserta PBP Keperawatan Medikal Bedah I adalah Mahasiswa AKPER “YKY” Semester IV sejumlah 68 orang mahasiswa yang terdiri dari 2 kelas (Kelas A = 35 mahasiswa, Kelas B = 33 mahasiswa). Tiap kelas dibagi menjadi 4 kelompok, tiap kelompok terdiri dari 10 - 15 mahasiswa.

H. PEMBIMBING

1. Dewi Murdiyanti PP, M.Kep.Ns. Sp.Kep.M.B
2. Dwi Wulan Minarsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep
3. Venny Diana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
4. Yayang Harigustian, S.Kep.,Ns.,M.Kep

I. PENILAIAN

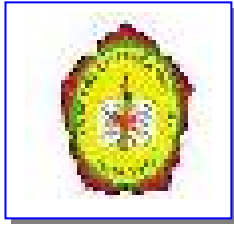
Nilai PBP termasuk dalam Mata Kuliah Keperawatan Medikal Bedah I didapatkan dari :

1. Evaluasi	80 %
2. Sikap	20 %
Total	100 %

Kemudian nilai PBP digabung dengan nilai PBC (UTS dan UAS) dengan bobot nilai masing-masing PBP 50 % dan PBC 50 %.

J. BAHAN KAJIAN

Keperawatan Medikal Bedah I



MODUL

PEMASANGAN INFUS, PELEPASAN INFUS & PENGKAJIAN FLEBITIS

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan akibat patologis sistem perkemihan dan metabolik endokrin

2. Tujuan Khusus:

Mahasiswa mampu:

- Mampu melakukan pemasangan infus
- Mampu melakukan pelepasan infus
- Mampu melakukan pengkajian flebitis

B. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan selama 2 x 100 menit praktikum dan 2 x 70 menit mandiri

C. POKOK BAHASAN

- Pemasangan Infus
- Pelepasan infus
- Pengkajian flebitis

D. MATERI

1. PEMASANGAN INFUS

a. Pengertian

Terapi intravena (IV) adalah menempatkan cairan steril melalui jarum langsung ke vena pasien. Biasanya cairan steril mengandung elektrolit (natrium, kalsium, kalium), nutrient (biasanya glukosa), vitamin atau obat (Wahyuningsih, 2005).

Infus cairan intravena (*intravenous fluids infusion*) adalah pemberian sejumlah cairan ke dalam tubuh melalui sebuah jarum ke dalam pembuluh vena (pembuluh balik) untuk menggantikan kehilangan cairan atau zat – zat makanan dari tubuh. (Yuda, 2010)

Memasang infus adalah memasukkan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dalam jumlah banyak dan dalam waktu yang lama dengan menggunakan infus set.

Terapi intravena (IV) digunakan untuk memberikan cairan ketika pasien tidak dapat menelan, tidak sadar, dehidrasi atau syok, untuk memberikan garam yang diperlukan guna mempertahankan keseimbangan elektrolit, atau glukosa yang diperlukan untuk metabolisme (Wahyuningsih, 2005)

b. Tujuan

Tujuan pemberian terapi intravena (infus) yaitu :

- Memberikan atau menggantikan cairan tubuh yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein, lemak, dan kalori yang tidak dapat dipertahankan secara adekuat melalui oral
- Memperbaiki keseimbangan asam basa
- Memperbaiki volume komponen – komponen darah
- Memberikan jalan masuk pemberian obat – obatan ke dalam tubuh
- Memonitor tekanan vena sentral (CVP)
- Memberikan nutrisi pada saat system pencernaan diistirahatkan

c. Tipe – tipe cairan intravena :

1. Isotonik

Yaitu suatu cairan yang memiliki tekanan osmotik yang sama dengan yang ada di dalam plasma. Yang termasuk cairan isotonic :

- NaCl 0,9%
- Ringer laktat
- Komponen – komponen darah (albumin 5%, plasma)
- Dextrose 5% dalam air (D5W)

2. Hipotonik

Yaitu suatu larutan yang memiliki tekanan osmotik lebih kecil daripada yang ada dalam plasma darah. Pemberian cairan ini umumnya menyebabkan dilusi konsentrasi larutan plasma dan mendorong air masuk ke dalam sel untuk memperbaiki keseimbangan di intraseldan ekstrasel, sel – sel tersebut akan membesar atau membengkak.

Yang termasuk cairan hipertonik :

- a. Dextrose 2,5% dalam NaCl 0,45%
- b. NaCl 0,45%
- c. NaCl 0,2%

3. Hipertonik

Yaitu suatu larutan yang memiliki tekanan osmotik lebih tinggi daripada yang ada dalam plasma darah. Pemberian cairan ini meningkatkan konsentrasi larutan plasma dan mendorong air masuk ke dalam sel untuk memperbaiki keseimbangan osmotik sel kemudian akan menyusut. Yang termasuk cairan hipertonik :

- a. Dextrose 5% dalam NaCl 0,9%
- b. Dextrose 5% dalam NaCl 0,45% (hanya sedikit hipertonis karena dextrose dengan cepat dimetabolisme dan hanya sementara mempengaruhi tekanan osmotik)
- c. Dextrose 10% dalam air
- d. Dextrose 20% dalam air
- e. NaCl 3% dan 5%
- f. Larutan hiperalimentasi
- g. Dextrose 5% dalam RL
- h. Albumin 25

d. Pembagian cairan berdasarkan kelompoknya:

1. Kristaloid:

Bersifat isotonik, maka efektif dalam mengisi sejumlah volume cairan (volume expanders) ke dalam pembuluh darah dalam waktu yang singkat, dan berguna pada pasien yang memerlukan cairan segera. Misalnya Ringer-Laktat dan garam fisiologis.

2. Koloid:

Ukuran molekulnya (biasanya protein) cukup besar sehingga tidak akan keluar dari membran kapiler, dan tetap berada dalam pembuluh darah, maka sifatnya hipertonik, dan dapat menarik cairan dari luar pembuluh darah. Contohnya adalah albumin dan steroid.

e. Komposisi cairan terapi intravena

- 1. Larutan NaCl berisi air dan elektrolit (Na⁺ dan Cl⁻)
- 2. Larutan dextrose berisi air atau garam dan kalori
- 3. Ringer Laktat (RL) berisi air elektrolit, kalori (Na⁺, K⁺, Mg⁺⁺, Cl⁻, HCO₃⁻, glukonat)
- 4. Whole blood (darah lengkap) dan komponen darah
- 5. Plasma expanders berisi albumin, dextran, fraksi protein plasma 5%, hespan yang dapat meningkatkan tekanan osmotik, menarik cairan dari interstisial ke dalam sirkulasi dan meningkatkan volume darah sementara)
- 6. Hiperalimentasi parenteral (cairan, elektrolit, asam amino, dan kalori)

- f. Menentukan Kecepatan cairan intravena (infus)
1. Pertama atur kecepatan tetesan pada tabung IV. Tabung makrodrip dapat meneteskan 10 atau 15 tetes per 1 ml. Tabung mikrodrip dapat meneteskan 60 tetes per 1 ml. Jumlah tetesan yang diperlukan untuk 1 ml disebut faktor tetes
 2. Atur jumlah milliliter cairan yang akan diberikan dengan jumlah total cairan yang akan diberikan dengan jumlah jam infuse yang berlangsung kemudian kalikan hasil tersebut dengan **faktor tetes**.
 3. Untuk menentukan berapa banyak tetesan yang akan diberikan per menit, bagi dengan 60
 4. Hitung jumlah tetesan per menit yang akan diinfuskan. Jika kecepatan alirannya tidak tepat sesuaikan dengan kecepatan tetesan
- g. Hal – hal yang harus diperhatikan
1. D 5 W (Dextrose 5% in Water)
Digunakan untuk menggantikan air (cairan hipotonik) yang hilang, memberikan suplai kalori, juga dapat dibarengi dengan pemberian obat – obatan atau berfungsi untuk mempertahankan vena dalam keadaan terbuka dengan infuse tersebut. Hati – hati terhadap terjadinya intoksikasi cairan (hiponatremia, sindroma pelepasan hormone antidiuretik yang tidak semestinya), jangan digunakan dalam waktu bersamaan dengan pemberian transfuse darah atau komponen darah
 2. NaCl 0,9%
Digunakan untuk menggantikan garam (cairan isotonic) yang hilang, diberikan dengan komponen darah atau untuk pasien dalam kondisi syok hemodinamik. Hati – hati terhadap kelebihan volume isotonic (misalnya gagal jantung dan gagal ginjal).
 3. Ringer Laktat
Digunakan untuk menggantikan cairan isotonic yang hilang, elektrolit tertentu dan untuk mengatasi asidosis metabolik tingkat sedang.
- h. Tipe – tipe pemberian terapi intravena
1. IV Push (bolus)
Yaitu memberikan obat dari jarum suntik secara langsung ke dalam saluran/jalan infuse.
Indikasi :
 - a. Pada keadaan emergency resusitasi paru, memungkinkan pemberian obat langsung ke dalam intravena
 - b. Untuk mendapatkan respon yang cepat terhadap pemberian obat (furosemid dan digoxin)
 - c. Untuk memasukkan dosis obat dalam jumlah besar secara terus menerus melalui infuse (lidokain, xilocain)
 - d. Untuk menurunkan ketidaknyamanan pasien dan mengurangi kebutuhan akan injeksi
 - e. Untuk mencegah masalah yang mungkin timbul apabila beberapa obat dicampur.
 2. Continuous infusion
Continuous infusion dapat diberikan secara konvensional melalui cairan yang digantung dengan atau tanpa pengatur kecepatan aliran. Infus melalui intravena, intra arteri, dan intrathecal (spinal) dapat dilengkapi dengan menggunakan pompa khusus yang ditanam maupun eksternal. Hal – hal yang perlu dipertimbangkan :
 - a. Kelebihan
 - 1) Mampu untuk memasukkan cairan dalam jumlah besar dan kecil yang akurat
 - 2) Adanya alarm menunjukkan adanya masalah seperti adanya udara di selang infus atau adanya penyumbatan
 - 3) Mengurangi waktu perawatan untuk memastikan kecepatan aliran infuse

- b. Kekurangan
 - 1) Memerlukan selang khusus
 - 2) Biaya lebih mahal
 - 3) Pompa infuse akan dilanjutkan untuk menginfus kecuali ada infiltrat
- 3. Intermitten infusion

Infus sementara dapat diberikan melalui heparin lock, “piggy bag” untuk infuse yang kontinyu atau untuk terapi jangka panjang melalui perangkat infus.
- i. Indikasi terapi intravena (infus)

Pemasangan infus dilakukan pada klien dengan kondisi :

 - 1. Syok
 - 2. Mengalami pengeluaran cairan yang berlebihan
 - 3. Perdarahan hebat
 - 4. Intoksikasi berat
 - 5. Pra dan pasca bedah
 - 6. Sebelum tranfusi darah
 - 7. Klien dengan pemberian obat tertentu
- j. Komplikasi terapi intravena (infus)

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi dalam pemasangan infus :

 - 1) Hematoma

Yakni darah mengumpul dalam jaringan tubuh akibat pecahnya pembuluh darah arteri, vena atau kapiler, terjadi akibat penekanan yang kurang tepat saat memasukkan jarum atau “tusukan” berulang pada pembuluh darah.
 - 2) Infiltrasi

Yaitu masuknya cairan infuse ke dalam jaringan sekitar (bukan pembuluh darah), terjadi akibat ujung jarum infuse melewati pembuluh darah.
 - 3) Tromboflebitis

Tromboflebitis atau bengkak (inflamasi) pada pembuluh vena terjadi akibat infuse yang dipasang tidak dipantau secara ketat dan benar
 - 4) Emboli udara

Yakni masuknya udara ke dalam sirkulasi darah terjadi akibat masuknya udara yang ada dalam cairan infuse ke dalam pembuluh darah. Komplikasi lain yang dapat terjadi dalam pemberian cairan melalui infus adalah rasa perih/sakit dan reaksi alergi
 - 5) Flebitis

Inflamasi vena yang disebabkan oleh iritasi kimia maupun mekanik. Kondisi ini dikarakteristikkan dengan adanya daerah yang memerah dan hangat di sekitar daerah insersi/penusukan atau sepanjang vena, nyeri atau rasa lunak pada area insersi atau sepanjang vena, dan pembengkakan.
- k. Penggantian darah

Penggantian darah atau transfusi darah adalah suatu pemberian darah lengkap atau komponen darah seperti plasma, sel darah merah keemasan, atau trombosit melalui jalur IV.

Berikut adalah daftar yang mencakup tujuan dilakukannya transfuse darah :

 - 1. Untuk meningkatkan volume sirkulasi darah setelah pembedahan, trauma, atau pendarahan.
 - 2. Untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan untuk mempertahankan kadar hemoglobin pada klien yang menderita anemia berat.
 - 3. Untuk memberikan komponen selular yang terpilih sebagai terapi pengganti (misal, factor-faktor pembekuan plasma untuk membantu mengontrol pendarahan pada klien penderita hemophilia).

Golongan dan tipe darah. Golongan darah yang paling penting untuk tranfusi darah adalah system ABO, yang meliputi golongan berikut : A, B, O, dan AB. Penetapan

golongan darah didasarkan pada ada tidaknya antigen sel darah merah A dan B. individu dengan antigen A, antigen B, atau tidak memiliki antigen yang termasuk dalam golongan darah A, B, dan O. individu dengan antigen A dan B memiliki golongan darah AB

Reaksi transfusi bersifat mengancam kehidupan, tetapi intervensi keperawatan yang tepat dapat mempertahankan stabilitas fisiologis klien. Jika reaksi transfusi diduga akan timbul, perawat harus melakukan hal-hal berikut ini :

1. Hentikan transfusi sesegera mungkin.
2. Pasang "piggyback" 0.9% salin normal kedalam selang IV yang paling dekat dengan tempat akses. Perawat tidak boleh mematiakn aliran darah dan mengalirkan salin normal 0.9% pada set infuse selang Y karena dengan melakukan itu, darah di selang Y hanya akan masuk ke klien. Darah yang tidak cocok, bahkan dalam jumlah kecil, dapat menimbulkan reaksi yang besar.
3. Beritahu dokter.
4. Temani klien, observasi tanda dan gejala, dan pantau tanda-tanda vital setiap 5 menit.
5. Siapkan obat-obatan kedaruratan untuk diberikan jika reaksi yang membahayakan terjadi, seperti antihistamin, vasopresor, cairan, dan steroid.
6. Siapkan peralatan untuk resusitasi kardiopulmonal.
7. Ambil specimen urine dan kirimkan ke laboratorium.
8. Simpan kantung darah dan selang untuk dikembalikan ke laboratorium.
9. Lengkapi kertas-kertas yang dibutuhkan, seperti kertas laporan mengenai reaksi transfuse dan catatan perawat.

2. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Terapi Intra Vena (Infus)

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan ditujukan/ difokuskan pada :

1. Pola Intake

Gambarkan/uraikan jmlh & tipe cairan yang biasanya dikonsumsi

b. Pola eliminasi

- 1) Kebiasaan berkemih
- 2) Frekuensi berkemih
- 3) Karakteristik urine
- 4) Kehilangan cairan : muntah, diare, berkeringat

c. Evaluasi status hydrasi klien

Adanya tanda-tanda edema, rasa haus yang berlebihan, membrane mukosa kering

3. Apakah klien dlm k/a sakit : DM, kanker, luka bakar, dsb

4. Riwayat pengobatan yang dpt mengancam ggn keseimbangan cairan spt diuretic, dll

5. Pemeriksaan fisik

Parameter yang dpt mengetahui adanya ggn keseimbangan cairan & elektrolit :

- 1) Intake & output cairan tdk seimbang
- 2) Volume & konsentrasi urine
- 3) Turgor kulit
- 4) BB turun dgn tiba-tiba
- 5) Temperatur tubuh yang sgt tinggi
- 6) Edema
- 7) Vital sign yang abnormal
- 8) Nilai CVP abnormal

Pemeriksaan Laboratorium

1) **Px darah lengkap :**

- a) Ht naik : ada dehidrasi berat & syok
- b) Ht turun : ada perdarahan akut & reaksi hemolitik

- c) Hb naik : Hemokonsentrasi
- d) Hb turun : ada perdarahan hebat & reaksi hemolitik

2) **Pemeriksaan serum elektrolit ;**

- a) Sodium, potassium, Chlorida, Ion Carbonat

3) **pH dan Berat jenis urine**

Berat Jenis menunjukkan kemampuan ginjal utk mengatur konsentrasi urine

4) **Analisa Gas Darah**

- a) Untuk mengetahui keadekuatan oksigenasi, ventilasi dan asam-basa
- b) Biasanya diperiksa : pH, PO₂, HCO₃, PCO₂, dan saturasi O₂
- c) PCO₂ : 35 – 40 mmHg
- d) PO₂ : 80 – 100 mmHg
- e) HCO₃ : 25 – 29 meq/L
- f) Saturasi O₂ : perbandingan O₂ di dalam darah dgn jumlah O₂ yang dpt dibawa darah (N : 95 % - 98 % arteri 61- 85 % vena

B. Diagnosa Keperawatan

a. **Kekurangan volume cairan**

Definisi : Penurunan cairan intravaskuler, interstisial, dan / atau intraseluler. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan saja tanpa perubahan pada natrium.

Batasan Karakteristik

- 1) Perubahan pada status mental
- 2) Penurunan pada tekanan darah
- 3) Penurunan pada tekanan nadi
- 4) Penurunan volume nadi
- 5) Penurunan turgor kulit
- 6) Penurunan turgor lidah
- 7) Penurunan haluaran urine
- 8) Penurunan pengisian vena
- 9) Membran mukosa kering
- 10) Kulit kering
- 11) Peningkatan hematokrit
- 12) Peningkatan suhu tubuh
- 13) Peningkatan frekuensi nadi
- 14) Peningkatan konsentrasi urine
- 15) Penurunan berat badan tiba-tiba(kecuali pada ruang ketiga)
- 16) Haus
- 17) Kelemahan Faktor yang berhubungan
- 18) Kehilangan cairan aktif
- 19) Kegagalan mekanisme regulasi

b. **Kelebihan volume cairan**

Definisi : peningkatan retensi cairan isotonik.

Karakteristik

- 1) Bunyi napas adventisius
- 2) Gangguan elektrolit
- 3) Anasarka
- 4) Ansietas
- 5) Azotemia
- 6) Perubahan tekanan darah
- 7) Perubahan status mental
- 8) Perubahan pola pernapasan

- 9) Penurunan hematokrit
- 10) Penurunan hemoglobin
- 11) Dispnea
- 12) Edema
- 13) Peningkatan tekanan vena sentral
- 14) Asupan melebihi haluaran
- 15) Distensi vena jugularis
- 16) Oliguria
- 17) Ortopnea
- 18) Efusi pleura
- 19) Reflek hepatojugular positif
- 20) Perubahan tekanan arteri pulmonal
- 21) Kongesti pulmonal
- 22) Gelisah
- 23) Perubahan berat jenis urin
- 24) Bungi jantung S3
- 25) Penambahan berat badan dalam waktu singkat

Faktor Yang Berhubungan

- a. Gangguan mekanisme regulasi
- b. Kelebihan asupan cairan
- c. Kelebihan asupan natrium

c. Resiko kekurangan volume cairan

Definisi : Beresiko mengalami dehidrasi vaskuler, seluler, atau intraseluler
Faktor Resiko

- 1) Kehilangan volume cairan aktif
- 2) Kurang pengetahuan
- 3) Penyimpangan yang mempengaruhi absorpsi cairan
- 4) Penyimpangan yang mempengaruhi akses cairan
- 5) Penyimpangan yang mempengaruhi asupan cairan
- 6) Kehilangan berlebihan melalui rute normal (mis : diare)
- 7) Usia lanjut
- 8) Berat badan ekstrem
- 9) Factor yang mempengaruhi kebutuhan cairan (mis : status hipermetabolik)
- 10) Kegagalan fungsi regulator
- 11) Kehilangan cairan melalui rute abnormal (mis : siang menetap)
- 12) Agens farmaseutikal (mis:diuretik)

d. Resiko ketidakseimbangan elektrolit

Definisi : Beresiko mengalami perubahan kadar elektrolit serum yang dapat mengganggu kesehatan

Faktor resiko

- 1) Defisiensi volume cairan
- 2) Diare
- 3) Disfungsi endokrin
- 4) Kelebihan volume cairan
- 5) Ketidakseimbangan cairan (misal dehidrasi, intoksifikasi air)
- 6) Gangguan mekanisme regulasi (misal diabetes insipidus, sindrom ketidaktepatan sekresi hormon diuretik)
- 7) Disfungsi ginjal
- 8) Efek samping terkait pengobatan (misal medikasi, drain)
- 9) Muntah

C. Perencanaan/Intervensi

Nursing Outcomes Classification (NOC)

1. Keseimbangan Elektrolit/Asam Basa

Domain : Kesehatan Fisiologis

Kelas : Cairan dan Elektrolit

Skala : *Extremely compromised to Not compromised*

Definisi: Keseimbangan elektrolit antara yang terdapat di ruang intraseluler dengan yang ada di ruang ekstra seluler

No	Indikator	1	2	3	4	5
1	Frekuensi denyut jantung DRH ^{*)}					
2	Irama denyut jantung DRH ^{*)}					
3	Frekuensi pernafasan DRH ^{*)}					
4	Sodium serum DBN ^{*)}					
5	Cl serum DBN ^{*)}					
6	Ca serum DBN ^{*)}					
7	Mg serum DBN ^{*)}					
8	Creatinin serum DBN ^{*)}					
9	Bikarbonat serum DBN ^{*)}					
10	BUN DBN ^{*)}					
11	pH urin DBN ^{*)}					
12	Kewaspadaan					
13	ketegangan otot					
14	Iritabilitas neuromuskular					
15	Tidak terdapat rasa geli pada ekstremitas					

^{*)} : DRH : dalam rentang yang diharapkan; DBN: dalam batas normal

2. Keseimbangan Cairan

Domain : Kesehatan Fisiologis

Kelas : Cairan dan Elektrolit

Skala : *Extremely compromised to Not compromised*

Definisi: Merupakan keseimbangan antara cairan intraseluler dengan cairan ekstraseluler tubuh

No	Indikator	1	2	3	4	5
1	Tekanan Darah DRH ^{*)}					
2	Tekanan vena sentral DRH ^{*)}					
3	Tidak terdapat hipotensi orthostatik					
4	Keseimbangan intake output 24 jam					
5	Tidak terdapat bunyi nafas tambahan					
6	Berat Badan stabil					
7	Tidak terdapat ascites					
8	Tidak terjadi distensi vena leher					
9	Tidak terdapat edema perifer					
10	Tidak terdapat <i>sunkey eye</i>					
11	Tidak terdapat kebingungan					
12	Tidak terdapat rasa haus abnormal					
13	Hidrasi kulit					
14	Kelembaban membran mukosa					
15	Elektrolit DBN ^{*)}					
16	Hematokrit DBN ^{*)}					
17	Berat jenis urin DBN ^{*)}					

^{*)} : DRH : dalam rentang yang diharapkan; DBN: dalam batas normal

NIC (*Nursing Intervention Classification*) pada pasien yang mengalami gangguan cairan elektrolit, darah adalah:

1. Manajemen Elektrolit

Definisi: Peningkatan keseimbangan elektroli dan pencegahan komplikasi dari tingkat elektrolit yang tidak normal/tidak diinginkan.	
No	Aktivitas
1	Monitor elektrolit serum abnormal, jika ada
2	Monitor manipestasi dari ketidakseimbangan elektrolit
3	Pertahankan kepatenan akses IV
4	Berikan cairan, sesuai dengan kebutuhan
5	Pertahankan pencatatav intake-output cairan secara akurat
6	Pertahankan kandungan elektrolit larutan IV dengan laju aliran yang konstan, secara tepat (sesuai dengan program)
7	Berikan suplemen elektrolit (misal lewat oral, GI, atau IV) sesuai dengan resep, jika diperlukan.
8	Konsultasikan dengan dokter untuk pemberian <i>electrolyt-sparing medication</i> (misal: <i>spiranolacton</i>) secara tepat.
9	Berikan zat pengikat elektrolit (misal <i>Kayexalate</i>) sesuai dengan yannbg diresepkan.
10	Lakukan pengiriman spesimen untuk analisis tingkat elektrolit di laboratorium (missal: AGB,urin, dan cairan setingkat serum)
11	Monitor adanya pengeluaran cairan yang mengandung banyak elektrolit (missal: <i>nasogastrik suction</i> , drainase fleostomi, diare, drainase luka, dan <i>diaphoresis</i> .)
12	Lakukan tindakan untuk mengontrol kahilangan cairan elektrolit yang berlebih. (mengistirahatkan usus, merubah jenis diuretik, pemberian antipiretik) secara tepat
13	Lakukan irigasi NGT dengan normal salin
14	Minimalisir jumlah kepingan es atau intake peroral yang dikonsumsi pasien dengan NGT yang terhubung dengan suction
15	Berikan diit yang tepat bagi pasien dengan ketidakseimbangan elektrolit (misal: tinggi potasium, rendah sodium, dan makanan rendah karbohidrat)
16	Tunjukkan kepada pasien dan keluarga tentang modifikasi diit spesifik, secara tepat
17	Sediakan lingkungan yang aman bagi pasien dengan gangguan neurologis atau neuromuskular sebagai manifestasi dari ketidakseimbangan elektrolit
18	Tingkatkan orientasi
19	Ajari keluarga mengenai jenis, penyebab dan pengobatan ketidakseimbangan elektrolit
20	Konsultasikan dengan dokter jika tanda dan gejala ketidakseimbangan elektrolit meningkat atau memburuk.
21	Monitor respon pasien untuk menentukan therapi elektrolit
22	Monitor efek samping pemebrian suplemen elektrolit (misal: iritasi gastrointestinal)
23	Monitor tingkat potassium serum pasien yang mendapatkan obat digitasli dan diuretic
24	Tempatkan monitor jantung, secara tepat
25	Tangani aritmia jantung, sesuai dengan kewenangan
26	Siapkan pasien untuk dialisis (misal: membantu menempatkan kateter untuk dialisis)

2. Majemen Elektrolit: Hiperkalsemia

Definisi: Peningkatan keseimbangan kalsium dan pencegahan komplikasi dari tingkat kalsium yang melebihi batas normal.	
No	Aktivitas
1	Monitor intake dan output
2	Monitor fungsi ginjal (misal: BUN dan Tingkat Creatinin), dengan tepat
3	Monitor adanya keracunan obat digitalis (misal: tingkat serum di atas rentang trapeutik; monitor frekuensi dan irama denyut jantung sebelum memberikannya, dan monitor efek samping yang ditimbulkan) dengan tepat.
4	Monitor kecenderungan tingkat kalsium (misal: kalsium terionisasi) jika ada
5	Monitor ketidakseimbangan elektrolit yang berhubungan dengan hiperkalsemia (misal: hipo atau hiperpospathemia, hiperkloremik asidosis, dan hipokalemia karena diuresis) secara tepat
6	Berikan obat yang telah diresepkan untuk mengurangi serum yang terionisasi kalsium (misal: fospat, sodium bikarbonat, dan glukokortikoid), dengan tepat
7	Berikan obat yang telah diresepkan untuk meningkatkan ekresi kalsium oleh ginjal (misal: Hidrasi dengan cairan IV normal salin, atau setengah normal salin dan diuretik) dengan tepat
8	Monitor cairan berlebih yang disebabkan terapi hidrasi(misal: BB harian; urin out put; distensi vena jugularis, suara paru-paru,dan tekanan atrium kanan) dengan tepat
9	Hindari pemberian vitamin D (misal: Calcifediol atau Ergocalciferol) yang memfasilitasi penyerapan kalsium oleh saluran pencernaan)
10	Anjurkan untuk mengurangi intake kaslium (misal:produk harian, sea food, kacang, brokoli, bayam, dan suplemen kalsium)
11	Hindari obat-obatan yang mencegah ekresi kalsium oleh ginjal (misal: lithium karbonat dan diuretic thiazid) dengan tepat
12	Monitor adanya pembentukan batu ginjal (misal: nyeri intermiten, mual, muntah, dan hematuria) akibat dsari akumulasi kalsium
13	Anjurkan untuk mengkonsumsi diet yang kaya dengan buah-buahan (misal: buah beri, prem, pudding) untuk meningkatkan aktivitas urin dan mengurangi resiko pembentukan batu ginjal
14	Monitor CNS sebagai manifestasi hiperkalsemia (misal: lethargi, depresi, hilang ingatan, sakit kepala, confusion, koma, perubahan kepribadian)
15	Monitor manifestasi hiperkalsemia terhadap neuromuscular (misal: kelemahan, tidak enak badan, paresthesia, nyeri otot, hypotonia, penurunan refleks tendon, dan koordinasi yang buruk)
16	Monitor manifestasi hiperkalsemia terhadap saluran pencernaan (misal: anoreksia, mujal, muntah, nyeri perut dan konstipasi)
17	Monitor manifestasi hiperkalsemia terhadap kardiovaskular (misal: pendeknya segmen ST dan interval QT, pemnajngan interval PR, bentuk gelombang T tajam, sinus bradikardi, heart block, hipertensi, dan cardiac arrest)
18	Mionitor penyebab kenaikan tingkat kalsium (misal: indikasi dehidrasi yang parah dan gagal ginjal)
19	Monitor pasien terhadap resiko peningkatan kalsium yang disebabkan oleh resorbsi tulang (misal: cidera spinal cord, tumor padat, transplantasi ginjal)
20	Berikan Indocin, Calcitonin, atau Mithracin, dengan tepat
21	Anjurkan mobilisasi untuk mencegah resorpsi kalsium oleh tulang
22	Tunjukkan kepada pasien/keluarga mengenai ukuran yang memerlukan pengobatan hiperkalsemia
23	Tunjukkan kepada pasien/keluarga dalam pengobatan untuk menghindari hipercalsemia (misal:antasida)
24	Monitor adanya hipokalsemia sebagai hasil dari pengobatan hiperkalsemia yang berlebihan

25	Monitor kemungkinan kembalinya hiperkalsemia 1 sampai 3 hari setelah penghentian pengobatan
26	Kirimkan specimen untuk analisis kalsium di laboratorium yang berhubungan dengan tingkat elektrolit (misal: ABG, urine, dan tingkat serum)

3. Pelaksanaan/Implementasi

Melakukan pemberian terapi intravena (infus) dan pemberian tranfusi darah

4. Evaluasi

Setelah dilakukan pemberian terapi intravena kebutuhan cairan dan elektrolit pasien terpenuhi


E. KEGIATAN PRAKTIKUM

Mahasiswa semester IV Akper YKY Yogyakarta dibagi menjadi 4 kelompok besar dengan 4 dosen pengampu matakuliah KMB I. Kegiatan praktikum meliputi demonstrasi, simulasi dan evaluasi dari masing – masing prasat keterampilan KMB I.

F. DAFTAR PUSTAKA

- Dochterman, JM, & Bulechek, GM, 2004, *Nursing Interventions Classification (NIC)* edisi 4 . (2004). St Louis: Mosby
- Haji, Bayu Seno. (2010). Hubungan Kompetensi Pada Aspek Keterampilan Pemasangan Infus dengan Angka Kejadian Flebitis di RSUD Banyudono Boyolali
- Guyton & Hall, 1997, *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran, Edisi 9*, Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta EGC
- Hidayat, Alimul Aziz.(2009). Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data. Jakarta. Salemba Medika
- Johnson M&Moorhead S, 2000, *Nursing Outcome Classification (NOC)* edisi 2, St Louis, Mosby
- Kozier, 2011, *Fundamentals of Nursing; Concepts, Process and Practice. Edisi 4*, Penerbit Buku Kedokteran, EGC Jakarta
- Mahyuni. (2010). *Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Perawat Pada Pemasangan Infus Berdasarkan Prosedur Tetap dengan Kejadian Infeksi Nosokomial Phlebitis.*
- Gilman, A.G., 2008, *Dasar Farmakologi Terapi*, diterjemahkan oleh Tim Alih Bahasa Sekolah Farmasi ITB, Edisi X, 877, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.
- Hidayat, Aziz Alimul, 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Surya Medika : Surabaya.
- Moorhead, S., Marion J., Meridean L. M., & Elizabeth S. (2008). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Fourth Edition*. USA: Mosby Elsevier.
- NANDA International, (2015). *Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2015 – 2017*, Penerbit Buku Kedokteran EGC Jakarta.
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Price, Sylvia Anderson (2005). *Pathophysiology : clinical concepts of disease processes*. Alih bahasa Brahm U Pendit dkk. Patofisiologi Konsep Klinis Proses Proses Penyakit. Edisi 6, Jkarta: EGC
- Sjamsuhidajat, R. dan De Jong W. 2005. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta: EGC
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2*, Alih Bahasa Kuncara, H.Y, dkk, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta

G. STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

 Akademi Keperawatan "YKY"	PEMASANGAN INFUS		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke :	Halaman :
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Diberlakukan Tanggal :	Ditetapkan Oleh Direktur Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep NIK. 1141 03 052	
Pengertian	Memasang infus adalah memasukkan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dalam jumlah banyak dan dalam waktu yang lama dengan menggunakan infus set.		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan atau menggantikan cairan tubuh yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein, lemak, dan kalori yang tidak dapat dipertahankan secara adekuat melalui oral 2. Memperbaiki keseimbangan asam basa 3. Memperbaiki volume komponen – komponen darah 4. Memberikan jalan masuk pemberian obat – obatan ke dalam tubuh 5. Memonitor tekanan vena sentral (CVP) 6. Memberikan nutrisi pada saat system pencernaan diistirahatkan 		
Kebijakan	Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan akibat patologis sistem perkemihan dan metabolik endokrin		
Prosedur	Persiapan Pasien : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan penjelasan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan dan tujuan tindakan 2. Mengatur psosisi tidur pasien (supinasi) 3. Menjaga lingkungan dan privasi pasien Persiapan Alat : Baki berisi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Cairan infus yang benar sesuai kebutuhan, perhatikan : Keutuhan kemasan, kejernihan, warna, nama, dan waktu kadaluarsa 2. Infus set/tranfusi set sesuai yang dibutuhkan, perhatikan, keutuhan kemasan dan waktu kadaluarsa 3. Intra Vena kateter sesuaikan ukuran 4. Desinfektan : alcohol 70 % dan Povidon iodine 10 % 5. Kapas alcohol atau kassa swap 6. Lidi kapas dan kasaa steril pada tempatnya 7. Tourniquet 8. Alat untuk fixasi : kassa steril, plester non alergik dan gunting 9. Pengalas 10. Bengkok dan galipot (kom kecil) 11. Jam tangan yang ada detikan 12. Kertas label 		

13. Alat pelindung diri : sarung tangan
14. Catatan kontrolan infuse
15. Tiang infuse
16. Alat tulis, form dokumentasi

Prosedur Kerja :

TAHAP PRA INTERAKSI

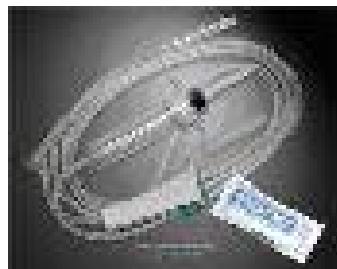
1. Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait
2. Alat disiapkan dengan lengkap
3. Alat didekatkan pada pasien
4. Cuci tangan dengan benar

TAHAP ORIENTASI

1. Salam terapeutik disampaikan dengan ramah
2. Identifikasi identitas pasien dengan benar*
3. Menanyakan nama, tanggal lahir, no Rekam medik dengan ramah
4. Tujuan tindakan disampaikan dengan benar
5. Sesuai dengan teori
6. Prosedur tindakan disampaikan dengan benar
7. Langkah tindakan disampaikan dengan singkat
8. Waktu yang diperlukan disampaikan
9. Beri kesempatan klien untuk bertanya
- 10. Privacy lingkungan pasien disiapkan**

TAHAP KERJA

1. Perawat mencuci tangan
2. mengatur posisi nyaman untuk klien
3. Memakai sarung tangan bersih
4. Menyetting cairan dengan set infus (perhatikan prinsip steril) dengan cara:
 - a. Periksa kejernihan, warna, dan jenis cairan serta waktu kadaluarsa dari cairan infusnya
 - b. Gantungkan cairan pada tiang infus yang sudah
 - c. disiapkan
 - d. Periksa set infus/tranfusi set sesuai order, periksa keutuhan pembungkus (sterilitas), waktu kadaluarsa



Gambar. Set infus

- e. Tempatkan klem rol kurang lebih 2 – 5 cm dibawah ruang drip dan gerakkan klem rol pada posisi off.
- f. *Alirkan cairan dengan membuka klem dan pastikan slang infus bebas dari udara sampai keujung jarum, baru tutup jarum dibuka (untuk menyakinkan agar udara tidak ada sampai ke ujung jarum).**
- g. Klem ditutup kembali, gantung slang infus pada tiang

infuse

5. Menentukan tempat penusukan
6. Memasang pengalas dibawah tempat yang akan ditusuk
7. Memasang tourniquet 10 – 15 cm arah prosimal dari area yang akan ditusuk,
8. Memastikan Vena tampak dengan jelas b/p raba Vena yang akan ditusuk, gunakan tempat paling distal pada lengan non dominan bila mungkin, potong rambut dengan gunting bila perlu. (jangan mencukur area. Pencukuran dapat menyebabkan abrasi mikro dan mempredisposisikan infeksi.)
Membantu distensi Vena dengan cara :
 - a. Mengurut ektrimitas dari distal ke proksimal dibawah tempat pungsi Vena yang dituju
 - b. Minta klien menggenggam dan membuka genggamannya secara bergantian
 - c. Ketuk ringan diatas Vena
 - d. Berikan kompres hangat pada ektrimitas selama beberapa menit (misal dengan waslap hangat)
9. Melakukan desinfeksi pada area yang akan ditusuk menggunakan :
 - a. Lidi kapas alcohol 70% dengan gerakan melingkar dari arah dalam keluar sampai area seluas 5 cm.
 - b. Lidi kapas Providon iodine 10% dengan gerakan melingkar dari arah dalam keluar sampai area seluas 5 cm, ditunggu 2 sampai 3 menit.
 - c. Lidi kapas alcohol 70% dengan gerakan melingkar dari arah dalam keluar sampai area seluas 5 cm, ditunggu sampai kering.



10. Menusukkan jarum IV kateter ke dalam Vena yang telah ditentukan, dengan cara :
 - a. Buka tutup jarum, pegang jarum dengan posisi 10-10° sejajar Vena, benjol menghadap keatas tusuk vena perlahan dan pasti. Jika jarum dapat mengenai vena, darah akan masuk melalui lubang jarum.



Gambar No 10.a dan b


- b. Rendahkan posisi jarum sejajar kulit, dorong sedikit jarum (untuk memastikan bahwa IV kateter sudah masuk ke pembuluh darah) tarik mandrin sedikit, lalu dorong jarum masuk ke dalam vena.*
- c. Lepaskan tourniquet, lepaskan mandarin dari IV line lalu hubungan slang infus dengan IV line yang telah dipasang, tidak boleh ada udara dalam slang, kemudian aliskan cairan infus dengan membuka klem pada slang infus.*



Gambar No 10.c

- 11. Memberikan providon iodine 10% pada kulit tempat insersi, dikeringkan menggunakan kassa steril dan ditutup menggunakan kassa steril
- 12. Melakukan fiksasi IV kateter sedemikian rupa menggunakan plaster atau heparix, dengan sebelumnya tutup luka tusuk menggunakan kassa steril.

Unit Terkait	Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, unit penunjang
--------------	--

 Akademi Keperawatan “YKY”	PENGKAJIAN FLEBITIS		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke :	Halaman :
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Diberlakukan Tanggal :	Ditetapkan Oleh Direktur Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep NIK. 1141 03 052	
Pengertian	Flebitis adalah suatu kejadian peradangan pada vena yang terpasang infus karena infeksi oleh mikroorganisme selama perawatan di rumah sakit.		
Tujuan	Mencegah terjadinya infeksi pada saat pemasangan infuse Meningkatkan mutu pelayanan pada pasien rawat inap		
Kebijakan	Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan akibat patologis sistem perkemihan dan metabolik endokrin		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> a. Baca catatan keperawatan mengenai pasien b. Cuci tangan c. Persiapan alat 2. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan salam, panggil klien dengan namanya b. Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan klien dan keluarga 3. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> a. Cuci tangan sebelum tindakan b. Mengkaji balutan dan area sekitar infus apakah ada tanda – tanda infeksi <ul style="list-style-type: none"> - Rubor (Hyperemia) Kemerahan atau rubor biasanya merupakan kejadian pertama yang ditemukan didaerah yang mengalami peradangan. Pada reaksi peradangan arteriola yang mensuplai darah tersebut mengalami pelebaran sehingga darah yang mengalir ke mikrosirkulasi lokal lebih banyak. - Kalor (Hipertermi) Kalor terjadi bersamaan dengan kemerahan pada reaksi peradangan. Daerah sekitar peradangan menjadi lebih panas, karena darah yang disalurkan ke daerah tersebut lebih besar dibandingkan daerah lainnya yang normal. - Tumor (Oedem) Pembengkakan lokal terjadi karena pengiriman cairan dan sel-sel dari sirkulasi ke jaringan intrerstitiel, campuran antara sel yang tertimbun didaerah peradangan disebut eksudat. Pada keadaan ini reaksi peradangan eksudatnya adalah cairan (Mustofa 2007). - Nyeri (Dolor) Rasa nyeri pada daerah peradangan dapat disebabkan oleh perubahan pH lokal ataupun konsentrasi ion-ion tertentu yang merangsang ujung saraf selain itu juga pembengkakan yang terjadi dapat juga menyebabkan peningkatan tekanan lokal yang dapat merangsang sakit. - Fungsi laesa Peruban fungsi yang disebabkan Karena adanya flebitis 		

	<p>c. Jika ada tanda – tanda infeksi Tentukan skala flebitis menurut (Intgravenous Nurses Society dalam Mustofa 2007), keparahan flebitis di identifikasi sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala 0 : Tidak nyeri, tidak kemerahan, tidak edema, tidak hangat dan tidak terjadi pembengkakan lokal - Skala 1: Terasa nyeri, kemerahan, tidak hangat, tidak terjadi pembengkakan lokal dan mungkin bisa terjadi edema atau tidak terjadi edema. - Skala 2: Terasa nyeri, kemerahan, hangat, tidak terjadi pembengkakan lokal dan mungkin bisa terjadi edema atau tidak terjadi edema - Skala 3 : Terasa nyeri, kemerahan, hangat, terjadi pembengkakan lokal dan mungkin bisa terjadi edema atau tidak edema. <p>Skala Baxter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala 0 : Tidak ada nyeri, tidak ada eritema, tidak ada indurasi, tidak ada pembengkakan lokal - Skala 1 : Nyeri, eritema tidak ada indurasi, tidak ada pembengkakan lokal tidak demam Skala 2 : Nyeri dengan eritema, tidak ada indurasi tidak ada pembengkakan lokal - Skala 3 : Nyeri dengan eritema, demam, indurasi atau pembengkakan lokal kurang dari 3 cm disekitar tempat penusukan - Skala 4 : Nyeri, eritema ,demam indurasi atau pembengkakan lokal lebih dari 3 cm - Skala 5 : Adanya trombosis dan ditemukan 4 tanda diatas, tetapi intravena harus dilepas dan diganti tempat penusukan <p>d. Cuci tangan Cuci tangan 6 langkah setelah melakukan pengkajian flebitis</p>
Unit Terkait	Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, unit penunjang

H. LEMBAR OBSERVASI



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN YKY

LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan akibat patologis sistem perkemihan metabolik dan endokrin

Tindakan : Melaksanakan Pemberian Terapi Intravena (Memasang Infus)

Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
TAHAP PRA INTERAKSI					
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
TAHAP ORIENTASI					
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Identifikasi identitas pasien dengan benar*				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan dengan tepat				
10	Beri kesempatan pasien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
TAHAP KERJA					
12	Posisi semi fowler atau supine diberikan				
13	Lengan pasien dibebaskan dari lengan baju				
14	Pengalas diletakkan dibawah lengan pasien.				
15	Tornikuet dipasang 5-15 cm di atas tempat tusukkan				
16	Sarung tangan dipakai dengan benar				
17	Set infus dikeluarkan dari kemasan dan atur posisi klem 10-15 cm di bawah tabung reservoir dan selang infus diklem *)				
18	Cairan infus dihubungkan dengan infus set dengan mempertahankan sterilitas dan menggantungkan.				
19	Tabung reservoir diisi dengan tepat *)				
20	Cairan infus dialirkan sehingga tidak ada udara didalamnya dengan tetap menjaga sterilitas *).				
21	Selang infus diklem sampai infus tidak menetes dan pertahankan kesterilan				
22	Tournikuet / manset dikencangkan				
23	Pasien dianjurkan untuk mengempal dan membukanya beberapa kali, palpasi dan pastikan vena yang akan ditusuk				
24	Kulit area tusukan didesinfeksi sesuai prinsip aseptik				
25	Jarum diinsersikan sesuai prosedur				
26	IV kateter disambungkan dengan ujung selang infus				
27	Tournikuet dilepas				
28	Klem infus dibuka dan pastikan cairan infus mengalir lancar				
29	Antiseptik dioleskan di atas penusukan, kemudian ditutup dengan kassa steril				

30	Fiksasi posisi plastik IV kateter dengan plester				
31	Atur tetesan infus sesuai sesuai program*)				
32	Pasang stiker yang sudah diberi keterangan waktu dan tetesan .				
33	Lepas sarung tangan dengan benar				
TAHAP TERMINASI					
34	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
35	Pasien dirapikan dengan baik				
36	Berikan edukasi terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
37	Alat-Alat dibersihkan dengan rapi				
38	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
39	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
40	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
PENDOKUMENTASIAN					
41	Dokumentasi ditulis dengan benar				
Jumlah					

(*) Merupakan kritikal point yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua kritikal point dilakukan

Belum Kompeten : Nilai $< 75\%$ / $\geq 75\%$ kritikal point tidak dilakukan

Nilai = $\frac{\text{Jumlah kompeten}}{41} \times 100\% = \quad \%$

Yogyakarta,20...

Penguji

Hasil: K / BK

(.....)



LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan akibat patologis sistem perkemihan metabolik dan endokrin

Tindakan : Melaksanakan Pelepasan Infus

Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
TAHAP PRA INTERAKSI					
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
TAHAP ORIENTASI					
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Identifikasi identitas pasien dengan benar*				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan dengan tepat				
10	Beri kesempatan pasien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
TAHAP KERJA					
12	Gunakan sarung tangan				
13	Buka balutan infus dengan benar				
14	Tarik abocat infus dengan benar				
15	Anjurkan pasien untuk relaksasi nafas dalam				
16	Lakukan penekanan pada bekas tusukan infus				
17	Bersihkan area tusukan infuse				
18	Lakukan penutupan area tusukan infuse dengan kasa				
19	Lakukan fiksasi dengan benar				
20	Buka sarung tangan				
TAHAP TERMINASI					
21	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
22	Pasien dirapikan dengan baik				
23	Berikan edukasi terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
24	Alat-Alat dibersihkan dengan rapi				
25	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
26	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
27	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
PENDOKUMENTASIAN					
28	Dokumentasi ditulis dengan benar				
Jumlah					

(* Merupakan kritikal point yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: ≥ 75% dan semua kritikal point dilakukan

Belum Kompeten : Nilai < 75% / ≥ 75 % kritikal point tidak dilakukan

Nilai = $\frac{\text{Jumlah kompeten}}{28} \times 100\% = \text{ \%}$

Hasil: K / BK

Yogyakarta, 20...

Penguji

(.....)



LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan akibat patologis sistem perkemihan metabolik dan endokrin
 Tindakan : Melaksanakan Pengkajian Flebitis
 Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
TAHAP PRA INTERAKSI					
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
TAHAP ORIENTASI					
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Identifikasi identitas pasien dengan benar*				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan dengan tepat				
10	Beri kesempatan pasien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
TAHAP KERJA					
12	Gunakan sarung tangan				
13	Buka balutan infus				
14	Kaji adanya tanda – tanda infeksi pada area tusukan infuse				
15	Rapikan balutan infus				
16	Buka sarung tangan				
TAHAP TERMINASI					
17	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
18	Pasien dirapikan dengan baik				
19	Berikan edukasi terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
20	Alat-Alat dibereskan dengan rapi				
21	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
22	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
23	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
PENDOKUMENTASIAN					
24	Dokumentasi ditulis dengan benar				
Jumlah					

(* Merupakan kritikal point yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: ≥ 75% dan semua kritikal point dilakukan

Belum Kompeten : Nilai < 75% / ≥ 75 % kritikal point tidak dilakukan

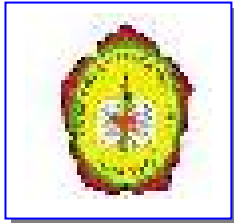
Nilai = $\frac{\text{Jumlah kompeten}}{24} \times 100\% = \quad \%$

Yogyakarta, 20...

Penguji

Hasil: K / BK

(.....)



MODUL

PEMASANGAN KATETER, PELEPASAN KATETER DAN BLADER TRAINING

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

a. Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan.

b. Tujuan Khusus:

Mahasiswa mampu:

1. Mampu melakukan pemasangan kateter
2. Mampu melakukan pelepasan kateter
3. Mampu mengajarkan bladder tigggi
4. Mampu menyelesaikan masalah etik dengan pengambilan keputusan etik

B. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan selama 2 x 100 menit praktikum dan 2 x 70 menit mandiri

C. POKOK BAHASAN

Perawatan dan pemasangan kateter

D. MATERI

a. Perawatan dan Pemasangan Kateter

a. Pengertian

Merupakan suatu tindakan memasukkan pipa (kateter) ke dalam kandung kemih melalui uretra untuk mengeluarkan air seni atau urin. Kateter adalah pipa yang terbuat dari bahan karet atau plastik, metal, woven silk dan silicon. Kateterisasi urine adalah tindakan memasukkan selang kateter ke dalam kandung kemih melalui uretra untuk mengeluarkan urin.

b. Tujuan

- 2) Untuk mengatasi segera masalah distensi kandung kemih
- 3) Untuk pengumpulan specimen urin
- 4) Untuk mengukur residu urine setelah miksi di kandung kemih
- 5) Untuk mengosongkan kandung kemih sebelum dan selama pembedahan

c. Indikasi

Pemasangan kateter uretra dilakukan pada :

1. Retensi urin
2. Pada pasien yang kesulitan menahan b.a.k akibat gangguan neurologis yang menyebabkan kelumpuhan atau hilangnya sensasi untuk buang air kecil
3. Pada pasien dalam kondisi kritis yang harus diukur secara akurat output urinnnya
4. Pada pasien perioperatif yang akan menjalani prosedur bedah tertentu
5. Tindakan operatif yang diperkirakan durasi waktunya lama
6. Pemantauan output urine intra operatif
7. Pasien yang mengalami inkontinensia urin
8. Pasien yang memerlukan imobilisasi nerkepanjangan
9. Pasien yang harus dilakukan irigasi kandung kemih

d. Kontra Indikasi

Kontraindikasi pemasangan kateter uretra

i. Prostatitis akut.

Adanya peradangan pada prostat menyebabkan uretra menyempit, apabila dilakukan pemasangan kateter uretra dapat menyebabkan terjadinya laserasi pada prostat

- ii. Diduga ada trauma uretra
Pemasangan kateter uretra pada pasien yang diduga mengalami trauma uretra seperti striktur uretra dapat menyebabkan terjadinya kerusakan struktur uretra dan perdarahan
- e. Tipe dan Jenis Kateter
 - 1) Berdasarkan jangka waktu pemasangannya
 - a) Kateter sementara
Dengan kateter sementara menggunakan satu lumen dan hanya memerlukan waktu 5-10 menit untuk mengosongkan kandung kemih. Penggunaan kateter sementara dapat diulangi penggunaannya tetapi penggunaan yang terus menerus akan meningkatkan resiko infeksi dan trauma pada urethra. Indikasi pemasangan kateter sementara :
 - Mengurangi ketidaknyamanan pada distensi vesika urinaria
 - Pengambilan urin residu setelah pengosongan vesika urinaria
 - b) Kateter tetap
Pemasangan kateter tetap untuk jangka waktu yang lama dapat digunakan sesuai dengan kebutuhan. Akan lebih baik jika kateter diganti secara teratur sesuai dengan batas waktu pemasangan dari setiap jenis kateter. Kateter tetap ada yang mempunyai 2 lumen atau tiga lumen. Lumen pertama adalah untuk pengeluaran urine. Lumen kedua untuk memasukkan cairan steril untuk fiksasi kateter. Lumen ketiga adalah untuk memasukkan cairan atau obat ke dalam vesika urinaria.
 - Kateter tetap jangka pendek
Digunakan antara lain pada :
 - 1) Pembedahan untuk memperbaiki organ perkemihan
 - 2) Preventif perdarahan pada obstruksi uretra
 - 3) Untuk memantau output urin
 - 4) Irigasi vesika urinaria
 - Kateter tetap jangka panjang
Dilakukan :
 - 1) Retensi urin pada pasien dengan proses penyembuhan ISK/UTI
 - 2) Pasien dengan skin rash, ulcer dan luka yang iritatif apabila kontak dengan urin
 - 3) Pasien dengan penyakit terminal
 - 2) Berdasarkan bahan pembuatnya
Kateter uretra bisa terbuat dari logam, karet atau silikon. Berbagai bentuk kateter dibuat, dan umumnya dinamai sesuai dengan pembuatnya, seperti kateter Nelaton, Tiemann, de Pezzer, Malecot dan Foley. Saat ini yang paling populer dan mudah didapat adalah kateter Foley. Selain mudah ditemui, keunggulan kateter Foley adalah merupakan kateter menetap (indwelling catheter=self retaining), tidak iritatif, tersedia dalam berbagai ukuran dan ada yang cabang tiga (three way catheter). Kateter Foley dapat dipasang menetap karena terdapat balon yang dapat dikembangkan sesudah kateter berada dalam buli-buli melalui pangkal kateter. Jenis kateter dan penggunaannya sebagai berikut :
 - a) Kateter plastik : digunakan sementara karena lebih mudah rusak dan tidak fleksibel
 - b) Kateter latex/karet : digunakan untuk pemakaian dalam jangka waktu sedang (kurang dari 3 minggu)
 - c) Kateter silikon murni : untuk penggunaan jangka waktu 2 – 3 bulan karena bahan lebih lentur pada meatus uretra
 - d) Kateter PVC : dapat digunakan 4 – 6 minggu, bahan lembut, tidak panas dan nyaman bagi uretra, harga mahal
 - e) Kateter logam : digunakan untuk pemakaian sementara biasanya untuk mengosongkan kandung kemih pada ibu yang melahirkan
 - 3) Berdasarkan ukurannya
Ukuran pada kateter uretra menunjuk pada diameter luar, bukan lumennya. Pada bungkus kateter dan pangkal kateter selalu tercetak ukuran diameter kateter dan jumlah cairan yang diizinkan untuk dimasukkan dalam balon kateter. Ukuran

diameter luar kateter ditulis dalam satuan Ch = Cheriére atau F/Fr = French (bukan Foley), dimana 1 Ch / 1 F sama dengan 0.33 milimeter; atau dengan kata lain 1 milimeter sama dengan 3 Ch atau 3 F. Pada orang dewasa Indonesia biasanya dipasang kateter no 16 atau 18.

Ukuran kateter :

- Anak : 8 – 10 French (Fr)
- Wanita : 14 – 16 French (Fr)
- Pria : 16 – 18 French (Fr)



Gambar 1. Kateter

f. Kegunaan

1. Tindakan kateterisasi untuk tujuan pemeriksaan diagnosis
 - a) Memperoleh contoh urin pada wanita guna pemeriksaan kultur urin.
 - b) Mengukur residual urin pada pembesaran prostat
 - c) Memasukkan bahan kontras pemeriksaan seperti pada sistogram
 - d) Mengukur tekanan tekanan buli-buli seperti pada sindrom kompartemen abdomen
 - e) Untuk mengukur produksi urin yang merupakan cerminan keadaan perfusi ginjal pada penderita shock
 - f) Mengetahui perbaikan atau perburukan pada trauma ginjal dari urin yang bertambah merah atau jernih yang keluar dari kateter
2. Tindakan kateterisasi untuk tujuan terapi
 - a) Mengeluarkan urin pada retensio urin
 - b) Membilas / irigasi buli-buli setelah operasi batu buli-buli, tumor buli atau prostat
 - c) Sebagai splint setelah operasi uretra seperti pada hipospadia
 - d) Untuk memasukkan obat ke buli-buli, misalnya pada carcinoma buli-buli

g. Komplikasi

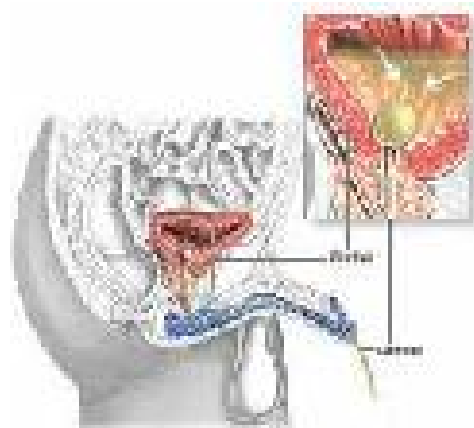
1. Bila pemasangan dilakukan tidak hati-hati bisa menyebabkan luka dan perdarahan uretra yang berakhir dengan striktur uretra seumur hidup
2. Balon yang dikembangkan sebelum memasuki buli-buli juga dapat menimbulkan luka pada uretra. Karenanya, balon dikembangkan bila yakin balon akan mengembang dalam buli-buli dengan mendorong kateter sampai ke pangkalnya
3. Infeksi uretra dan buli-buli
4. Nekrosis uretra bila ukuran kateter terlalu besar atau fiksasi yang keliru
5. Merupakan inti pembentukan batu buli-buli
6. Pada penderita tidak sadar, kateter dengan balon terkembang bisa dicabut yang berakibat perdarahan dan melukai uretra. Kateter tidak bisa dicabut karena saluran pengembang balon tersumbat

h. Perawatan Kateter Menetap

Kateter merupakan benda asing pada uretra dan kandung kemih, bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan komplikasi serius. Hal-hal yang perlu diperhatikan untuk merawat kateter menetap :

1. Banyak minum, urin cukup sehingga tidak terjadi kotoran yang bisa mengendap dalam kateter
2. Mengosongkan urine bag secara teratur

3. Tidak mengangkat urine bag lebih tinggi dari tubuh penderita agar urin tidak mengalir kembali ke buli-buli
4. Membersihkan darah, nanah, sekret periuretra dan mengolesi kateter dengan antiseptik secara berkala
5. Ganti kateter tiap 5 hari



Gambar 2. Kateter pada pria dan wanita

i. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan terpasang Kateter

1. Pengkajian

- a) Riwayat Keperawatan
 - 1) Pola berkemih
 - 2) Gejala dari perubahan berkemih
 - 3) Faktor yang mempengaruhi berkemih
- b) Faktor – faktor yang mempengaruhi eliminasi urin
 - 1) Pertumbuhan dan perkembangan
 - 2) Sosiokultural
 - 3) Psikologis
 - 4) Kebiasaan seseorang
 - 5) Tonus otot
 - 6) Intake cairan dan makanan
 - 7) Kondisi penyakit
 - 8) Pembedahan
 - 9) Pengobatan
- c) Perubahan Pola Kemih
 - 1) Frekuensi
 - 2) Urgensi
 - 3) Disuria
 - 4) Poliuria
 - 5) Urinary supression
- d) Pemeriksaan Fisik
 - 1) Abdomen
Pembesaran, pelebaran pembuluh darah vena, distensi kandung kemih, pembesaran ginjal, nyeri tekan, tenderness, bising usus.
 - 2) Genitalia Wanita
Inflamasi nodul, lesi, adanya secret dari meatus, dan keadaan atrofi jaringan vagina, kebersihan
 - 3) Genitalia Laki – laki
Kebersihan, adanya lesi, tenderness, dan adanya pembesaran skrotum.
- e) Intake dan output cairan
 - 1) Kaji intake dan output cairan dalam sehari (24 jam)
 - 2) Kebiasaan minum di rumah
 - 3) Intake, cairan infuse, oral, makanan, NGT
 - 4) Kaji perubahan volume urin untuk mengetahui ketidakseimbangan cairan
 - 5) Output urin, kantong urin, drainase, ureterostomi, sistostomi
 - 6) Karakteristik urin, warna, kejernihan, bau dan kepekatan

- f) Pemeriksaan Diagnostik
- 1) Pemeriksaan urin (urinalisis)
 - Warna (N : jernih kekuningan)
 - Penampilan (N : jernih)
 - Bau (N : beraroma)
 - pH (N : 4,5 – 8,0)
 - Berat jenis (N : ,005 – 1, 030)
 - Glukosa (N : negatif)
 - Keton (N : negatif)
 - 2) Kultur urin (N : kuman pathogen negatif)

2. Diagnosa Keperawatan

a) **Inkontinensia Urinarius Fungsional**

Definisi : ketidakmampuan individu yang biasanya kontinen untuk mencapai toilet tepat waktu untuk menghindari kehilangan urin tanpa di sengaja.

Faktor yang berhubungan :

- Faktor lingkungan yang berubah
- Gangguan kognisi
- Gangguan penglihatan
- Keterbatasan neuromuscular
- Faktor psikologis
- Kelemahan struktur panggul pendukung

b) **Gangguan Eliminasi Urin**

Definisi : disfungsi pada eliminasi urin

Faktor yang berhubungan :

- Obstruksi anatomic
- Penyebab multiple
- Gangguan sensorik motorik
- Infeksi saluran kemih

c) **Retensi Urin**

Definisi : pengosongan kandung kemih yang tidak komplit

Faktor yang berhubungan :

- Hambatan
- Tekanan ureter tinggi
- Inhibisi arkus reflex
- Sfingter kuat

d) **Resiko Inkontinesia Urin**

Definisi : beresiko terhadap pengeluaran urin involunter yang di kaitkan dengan sensasi dorongan berkemih yang kuat dan tiba – tiba.

Faktor risiko :

- Efek alcohol
- Efek kafein
- Efek obat
- Hiperfleksi detrusor
- Gangguan kontraktilitas kandung kemih
- Relaksasi sfingter involunter
- Kebiasaan toileting yang tidak efektif
- Kapasitas kandung kemih kecil

e) **Inkontinensia urin stress**

Definisi : rembesan urin tiba – tiba karena aktivitas yang meningkatkan tekanan intra abdomen.

Faktor yang berhubungan :

- Perubahan degeneratif pada otot – otot pelvic
- Tekanan intra abdominal tinggi
- Defisiensi sfingter uretra intrinsic
- Kelemahan otot pelvic

3. Perencanaan / Intervensi

a. Inkontinensia urin fungsional b/d factor lingkungan yang berubah

NOC :

- *Self Care : Toileting*

Indikator :

- Respon kandung kemih penuh tepat waktu
- Tampak keluar dan masuk kamar mandi
- Mengganti pakaian
- Ke toilet saat ingin berkemih

- *Urinary Continence*

Indikator :

- Menyatakan keinginan untuk mengeluarkan berkemih
- Keinginan untuk mengeluarkan (berkemih) terjaga / dapat merasa saat ingin berkemih
- Respon kandung kemih penuh terjaga
- Pengeluaran > 150 cc setiap berkemih
- Masukan cairan adekuat

NIC :

- *Self – care assistance : toileting*

Aktivitas :

- Pertimbangkan budaya pasien saat mempromosikan kegiatan perawatan diri
- Ganti pakaian untuk mempermudah eliminasi
- Bantu pasien untuk toileting
- Jaga privasi selama eliminasi
- Fasilitasi untuk kebersihan kamar mandi setelah digunakan\
- Membersihkan alat yang digunakan setelah melakukan eliminasi
- Menganjurkan pasien untuk rutin ke kamar mandi
- Monitor integritas kulit pasien

- *Urinary incontinence care*

Aktivitas :

- Identifikasi multifactor penyebab inkontinensia
- Jaga privasi selama eliminasi berlangsung
- Jelaskan penyebab, masalah dan aktivitas tindakan yang dilakukan
- Monitor eliminasi urin, frekuensi, bau, warna dan jumlah
- Diskusikan prosedur dan tujuanyang akan dicapai kepada pasien
- Bantu pasien mengungkapkan perasaan
- Modifikasi pakainan dan lingkungan untuk mempermudah akses untuk toileting
- Bersihkan area genital secara rutin
- Instruksikan kepada pasien untuk minum > 1500 cc
- Batasi asupan yang dapat mengakibatkan iritasi kandung kemih

b. Gangguan eliminasi urin b/d penyebab multiple

NOC :

- *Urinary Continence*

Aktivitas :

- Menyatakan keinginan untuk mengeluarkan (berkemih)
- Keinginan untuk mengeluarkan (berkemih) terjaga / dapat merasakan saat ingin berkemih
- Respon kandung kemih penuh terjaga
- Pengeluaran > 150 cc setiap berkemih
- Masukan cairan adekuat

NIC :

- *Urinary Elimination*

Indikator :

- Monitor eliminasi urin, frekuensi, bau, warna, jumlah urin
- Monitor adanya tanda dan gejala retensi urin

- Identifikasi factor penyebab inkontinensia
- Ajarkan pada klien mengenai tanda dan gejala infeksi saluran perkemihan
- Catat pengeluaran urin terakhir
- Bantu pasien untuk dapat mengembangkan toileting secara rutin
- Ajarkan kepada klien untuk minum 8 gelas per hari baik pada saat makan, antara makan dan malam hari
- Kirim ke dokter jika terdapat tanda dan gejala infeksi saluran kemih

c. Retensi urin b/d hambatan

NOC :

- *Symptom Severity*

Indikator :

- Intensitas gejala
- Frekuensi gejala
- Keseringan gejala
- Ketidaknyamanan
- Kegelisahan
- Ketakutan
- Kecemasan
- Kerusakan mobilitas fisik
- Kerusakan harga diri
- Kerusakan mood

- *Urinary Elimination*

Indikator :

- Pola eliminasi
- Bau urin
- Jumlah urin
- Warna urin
- Kejernihan urin
- Asupan cairan
- Pengosongan kandung kemih secara sempurna

NIC :

- *Urine Retention Care*

Activities :

- Kaji inkontinensia urin secara komprehensif
- Monitor penyebab
- Jaga privasi klien
- Rangsang refleks kandung kemih
- Fasilitasi / sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih
- Monitor intake dan output
- Monitor derajat distensi kandung kemih dengan teknik palpasi dan perkusi
- Mendampingi toileting klien, jika perlu
- Lakukan kateterisasi urin

- *Urine Catheterization*

- Jelaskan prosedur tindakan kateter urin
- Siapkan alat – alat pemasangan kateter dengan lengkap
- Gunakan teknik aseptik
- Gunakan ukuran kateter yang kecil
- Hubungkan selang kateter dengan urine bag
- Monitor intake dan output
- Ajari klien mengenai kebersihan kateter, jika perlu

4. Pelaksanaan / Implementasi

Melaksanakan pemasangan kateter pada pasien pria dan wanita

5. Evaluasi

Evaluasi akan memuat data berisi :

- a) Tanggal dan jam pemasangan kateter
- b) Tipe dan ukuran kateter
- c) Jumlah urin
- d) Respon pasien terhadap prosedur
- e) Deskripsi urin


E. KEGIATAN PRAKTIKUM

Mahasiswa semester IV Akper YKY Yogyakarta dibagi menjadi 4 kelompok besar dengan 4 dosen pengampu matakuliah KMB I. Kegiatan praktikum meliputi demonstrasi, simulasi dan evaluasi dari masing – masing prasat keterampilan KMB I.

F. DAFTAR PUSTAKA

- Ellis, J.R. et.al., 1996, *Modul for Basic Nursing Skills*, Lippincott, Philadelphia.
- Dochterman, Joanne, M & Bulechek, Gloria M, 2004, *Nursing Intervention Classification (NIC) Fifth Edition*, Mosby Elsevier, St. Louis, Missouri.
- Moorhead, Soe, et.al., 2004, *Nursing Outcomes Classification (NOC) Fourth Edition*, Mosby Elsevier, St. Louis, Missouri.
- NANDA International, (2015). *Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2015 – 2017*, Penerbit Buku Kedokteran EGC Jakarta.
- Nettina, S,M., 1996, *Manual of Nursing Practice*, Lippincott, Philadelphia.
- Perry, P., 1993, *Fundamental of Nursing*, CV, Mosby Company, St. Louis, Missouri.
- Tarwoto dan Wartonah, 2010, *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan* Ed.4, Salemba Medika, Jakarta
- NANDA International, (2015). *Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2015 – 2017*, Penerbit Buku Kedokteran EGC Jakarta.
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Prasetyo, S. N. (2010). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Graha Ilmu. Yogyakarta
- Priharjo, R. 2003. *Perawatan nyeri*. Jakarta: EGC
- Price, Sylvia Anderson (2005). *Pathophysiology : clinical concepts of disease processes*. Alih bahasa Brahm U Pendit dkk. Patofisiologi Konsep Klinis Proses Penyakit. Edisi 6, Jkarta: EGC
- Sjamsuhidajat, R. dan De Jong W. 2005. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta: EGC
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Edisi 8 Volume 2, Alih Bahasa Kuncara, H.Y, dkk, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta

G. STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

 Akademi Keperawatan “YKY”	PEMASANGAN KATETER		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke :	Halaman :
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Diberlakukan Tanggal :	Ditetapkan Oleh Direktur Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep NIK. 1141 03 052	
Pengertian	Memasang kateter dalam saluran perkemihan, kateter digunakan untuk drainage urin dan bladder atau untuk memasukkan cairan ke dalam baldder		
Tujuan	a. Memasukkan kateter urin dengan menggunakan teknik steril yang benar b. Mempersiapkan, mempertahankan dan menghentikan drainage urine saat diperlukan c. Menghilangkan keidaknyamanan karena distensi kandung kemih d. Mendapatkan urin steril untuk specimen e. Pengkajian residu urin f. Penatalaksanaan pasien yang dirawat karena trauma medulla spinalis, gangguan neuromuskular, inkompeten kandung kemih dan pasca operasi g. Mengatasi obstruksi aliran urin h. Mengatasi retensi perkemihan		
Kebijakan	Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis system perkemihan, metabolik dan endokrin : Pemasangan Kateter Uretra		
Prosedur	<p>Persiapan</p> 1. Alat disiapkan dengan lengkap : <ol style="list-style-type: none"> Pilih tipe dan ukuran kateter Urin bag Sarung tangan steril Bak instrument steril, berisi : pinset, kom, kassa, duk, gunting Betadine / cairan desinfektan Jelly Spuit 20 cc Aquades Kapas cebok / tissue Perlak pengalas Bengkok 2. Perawat : Mencuci tangan 3. Pasien : pemberitahuan kepada pasien		
	<p>Prosedur : TAHAP PRA INTERAKSI</p> 1. Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait 2. Alat disiapkan dengan lengkap 3. Alat didekatkan pada pasien 4. Cuci tangan dengan 6 langkah benar		

TAHAP ORIENTASI

1. Salam terapeutik disampaikan dengan ramah
2. Klarifikasi nama pasien dengan benar*
3. Menanyakan nama pasien dengan ramah
4. Tujuan tindakan disampaikan dengan benar
5. Prosedur tindakan disampaikan dengan benar
6. Langkah tindakan disampaikan dengan singkat
7. Waktu yang diperlukan disampaikan
8. Beri kesempatan klien untuk bertanya
9. Privacy lingkungan pasien disiapkan

TAHAP KERJA

1. Menyambungkan urin bag dengan kateter
2. Mengecek balon kateter
3. Mengatur posisi klien, laki – laki posisi supinasi, untuk perempuan dorsal recumbent
4. Memberi pengalas pada bokong klien
5. Mendekatkan alat – alat
6. Memakai sarung tangan steril
7. Menggunakan tangan non dominan untuk mengekspos meatus
8. Melakukan desinfeksi : gunakan kapas desinfektan dengan pinset secara aseptis
9. Melakukan penis hygiene dengan gerakan sirkuler atau vulve hygiene bagi perempuan
10. Menjauhkan kapas bekas dan bengkok dari area steril
11. Menutup genital dengan duk lubang
12. Menggunakan tangan non dominan memegang penis atau membuka vulva
13. Memasukkan jelly ke dalam uretra bagi laki – laki atau mengoles jelly pada kateter pada wanita
14. Memasukkan kateter 6 – 9 inchi pada laki – laki dengan memegang penis 45 derajat sampai urin keluar atau
15. Memasukkan kateter 2 – 3 inchi dan menambahkan 2,5 cm pada wanita
16. Mengisi balon dengan air steril sejumlah dengan yang tertera pada kateter
17. Menarik kateter sampai ada tahanan
18. Menggantung atau sobek plastic pembungkus plastic
19. Membuka sarung tangan
20. Memfiksasi kateter di abdomen bagian bawah pada pasien laki – laki dan pada paha depan bagi perempuan
21. Menggantung pasien untuk posisi yang nyaman
22. Mengumpulkan dan sisihkan alat disposibel
23. Mencuci tangan

TAHAP TERMINASI

1. Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar
Menanyakan respon pasien atas tindakan yang dilakukan dan mengevaluasi tindakan yang dilakukan
2. Pasien dirapikan dengan baik
3. Alat-Alat dibereskan dengan rapi
4. Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar
Memberi informasi kepada pasien tentang perkiraan waktu untuk melakukan rencana tindakan selanjutnya
5. Salam terapeutik disampaikan dengan ramah

	<p>6. Cuci tangan dilakukan dengan benar Cuci tangan dengan 6 langkah benar</p> <p>PENDOKUMENTASIAN Dokumentasi ditulis dengan benar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nama tindakan, hasil tindakan 2. Tanggal dan jam 3. Type dan ukuran kateter 4. Jumlah urin 5. Respon pasien terhadap prosedur 6. Deskripsi urin
Unit Terkait	Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, unit penunjang

H. LEMBAR OBSERVASI



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN YKY

LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem perkemihan metabolik dan endokrin

Tindakan : Melaksanakan Pemasangan Kateter

Nama Mahasiswa :/ NIM :

No	Aspek Yang Dinilai	Pencapaian		Penilaian	
		Ya	Tidak	K	BK
A	Pre interaksi /Persiapan				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
B	Tahap Orientasi				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Klarifikasi nama pasien dengan benar *				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Beri kesempatan klien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien di siapkan				
C	Tahap Kerja				
12	Sambungkan urine bag dengan Kateter dengan benar				
13	Cek balon kateter dengan benar				
14	Atur posisi klien dengan tepat*				
15	Pasang pengalas dengan benar				
16	Sarung tangan di pakai dengan benar				
17	Bersihkan area genital dengan benar*				
18	Gunakan bahan pelicin dengan benar*				
19	Pasang kateter dengan benar*				
20	Buka sarung tangan dengan benar				
21	Fiksasi dilakukan dengan benar				
22	Gantung urine bag dengan benar				
23	Pasien diatur dengan posisi nyaman				
24	Alat dibereskan dengan benar				
25	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
D	Tahap Terminasi				
26	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
27	Pasien dirapikan dengan baik				
28	Berikan edukasi yang terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
29	Alat – alat dibereskan dengan rapi				
30	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
31	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
32	Cuci tangan dilakukan dengan benar				

E	Pendokumentasi				
33	Dokumentasi ditulis dengan benar				

(* Merupakan kritikal point yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua kritikal point dilakukan

Belum Kompeten : Nilai $< 75\%$ / $\geq 75\%$ kritikal point tidak dilakukan

Yogyakarta, 20...

Penguji

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah kompeten}}{33} \times 100\% = \quad \%$$

Hasil: K / BK

(.....)



LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem perkemihan metabolik dan endokrin

Tindakan : Melaksanakan Pelepasan Kateter

Nama Mahasiswa :/ NIM :

No	Aspek Yang Dinilai	Pencapaian		Penilaian	
		Ya	Tdk	K	BK
A	Pre interaksi /Persiapan				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
B	Tahap Orientasi				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Klarifikasi nama pasien dengan benar *				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Beri kesempatan klien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien di siapkan				
C	Tahap Kerja				
12	Atur posisi klien dengan tepat*				
13	Pasang pengalas dan bengkak dengan benar				
14	Sarung tangan di pakai dengan benar				
15	Buka fiksasi dengan benar				
16	Keluarkan kunci kateter dengan benar				
17	Anjurkan pasien untuk nafas panjang				
18	Tarik kateter dengan benar				
19	Alat dibereskan dengan benar				
20	Buka sarung tangan dengan benar				
21	Pasien diatur dengan posisi nyaman				
22	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
D	Tahap Terminasi				
23	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
24	Pasien dirapikan dengan baik				
25	Berikan edukasi yang terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
	Alat – alat dibereskan dengan rapi				
26	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
27	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
E	Pendokumentasi				
28	Dokumentasi ditulis dengan benar				

(*) Merupakan *kritikal point* yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua *kritikal point* dilakukan

Belum Kompeten : Nilai $< 75\%$ / $\geq 75\%$ *kritikal point* tidak dilakukan

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah kompeten}}{28} \times 100 \% = \quad \%$$

Hasil: K / BK

Yogyakarta, 20...

Penguji

(.....)



LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem perkemihan metabolik dan endokrin

Tindakan : Melaksanakan Bladder Training

Nama Mahasiswa :/ NIM :

No	Aspek Yang Dinilai	Pencapaian		Penilaian	
		Ya	Tidak	K	BK
A	Pre interaksi /Persiapan				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
B	Tahap Orientasi				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Klarifikasi nama pasien dengan benar *				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Beri kesempatan klien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien di siapkan				
C	Tahap Kerja				
12	Atur posisi klien dengan tepat*				
13	Pasang pengalas dengan benar				
14	Sarung tangan di pakai dengan benar				
15	Pasien diberi minum setiap 1 jam sebanyak 200 cc dari jam 07.00 s.d jam 19.00.				
16	Kateter di klem dengan benar				
17	Setiap jam kandung kemih dikosongkan mulai jam 08.00 s.d. jam 20.00 dengan cara klem catheter dibuka.				
18	Pada malam hari (setelah jam 20.00) catheter dibuka (tidak diklem) dan klien boleh minum tanpa ketentuan seperti pada siang hari.				
19	Klien diberi minum setiap 2 jam sebanyak 200 cc dari jam 07.00 s.d. jam 19.00. Setiap kali habis diberi minum, catheter di klem.				
20	Setiap jam kandung kemih dikosongkan mulai jam 09.00 s.d jam 21.00 dengan cara klem catheter dibuka.				
21	Pada malam hari (setelah jam 20.00) catheter dibuka (tidak diklem) dan klien boleh minum tanpa ketentuan seperti pada siang hari.				
22	Klien diberi minum setiap 1 jam sebanyak 200 cc dari jam 07.00 s.d. jam 19.00, lalu kandung kemih dikosongkan.				

23	Buka klem kateter dengan benar				
24	Kateter dilepas dengan benar				
25	Alat dibersihkan dengan benar				
26	Buka sarung tangan dengan benar				
27	Pasien diatur dengan posisi nyaman				
28	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
D	Tahap Terminasi				
29	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
30	Pasien dirapikan dengan baik				
31	Berikan edukasi yang terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
32	Alat – alat dibersihkan dengan rapi				
33	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
34	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
E	Pendokumentasi				
35	Dokumentasi ditulis dengan benar				
	JUMLAH				

(* Merupakan kritikal point yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua kritikal point dilakukan

Belum Kompeten : Nilai $< 75\%$ / $\geq 75\%$ kritikal point

tidak dilakukan

Nilai = $\frac{\text{Jumlah kompeten}}{35} \times 100\% = \quad \%$

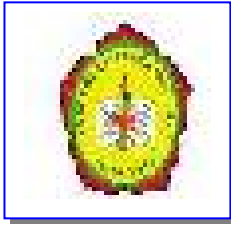
35

Hasil: K / BK

Yogyakarta, 20...

Penguji

(.....)



MODUL

Melaksanakan Perawatan Luka Kronis

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu menerapkan Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman akibat patologis sistem integumen dan sistem imun

2. Tujuan Khusus:

Mahasiswa mampu melakukan perawatan luka kronis

B. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan selama 2 x 100 menit praktikum dan 2 x 70 menit mandiri

C. POKOK BAHASAN

Perawatan Luka Kronis

D. MATERI

1. Perawatan Luka Kronis

a. Pengertian

Merupakan tindakan untuk merawat luka dan melakukan pembalut dengan tujuan mencegah infeksi silang (masuk melalui luka) dan mempercepat proses penyembuhan luka.

b. Tujuan

untuk menghentikan perdarahan, mencegah infeksi, menilai kerusakan yang terjadi pada struktur yang terkena dan untuk menyembuhkan luka

c. Indikasi

Pasien dengan luka kronis

d. Konsep Luka

Secara definisi suatu luka adalah terputusnya kontinuitas suatu jaringan oleh karena adanya cedera atau pembedahan. Luka ini bisa diklasifikasikan berdasarkan struktur anatomis, sifat, proses penyembuhan dan lama penyembuhan. Adapun berdasarkan sifat yaitu : abrasi, kontusio, insisi, laserasi, terbuka, penetrasi, puncture, sepsis, dll. Sedangkan klasifikasi berdasarkan struktur lapisan kulit meliputi: superfisial, yang melibatkan lapisan epidermis; partial thickness, yang melibatkan lapisan epidermis dan dermis; dan full thickness yang melibatkan epidermis, dermis, lapisan lemak, fascia dan bahkan sampai ke tulang.

e. Kategori proses penyembuhan luka

1. *Healing by primary intention*

Tepi luka bisa menyatu kembali, permukaan bersih, biasanya terjadi karena suatu insisi, tidak ada jaringan yang hilang. Penyembuhan luka berlangsung dari bagian internal ke ekseternal.

2. *Healing by secondary intention*

Terdapat sebagian jaringan yang hilang, proses penyembuhan akan berlangsung mulai dari pembentukan jaringan granulasi pada dasar luka dan sekitarnya.

3. *Delayed primary healing (tertiary healing)*

Penyembuhan luka berlangsung lambat, biasanya sering disertai dengan infeksi, diperlukan penutupan luka secara manual.

e. Klasifikasi berdasarkan lama penyembuhan luka

1. Akut

Luka dikatakan akut jika penyembuhan yang terjadi dalam jangka waktu 2-3 minggu.

2. Kronis

Luka kronis adalah segala jenis luka yang tidak tanda-tanda untuk sembuh dalam jangka lebih dari 4-6 minggu.

Luka insisi bisa dikategorikan luka akut jika proses penyembuhan berlangsung sesuai dengan kaidah penyembuhan normal tetapi bisa juga dikatakan luka kronis jika mengalami keterlambatan penyembuhan (delayed healing) atau jika menunjukkan tanda-tanda infeksi.



Luka Akut



Luka Kronis

f. Proses Penyembuhan luka

Luka akan sembuh sesuai dengan tahapan yang spesifik dimana bisa terjadi tumpang tindih (overlap). Proses penyembuhan luka tergantung pada jenis jaringan yang rusak serta penyebab luka tersebut.

Fase penyembuhan luka :

1. **Fase inflamasi :**

a) Hari ke 0-5

b) Respon segera setelah terjadi injuri pembekuan darah untuk mencegah kehilangan darah

c) Karakteristik : tumor, rubor, dolor, color, functio laesa

d) Fase awal terjadi haemostasis

e) Fase akhir terjadi fagositosis

f) Lama fase ini bisa singkat jika tidak terjadi infeksi

2. **Fase proliferasi or epitelisasi**

a) Hari 3 – 14

b) Disebut juga dengan fase granulasi o.k adanya pembentukan jaringan granulasi pada luka luka nampak merah segar, mengkilat

c) Jaringan granulasi terdiri dari kombinasi : Fibroblasts, sel inflamasi, pembuluh darah yang baru, fibronectin and hyularonic acid

d) Epitelisasi terjadi pada 24 jam pertama ditandai dengan penebalan lapisan epidermis pada tepian luka

e) Epitelisasi terjadi pada 48 jam pertama pada luka insisi

2. **Fase maturasi atau remodelling**

a) Berlangsung dari beberapa minggu s.d 2 tahun

b) Terbentuknya kolagen yang baru yang mengubah bentuk luka serta peningkatan kekuatan jaringan (tensile strength)

- c) Terbentuk jaringan parut (scar tissue) 50-80% sama kuatnya dengan jaringan sebelumnya
 - d) Terdapat pengurangan secara bertahap pada aktivitas selular and vaskularisasi jaringan yang mengalami perbaikan
- g. Faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka
1. Status Imunologi
 2. Kadar gula darah (impaired white cell function)
 3. Hidrasi (slows metabolism)
 4. Nutritisi
 5. Kadar albumin darah ('building blocks' for repair, colloid osmotic pressure – oedema)
 6. Suplai oksigen dan vaskularisasi
 7. Nyeri (causes vasoconstriction)
 8. Corticosteroids (depress immune function)
- h. Proses Terjadinya Infeksi Pada Luka
- Infeksi pada luka disebabkan terjadinya invasi oleh mikroorganisme seperti bakteri, virus, ataupun parasit. Infeksi dapat terjadi pada luka terbuka ataupun luka tertutup, namun pada luka terbuka akan lebih rentan terkena dampak infeksi ini karena biasanya infeksi pada luka terjadi akibat kurang higienitas saat terjadi hingga saat perawatan luka dilakukan.
- Invasi dimulai ketika sebuah jaringan mengalami luka terbuka dan terjadi kontak langsung dengan mikroorganisme patogen, mikroorganisme tersebut memiliki sifat yang membahayakan. Kontak bisa terjadi dikarenakan dua hal berikut ini, pertama, misalnya saat terjatuh di tempat yang kotor yang banyak terdapat bakteri sehingga masuk ke dalam luka, dan kemungkinan kedua pada saat luka tersebut sedang dalam proses perawatan. Mikroorganisme dapat hidup dengan sendirinya pada luka yang tidak dirawat dengan baik.
- i. Perawatan Luka
- Metode perawatan luka yang berkembang saat ini adalah menggunakan prinsip *moisture balance*, yang disebutkan lebih efektif dibandingkan metode konvensional. Perawatan luka menggunakan prinsip *moisture balance* ini dikenal sebagai metode *modern dressing*.
- Untuk membersihkan luka secara konvensional dapat menggunakan Sodium Klorida 0,9 %. Sodium klorida adalah larutan fisiologis yang ada di seluruh tubuh karena alasan ini tidak ada reaksi hipersensitivitas dari sodium klorida. 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. Larutan lain yang dapat digunakan untuk membersihkan luka adalah Clorhexidine, Chlorine 1%, Rebusan daun jambu dan daun sirih (astringent herbal).
- j. Pemilihan Balutan Luka
- Balutan luka (*wound dressings*) secara khusus telah mengalami perkembangan yang sangat pesat selama hampir dua dekade ini. Revolusi dalam perawatan luka ini dimulai dengan adanya hasil penelitian yang dilakukan oleh Professor G.D Winter pada tahun 1962 yang dipublikasikan dalam jurnal Nature tentang keadaan lingkungan yang optimal untuk penyembuhan luka. Menurut Gitarja (2002), adapun alasan dari teori perawatan luka dengan suasana lembab ini antara lain:
1. Mempercepat fibrinolisis. Fibrin yang terbentuk pada luka kronis dapat dihilangkan lebih cepat oleh netrofil dan sel endotel dalam suasana lembab.
 2. Mempercepat angiogenesis. Dalam keadaan hipoksia pada perawatan luka tertutup akan merangsang lebih pembentukan pembuluh darah dengan lebih cepat.
 3. Menurunkan resiko infeksi

4. Kejadian infeksi ternyata relatif lebih rendah jika dibandingkan dengan perawatan kering.
5. Mempercepat pembentukan Growth factor. Growth factor berperan pada proses penyembuhan luka untuk membentuk stratum corneum dan angiogenesis, dimana produksi komponen tersebut lebih cepat terbentuk dalam lingkungan yang lembab.
6. Mempercepat terjadinya pembentukan sel aktif. Pada keadaan lembab, invasi netrofil yang diikuti oleh makrofag, monosit dan limfosit ke daerah luka berfungsi lebih dini.

Pada dasarnya prinsip pemilihan balutan yang akan digunakan untuk membalut luka harus memenuhi kaidah-kaidah berikut ini:

1. Kapasitas balutan untuk dapat menyerap cairan yang dikeluarkan oleh luka (absorbing)
2. Kemampuan balutan untuk mengangkat jaringan nekrotik dan mengurangi resiko terjadinya kontaminasi mikroorganisme (non viable tissue removal)
3. Meningkatkan kemampuan rehidrasi luka (wound rehydration)
4. Melindungi dari kehilangan panas tubuh akibat penguapan
5. Kemampuan atau potensi sebagai sarana pengangkut atau pendistribusian antibiotic ke seluruh bagian luka (Hartmann, 1999; Ovington, 1999)

Dasar pemilihan terapi harus berdasarkan pada :

1. Apakah suplai telah tersedia?
2. Bagaimana cara memilih terapi yang tepat?
3. Bagaimana dengan keterlibatan pasien untuk memilih?
4. Bagaimana dengan pertimbangan biaya?
5. Apakah sesuai dengan SOP yang berlaku?
6. Bagaimana cara mengevaluasi?

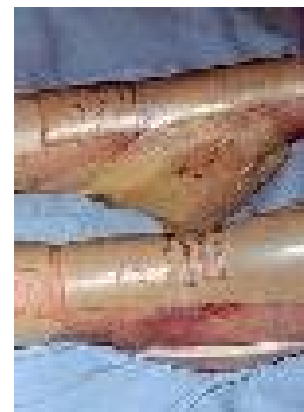
Jenis-jenis balutan dan terapi alternative lainnya

1. Film Dressing



- Semi-permeable primary atau secondary dressings
- Clear polyurethane yang disertai perekat adhesive
- Conformable, anti robek atau tergores
- Tidak menyerap eksudat
- Indikasi : luka dgn epitelisasi, low exudate, luka insisi
- Kontraindikasi : luka terinfeksi, eksudat banyak
- Contoh: Tegaderm, Op-site, Mefilm

2. Hydrocolloid



- Pectin, gelatin, carboxymethylcellulose dan elastomers
- Support autolysis untuk mengangkat jaringan nekrotik atau slough
- Occlusive → hypoxic environment untuk mensupport angiogenesis
- Waterproof
- Indikasi : luka dengan epitelisasi, eksudat minimal
- Kontraindikasi : luka yang terinfeksi atau luka grade III-IV
- Contoh: Duoderm extra thin, Hydrocoll, Comfeel

3. Alginate



alginate wound dressing



alginate wound dressing



- Terbuat dari rumput laut
- Membentuk gel diatas permukaan luka
- Mudah diangkat dan dibersihkan
- Bisa menyebabkan nyeri
- Membantu untuk mengangkat jaringan mati
- Tersedia dalam bentuk lembaran dan pita
- Indikasi : luka dengan eksudat sedang s.d berat
- Kontraindikasi : luka dengan jaringan nekrotik dan kering
- Contoh : Kaltostat, Sorbalgon, Sorbsan

4. Foam Dressings



- Polyurethane
- Non-adherent wound contact layer
- Highly absorptive
- Semi-permeable
- Jenis bervariasi
- Adhesive dan non-adhesive
- Indikasi : eksudat sedang s.d berat
- Kontraindikasi : luka dengan eksudat minimal, jaringan nekrotik hitam
- Contoh : Cutinova, Lyofoam, Tielle, Allevyn, Versiva

5. Cutimed Sorbact



- Dressing yang dilapisi dengan turunan asam lemak (DACC) memberi mereka sifat-sifat mereka yang sangat hidrofobik.
- Indikasi : pada luka terinfeksi
- Bakteri akan tertarik dan menjadi ireversibel terikat untuk itu. Oleh karena itu mengangkat juga menghilangkan bakteri pada luka.
- Contoh : cutimed sorbact pad dan swab

6. Terapi alternatif

- Zinc Oxide (ZnO cream)
- Madu (Honey)
- Sugar paste (gula)

b. Implementasi

1. Luka dengan eksudat & jaringan nekrotik (sloughy wound)
 - a) Bertujuan untuk melunakkan dan mengangkat jaringan mati (slough tissue)
 - b) Sel-sel mati terakumulasi dalam eksudat
 - c) Untuk merangsang granulasi
 - d) Mengkaji kedalaman luka dan jumlah eksudat
 - e) Balutan yang dipakai antara lain: hydrogels, hydrocolloids, alginates dan hydrofibre dressings
2. Luka Nekrotik
 - a) Bertujuan untuk melunakkan dan mengangkat jaringan nekrotik (eschar)
 - b) Berikan lingkungan yg kondusif u/autolisis
 - c) Kaji kedalaman luka dan jumlah eksudat
 - d) Hydrogels, hydrocolloid dressing
3. Luka terinfeksi
 - a) Bertujuan untuk mengurangi eksudat, bau dan mempercepat penyembuhan luka
 - b) Identifikasi tanda-tanda klinis dari infeksi pada luka
 - c) Wound culture – systemic antibiotics
 - d) Kontrol eksudat dan bau
 - e) Ganti balutan tiap hari
 - f) Hydrogel, hydrofibre, alginate, metronidazole gel (0,75%), carbon dressings, silver dressings
4. Luka Granulasi
 - a) Bertujuan untuk meningkatkan proses granulasi, melindungi jaringan yang baru, jaga kelembaban luka
 - b) Kaji kedalaman luka dan jumlah eksudat
 - c) Moist wound surface – non-adherent dressing
 - d) Treatment overgranulasi
 - e) Hydrocolloids, foams, alginates
5. Luka epitelisasi
 - a) Bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang kondusif untuk “re-surfacing”

- b) Transparent films, hydrocolloids
- c) Balutan tidak terlalu sering diganti

c. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Luka Kronis

1. Pengkajian

Pengkajian luka kronis sama dengan pengkajian luka akut, namun disini penekanan pada kenapa atau apa yang menyebabkan luka tidak kunjung sembuh?? Penyebab ini harus diatasi bersamaan dengan proses perawatan luka berlangsung.

Pengkajian umum

- a) Usia
- b) Penyakit penyerta
- c) Vaskularisasi dengan ABPI (*Ankle Brachial Pressure Indeks*)
- d) Status nutrisi
- e) Faktor kegemukan (obesitas)
- f) Radiasi
- g) Psikologi (stress)
- h) Obat-obatan : kemoterapi, kortikosteroid, immunosupresan

Pengkajian Luka :

- a) Kondisi luka
 - 1) Warna dasar luka
Dasar pengkajian berdasarkan warna yang meliputi : slough (yellow), necrotic tissue (black), infected tissue (green), granulating tissue (red), epithelialising (pink).
 - 2) Lokasi ukuran dan kedalaman luka
 - 3) Eksudat dan bau
 - 4) Tanda-tanda infeksi
 - 5) Keadaan kulit sekitar luka : warna dan kelembaban
- b) Hasil pemeriksaan laboratorium yang mendukung
- c) Status nutrisi klien : BMI, kadar albumin
- d) Status vascular : Hb, TcO2
- e) Status imunitas: terapi kortikosteroid atau obat-obatan immunosupresan yang lain
- f) Penyakit yang mendasari : diabetes atau kelainan vaskularisasi lainnya

Pengkajian spesifik luka kronis

- a) Jaringan nekrosis (jaringan pada dasar luka yang berwarna hitam dan kuning/avaskularisasi)
- b) Tanda infeksi/kolonisasi kuman
- c) Benda asing (misal: serpihan tulang, sisa benang, kotoran lainnya)
- d) Pengkajian spesifik luka kronis sangat penting sehingga akan terlihat manajemen yang akan dilakukan dengan metode T.I.M.E.
- e) Manajemen T.I.M.E

Pada tahun 2004 terjadi evolusi dari istilah TIME oleh EWMA (European wound management association) dalam sebuah diskusi ilmiah untuk menentukan persiapan dasar luka secara aplikasi menjadi :

T	Tissue Management (Manajemen Jaringan)
I	Inflamation and infection control (control inflamasi dan infeksi)
M	Moisture balance (kelembaban yang seimbang)
E	Ephitelial (Edge) Advancement (kemajuan epitel/tepi luka)

2. **Diagnosa Keperawatan**

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik
- b) Kerusakan integritas kulit/jaringan
- c) Kerusakan Mobilitas fisik

d) Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh

3. Perencanaan / Intervensi

a) Nyeri berhubungan dengan cedera termal, insisi operasi, kerusakan jaringan, immobilisasi

Hasil yang diharapkan :

- Klien akan bebas dari nyeri selama perawatan
- Klien mengatakan nyeri berangsur-angsur berkurang sampai dengan hilang
- Klien tampak rileks
- Klien dapat beraktivitas tanpa nyeri

Rencana Tindakan :

- Kaji keluhan nyeri (lokasi, intensitas, lamanya serangan)
- Pertahankan tirah baring selama fase akut
- Anjurkan pasien untuk melakukan gerakan tubuh yang tepat dan batasi aktivitas selama nyeri
- Anjurkan dan ajarkan klien untuk melakukan teknik visualisasi , relaksasi
- Tinggikan dan dukung ekstermitas yang terkena
- Letakan semua kebutuhan pasien dalam batas yang mudah di jangkau oleh pasien
- Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi analgetik

b) Kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan trauma tumpul/tajam, insisi operasi, penekanan yang lama, injury, immobilisasi

Hasil yang diharapkan :

- Klien akan mempertahankan keutuhan kulit selama perawatan
- Jaringan tampak menyatu
- Kulit tidak lecet
- Integritas kulit bebas dari luka tekan

Rencana Intervensi :

- Kaji / catat keadaan luka (ukuran, warna, kedalaman luka) perhatikan jaringan nekrotik
- Kaji kulit luka terbuka, benda asing, kemerahan, perdarahan dan perubahan warna
- Anjurkan pasien untuk merubah posisi miki / mika setiap 4 jam
- Lakukan perawatan luka secara aseptik dan steril 2 kali sehari
- Pertahankan tempat tidur dalam keadaan bersih dan kering
- Tempatkan bantal air / bantal lain di bawah siku/ tumit sesuai dengan indikasi
- Gunakan baby oil / krim kulit 2-3 kali dan setelah mandi
Kolaborasi dengan dokter untuk terapi anti inflamasi

c) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka di kaki

Hasil yang diharapkan :

- Pergerakan bertambah luas
- Pasien dapat mobilisasi sesuai kemampuan yang optimal
- Nyeri berkurang

Intervensi :

- Kaji dan identifikasi kemampuan mobilisasi pasien
- Beri penjelasan tentang pentingnya mobilisasi
- Anjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi sesuai kemampuan
- Bantu pasien dalam melakukan mobilisasi
- Kolaborasi pemberian analgetik

d) Ketidakseimbangan nutrisi ; kurang dari kebutuhan

Hasil yang diharapkan :

- Berat badan menjadi ideal
- Pasien mematuhi dietnya
- Proses penyembuhan lebih cepat
- Kaji status nutrisi pasien

- Beri penjelasan tentang pentingnya nutrisi untuk membantu penyembuhan luka
 - Anjurkan pasien untuk mematuhi diet yang telah diprogramkan
 - Timbang berat badan setiap minggu sekali
 - Identifikasi perubahan pola makan
4. Pelaksanaan / Implementasi
Melakukan perawatan luka
 5. Evaluasi
 - a) Evaluasi terhadap masalah luka secara umum dpt dinilai dari sempurnanya prose penyembuhan luka, tidak ditemukan adanya tanda radang, tidak ada perdarahan, luka dlm keadaan bersih & tidak ada keloid/sikatrik
 - b) Mengevaluasi penyembuhan luka secara terus menerus yang dilakukan selama mengganti balutan, saat terapi diberikan & saat klien berusaha melakukan sendiri perawatan lukanya
 - c) Mengevaluasi setiap intervensi yang dilakukan untuk mempercepat penyembuhan luka & membandingkan kondisi luka dengan data pengkajian
 - d) Mencari tahu kebutuhan klien & keluarga tentang peralatan bantuan tambahan


E. KEGIATAN PRAKTIKUM

Mahasiswa semester IV Akper YKY Yogyakarta dibagi menjadi 4 kelompok besar dengan 4 dosen pengampu matakuliah KMB I. Kegiatan praktikum meliputi demonstrasi, simulasi dan evaluasi dari masing – masing prasat keterampilan KMB I.

F. DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek, Gloria, M., Howard, K., Butcher, Joanne, McCloskey, Dochterman. (2008). *Nursing Intervention Classification (NIC) Fifth Edition*. USA: Mosby Elsevier.
- Ernawati. (2010). *Terapi Relaksasi terhadap Nyeri Dismenore pada Mahasiswi Universitas Muhammadiyah Semarang*. Seminar nasional Unimus.
- Gilman, A.G., 2008, *Dasar Farmakologi Terapi*, diterjemahkan oleh Tim Alih Bahasa Sekolah Farmasi ITB, Edisi X, 877, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.
- Hidayat, Aziz Alimul, 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Surya Medika : Surabaya.
- Moorhead, S., Marion J., Meridean L. M., & Elizabeth S. (2008). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Fourth Edition*. USA: Mosby Elsevier.
- NANDA International, (2015). *Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2015 – 2017*, Penerbit Buku Kedokteran EGC Jakarta.
- Nasrul Effendi. 1995. *Pengantar Proses Keperawatan*. EGC : Jakarta.
- Prasetyo, S. N. (2010). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Graha Ilmu. Yogyakarta
- Price, Sylvia Anderson (2005). *Pathophysiology : clinical concepts of disease processes*. Alih bahasa Brahm U Pendit dkk. Patofisiologi Konsep Klinis Proses Proses Penyakit. Edisi 6, Jkarta: EGC
- Sjamsuhidajat, R. dan De Jong W. 2005. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta: EGC
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2*, Alih Bahasa Kuncara, H.Y, dkk, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta

G. STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

 Akademi Keperawatan “YKY”	PERAWATAN LUKA KRONIS		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke :	Halaman :
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Diberlakukan Tanggal :	Ditetapkan Oleh Direktur Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep NIK. 1141 03 052	
Pengertian	Merupakan penanganan luka yang terdiri atas membersihkan luka, menutup, dan membalut luka sehingga dapat membantu proses penyembuhan luka		
Tujuan	Untuk menghentikan perdarahan, mencegah infeksi, menilai kerusakan yang terjadi pada struktur yang terkena dan untuk menyembuhkan luka.		
Kebijakan	Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman nyaman akibat patologis sistem integumen dan imun, perawatan Luka kronis		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam 2. Cek nama pasien 3. Alat-alat dibawa kedekat pasien 4. Pasang sampiran bila perlu 5. Perawat mencuci tangan dengan handscrub dan dikeringkan dengan tissue 6. Gunakan handscoen 7. Buka balutan luka dengan benar 8. Bersihkan luka dengan menggunakan cairan pencuci luka dengan arah melingkar (sirkumler) dari dalam kearah luar luka \pm 1 cm dari tepi luka 9. Kemudian bersihkan luka dengan larutan desinfektan dengan cara yang sama seperti diatas, kemudian buang kasa kotor ke tempat sampah 10. Ulangi beberapa kali sampai diyakini luka telah bersih 11. Olesi permukaan luka dengan obat yang tersedia (sesuai indikasi) 12. Memberikan balutan yang sesuai untuk menutup luka 		

	<p>13. Luka diplester dengan rapi</p> <p>14. Pasien dirapikan kembali</p> <p>15. Alat-alat dibereskan, dibersihkan dan dikembalikan ke tempat semula</p> <p>16. Perawat mencuci tangan dengan handscrub dan dikeringkan dengan tissue</p> <p>17. Catat prosedur yang telah dilakukan dan hal-hal yang ditemukan dalam catatan keperawatan (buku laporan)</p> <p>Hal-hal yang harus diperhatikan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prinsip bersih dan pertahankan teknik aseptik 2. Jangan terlalu menekan saat melakukan pembersihan luka (karena dengan merusak pertumbuhan jaringan granulasi dan sel epitel baru) 3. Bersihkan jaringan mati/nekrosis 4. Cegah jangan sampai ujung serat kasa melekat pada luka 5. Jangan menyinggung perasaan pasien (bila luka bau/kotor) 6. Hindarkan hal-hal yang membuat pasien merasa malu 7. Bekerja secara rapi, cepat dan teratur 8. Catat hal-hal yang ditemukan (keadaan luka ; warna, bau, pus, infeksi dll) 9. Perhatikan keadaan umum pasien
Unit Terkait	Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, unit penunjang

H. LEMBAR OBSERVASI



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN YKY

LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman nyaman akibat patologis sistem integumen dan imun

Tindakan : Melaksanakan Perawatan Luka Kronis

Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
	TAHAP ORIENTASI				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Klarifikasi identitas pasien dengan benar*				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Beri kesempatan pasien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
	TAHAP KERJA				
12	Perawat cuci tangan				
13	Sarung tangan digunakan bersih				
14	Perlak dan pengalas diletakkan dibawah stoma				
15	Bengkok/kantong sampah medis diletakkan dekat tubuh pasien				
16	Balutan luka dibuka dengan benar				
17	Balutan luka yang kotor dibuang ke kantong sampah medis				
18	Luka dibersihkan dengan larutan pembersih luka dengan arah melingkar (sirkumler) dari dalam kearah luar luka ± 1 cm dari tepi luka hingga bersih				
19	Permukaan luka diolesi/diberi obat sesuai indikasi				

20	Luka ditutup dengan balutan yang sesuai				
21	Luka diplester dengan rapi				
TAHAP TERMINASI					
22	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
23	Pasien dirapikan dengan baik				
24	Berikan edukasi terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
25	Alat-Alat dibereskan dengan rapi				
26	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
27	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
28	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
PENDOKUMENTASIAN					
29	Dokumentasi ditulis dengan benar				
JUMLAH					

(* Merupakan kritikal point yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua kritikal point dilakukan

Belum Kompeten : Nilai $< 75\%$ / $\geq 75\%$ kritikal point tidak dilakukan

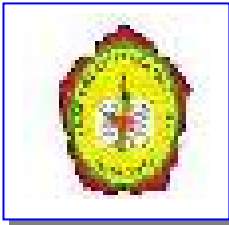
Nilai = $\frac{\text{Jumlah kompeten}}{29} \times 100\% = \quad \%$

Hasil: K / BK

Yogyakarta, 20...

Penguji

(.....)



MODUL

PEMASANGAN NGT, PERAWATAN DAN PELEPASAN NGT

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi akibat patologis sistem pencernaan dan metabolik endokrin.

2. Tujuan Khusus:

Mahasiswa mampu:

- Mampu melakukan pemasangan NGT
- Mampu melakukan perawatan NGT
- Mampu melakukan pelepasan NGT

B. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan selama 2 x 100 menit praktikum dan 2 x 70 menit mandiri

C. POKOK BAHASAN

- Pemasangan NGT
- Perawatan NGT
- Pelepasan NGT

D. MATERI

1. Perawatan dan Pemasangan Kateter

a. Pengertian

NGT atau Nasogastric Tube yaitu Selang/pipa yang digunakan untuk menghisap isi lambung, juga digunakan untuk memasukkan obat-obatan dan makanan. NGT ini digunakan hanya dalam waktu yang singkat .

b. Tujuan

Tujuan pemasangan NGT untuk memenuhi asupan nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh sehingga nutrisi yang ada di dalam tubuh seimbang, Mengambil sekret lambung , Pemberian obat, makanan dan minuman , Mencuci lambung dari zat-zat toksik atau iritan , menghentikan perdarahan pada oesofagus, lambung atau usus.

c. Indikasi Pemasangan NGT

- Kehilangan cairan gastrointestinal yang berlebihan akibat masalah pada saluran gastrointestinal
- Klien pasca operatif, asupan makanan yg seringkali berubah pada periode pre operatif perioperatif, dan post operatif.
- Klien imobilisasi, kelumpuhan yang meluas dapat menghasilkan deosifikasi dan osteoporosis tulang dan hiperkalsemia
- Klien yang tidak diperbolehkan untuk makan melalui mulut (puasa) dan hanya menerima cairan IV lebih dari 5 hari akan beresiko mengalami masalah nutrisi
- Klien dengan penyakit degeneratif, jantung, Diabetes Mellitus, Ginjal akan membutuhkan penanganan khusus untuk masalah nutrisi.

d. Macam – macam NGT

- Pipa Levin, terbuat dari karet dengan lumen tunggal untuk intubasi lambung, dimasukan melalui hidung
- Variasi dari pipa levin: nasogastrik plastik dan salem sump tube, mempunyai lumen ganda, untuk drainase dan untuk melindungi lambung dari tekanan negatif yang besar

3. Pipa Ewald
4. Pipa Miller-Abbort, dengan lumen ganda, lumen pertama untuk aspirasi cairan dan gas, lumen kedua dengan kantong udara di ujung distalnya untuk memacu motilitas usus.



- e. Hal yang perlu diperhatikan
 1. Kaji indikasi pemasangan: gangguan menelan, operasi kepala atau leher, penurunan tingkat kesadaran, operasi saluran cerna, trauma wajah
 2. Kaji cara pemasangan selang, cek kepatenan jalan nafas
 3. Kaji riwayat medis klien : perdarahan, operasi nasal, deviasi septum
 4. Kaji kemampuan reflek muntah
 5. Kaji status kesadaran pasien

f. Asuhan Keperawatan pada Pasien yang terpasang NGT

1. Pengkajian

Pengkajian Keperawatan meliputi :

a. Riwayat keperawatan dan diet.

- 1) Makanan kesukaan, waktu makan, anggaran makan.
- 2) Nafsu makan dan jumlah asupan makanan.
- 3) Kebiasaan mengkonsumsi obat.
- 4) Tingkat aktivitas
- 5) Apakah ada diet yang dilakukan secara khusus?
- 6) Adakah penurunan dan peningkatan berat badan dan berapa lama periode waktunya?
- 7) Adakah status fisik pasien yang dapat meningkatkan kebutuhan diet seperti luka bakar, demam, dsb.
- 8) Adakah intoleransi makan / minum tertentu ?.

b. Kemampuan makan, meliputi :

- 1) Kemampuan mengunyah
- 2) Kemampuan menelan
- 3) Kemampuan makan sendiri atau membutuhkan bantuan orang lain.

c. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan fisik : segar, bersemangat, apatis, lesu
- 2) Berat badan : normal, obesitas, kurus (*underweight*)
- 3) Otot : lemah, tonus otot kurang, tidak mampu bekerja
- 4) Sistem syaraf : bingung, rasa terbakar, *parestesia* penurunan reflek
- 5) Fungsi gastrointestinal : konstipasi, diare, flatulensi, pembesaran liver atau lien
- 6) Kardiovaskuler : takikardi, irama abnormal, hipotensi / hipertensi
- 7) Rambut : kusam, kering, pudar, kemerahan, tipis, pecah / patah – patah
- 8) Kulit : kering, pucat, iritasi, ptekie, lemak sub kutan tipis / tidak ada
- 9) Bibir : kering, pecah – pecah, bengkak, lesi, stomatitis, membrane mukosa pucat
- 10) Gusi : perdarahan, peradangan
- 11) Lidah : edema, hiperemis
- 12) Gigi : karies, nyeri, kotor
- 13) Mata : konjungtiva pucat, kering, *exophthalmus* tanda – tanda infeksi

14) Kuku : mudah patah

d. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Albumin (N : 3,5 – 5,5 mg/dl)
- 2) Transferin (N : 170 – 25 mg/dl)
- 3) Hb (N : Pria = 14 – 17 gr%, Wanita = 12 – 14 gr%)
- 4) BUN (N : 10 – 20 mg%)
- 5) Ekskresi kreatinin untuk 24 jam (N : Pria : 0,6 – 1,3 mg/dl, wanita : 0,5 – 1,0 mg/ml)

e. Pengukuran antropometri

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang lazim muncul pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi antara lain :

a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Kurang dari kebutuhan (keadaan dimana individu mengalami intake nutrisi yg kurang dr kebutuhan tubuh utk memenuhi kebutuhan metabolic)

sehubungan faktor biologis, faktor ekonomi, ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrien, ketidakmampuan untuk mencerna makanan, ketidakmampuan menelan makanan, faktor psikologis

b. Nausea/Mual (tidak nyaman, perasaan seperti ada gelembung di belakang tenggorokan, epigastrium atau sepanjang abdomen yang mungkin atau tidak menyebabkan muntah)

Sehubungan dengan biofisik, situasional, terapi.

3. Rencana Tindakan Keperawatan

a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

NOC :

Nutritional Status : Food and Fluid Intake.

Nutritional Status : Nutrient Intake.

Weight Control.

Kriteria Hasil :

1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan.
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan.
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.
4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi.
5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan.
6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.

NIC :

1. Pengelolaan gangguan makan.
2. Bantu kenaikan status peningkatan BB.

b. Enteral Tube Feeding

- *.Monitor status cairan dan elektrolit
- *.Memasukkan selang NGT sesuai dengan petunjuk
- *.Monitor suara bising usus setiap 4 – 8 jam
- *.Mengecek residu setiap 4 – 6 jam / sebelum memasukkan makanan.

1) Nutrition management (Manajemen nutrisi)

- *.Kaji adanya alergi makanan
- *.Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
- *.Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe
- *.Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
- *.Berikan substansi gula
- *.Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- *.Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)
- *.Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.

- *.Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
- *.Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
- *.Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan

2). Nutrition monitoring (Monitor nutrisi).

- * BB pasien dalam batas normal
- *.Monitor adanya penurunan berat badan
- *.Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan
- *.Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan
- *.Monitor lingkungan selama makan
- *.Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan
- *.Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi
- *.Monitor turgor kulit
- *.Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah
- *.Monitor mual dan muntah
- *.Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht
- *.Monitor makanan kesukaan
- *. Monitor pertumbuhan dan perkembangan
 - *.Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
 - *.Monitor kalori dan intake nutrisi
 - *.Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oral.
 - *.Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet

b) Nausea/Mual (tidak nyaman, perasaan seperti ada gelembung di belakang tenggorokan, epigastrium atau sepanjang abdomen yang mungkin atau tidak menyebabkan muntah)

Sehubungan dengan biofisik, situasional, terapi.

NOC : Fluid & food seimbang

NIC :

1. Feeding (pemberi makanan) same with food management.

2. Fluid management.

- 1). Timbang popok/pembalut jika diperlukan
- 2). Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
- 3). Pasang urin kateter jika diperlukan
- 4). Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan
- 5). Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin)
- 6). Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP
- 7). Monitor vital sign
- 8). Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan (cracles, CVP , edema, distensi Vena leher, asites).
- 9). Monitor berat pasien sebelum dan setelah dialisis
- 10). Kaji lokasi dan luas edema
- 11). Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian
- 12). Lakukan terapi IV
- 13). Monitor status nutrisi
- 14). Berikan cairan
- 15). Berikan deuretik sesuai interuksi
- 16). Berikan cairan IV pada suhu ruangan
- 17). Dorongf masukan oral
- 18). Berikan penggantian nesogatrik sesuai output
- 19). Dorong keluarga untuk membantu pasien makan
- 20). Tawarkan snack (jus buah, buah segar)
- 21). Batasi masukan cairan pada keadaan hiponatremi dilusi dengan serum
Na < 130 q/l
- 22). Monitor respon pasien terhadap terapi elektrolit
- 23). Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk
- 24). Atur kemungkinan tranfusi
- 25). Persiapan untuk tranfusi

3. **Fluid resusitasi** : pemberian terapi intravena, monitor tetesan infus.

4. **Fluid/elektrolit management** : awasi tanda2 ketidakseimbangan elektrolit, ganti Elektrolit yg hilang melalui pemberian terapi elektrolit, kolaborasi dgn ahli gizi, monitor Tanda-Tanda Vital / TTV.

Implementasi Keperawatan yang terkait dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi :

a. Memberikan makan per oral

Pemberian nutrisi melalui oral merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi secara mandiri dengan cara membantu memberikan makan / nutrisi melalui mulut (oral) bertujuan memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dan membangkitkan selera makan pasien.

Alat dan bahan ditata rapi dalam baki makan berisi :

- | | |
|---------------------|---|
| 1) Piring. | 6) .Menu makan sesuai jenis diit yang diprogramkan. |
| 2) Sendok. | 7) .Semangkok air cuci tangan. |
| 3) Garpu. | 8) .Serbet makan dan tisu makan. |
| 4) Pisau makan. | 9). Pengalas bila diperlukan. |
| 5) Segelas minuman. | |

Prosedur Kerja.

- 1) Perawat mencuci tangan.
- 2) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 3) Atur posisi pasien senyaman mungkin.
- 4) Pasang pengalas dan serbet makan dengan benar.
- 5) Anjurkan berdoa sebelum
- 6) Bantu pasien makan dengan cara menyuapkan makanan secara sedikit demi sedikit dan berikan minum sesudah makan.
- 7) Setelah selesai bersihkan mulut pasien dengan tisu makan dan anjurkan untuk duduk sebentar
- 8) Alat – alat dibereskan
- 9) Pasien dirapikan dan diatur kembali posisinya senyaman mungkin
- 10) Perawat mencuci tangan
- 11) Catat hasil atau respon pemenuhan kebutuhan makan pasien

b. Memasang Naso Gastric Tube / NGT.

Pengertian

Melakukan pemasangan selang dari rongga hidung sampai ke lambung

Tujuan

1. Memasukkan makanan cair atau obat – obatan cair atau padat yang dicairkan.
2. Mengeluarkan cairan / isi lambung dan gas yang ada dalam lambung.
3. Mengirigasi lambung karena perdarahan/keracunan dalam lambung.
4. Mencegah atau mengurangi mual dan muntah setelah pembedahan atau trauma.
5. Mengambil specimen pada lambung untuk pemeriksaan laboratorium.

Dilakukan Pada :

1. Pasien tidak sadar
2. Pasien dengan masalah saluran pencernaan atas (stenosis esofagus, tumor mulut/faring/esofagus, dll)
3. Pasien yang tidak mampu menelan
4. Pasien pasca operasi pada mulut / faring / esofagus
- 5.

4. Implementasi

Melakukan pemasangan dan perawatan NGT

5. Evaluasi

Setelah dilakukan pemasangan NGT kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi


E. KEGIATAN PRAKTIKUM

Mahasiswa semester IV Akper YKY Yogyakarta dibagi menjadi 4 kelompok besar dengan 4 dosen pengampu matakuliah KMB I. Kegiatan praktikum meliputi demonstrasi, simulasi dan evaluasi dari masing – masing prasat keterampilan KMB I.

F. DAFTAR PUSTAKA

- Dochterman, JM, & Bulechek, GM, 2004, *Nursing Interventions Classification (NIC)* edisi 4 . (2004). St Louis: Mosby
- Johnson M&Moorhead S, 2000, *Nursing Outcome Classification (NOC)* edisi 2, St Louis, Mosby
- NANDA, 2007, *Nursing Diagnoses: Definition and Classification (2007-2008)*, Philadelphia
- NANDA, 2012, *Nursing Diagnoses: Definition and Classification (2012-2014)*, Philadelphia
- Potter & Perry, 2006, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan ; Konsep, Proses dan Praktik*, Penerbit Buku Kedokteran EGC Jakarta.
- Smeltzer, Bare. (2006). *Keperawatan Medikal Bedah. EGC: Jakarta.*

I. STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

 Akademi Keperawatan "YKY"	PEMASANGAN NGT		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke :	Halaman :
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Diberlakukan Tanggal :	Ditetapkan Oleh Direktur Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep NIK. 1141 03 052	
Pengertian	Melakukan pemasangan selang dari rongga hidung sampai ke lambung		
Tujuan	1. Memasukkan makanan cair atau obat – obatan cair atau pada yang dicairkan. 2. Mengeluarkan cairan / isi lambung dan gas yang ada dalam lambung. 3. Mengirigasi lambung karena perdarahan/keracunan dalam lambung. 4. Mencegah atau mengurangi mual dan muntah setelah pembedahan atau trauma. 5. Mengambil specimen pada lambung untuk pemeriksaan laboratorium.		
Kebijakan	Capaian Pembelajaran Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi akibat patologis sistem pencernaan dan metabolik endokrin.		
Prosedur	<p>1. Salam terapeutik disampaikan pada pasien dan adanya data pasien Membutuhkan pemasangan NGT diidentifikasi : Kegawatdaruratan (muntah darah, keracunan), kebutuhan nutrisi enteral, anoreksia nervosa, gerontik, persiapan tindakan operasi saluran pencernaan atas, gangguan saluran pencernaan atas dan pasien koma.</p> <p>2. Alat-alat disiapkan sesuai standar, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Troli pengobatan b. Bak instrumen steril yang berisi : Sebuah spatel lidah dan sepasang sarung tangan steril. c. NGT steril ukuran 14 – 18 * d. Jelly* e. S spuit disposable steril ukuran 10cc / 5cc f. Kom kecil berisi air bersih* g. Stetoskop.* h. Tissue makan. i. Hipafik siap pakai / plester * j. Gunting plester * k. Satu gelas air minum beserta sedotan (k/p) l. Perlak & pengalas m. Bengkok dan tempat sampah n. Alat-alat ditempatkan pada troli dan ditata rapi. 		

	<p>3. Memastikan klien (nama, umur, program)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tujuan disampaikan dengan bahasa yang jelas b. Prosedur tindakan dijelaskan dengan benar c. Posisi fowler tinggi diatur dengan hati-hati aman dan nyaman kecuali kontra indikasi * d. Lingkungan disiapkan untuk menjaga privasi pasien e. Penerangan dan sirkulasi udara ruangan diatur f. Pengunjung/penunggu pasien diminta keluar. <p>4. Cuci tangan dilakukan dengan benar</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Trolis pengobatan berisi alat-alat didekatkan b. Perlak dan pengalas dipasang diatas dada pasien c. Bengkok didekatkan d. Bak instrumen steril dibuka e. Sarung tangan steril dipakai f. NGT diambil dari bungkusnya g. Panjang NGT yang akan dimasukkan diukur dr ujung hidung ke telinga bawah menuju prosesus xipoides dan diberi tanda * h. Ujung NGT diolesi jelly * i. NGT dimasukkan secara hati-hati dan tepat (melalui lubang hidung sampai naso pharing posterior), sambil pasien diminta untuk menelan sampai selang masuk sesuai dengan tanda yang ditetapkan (apabila mengalami kesulitan dapat dibantu dengan memberikan air minum menggunakan sedotan) j. Selang NGT dipastikan telah masuk lambung dengan cara : * <ol style="list-style-type: none"> 1) Pangkal slang NGT dimasukkan kedalam kom berisi air bersih, cek bila tidak keluar gelembung udara berarti ujung slang NG telah tepat masuk lambung atau, 2) Isi lambung dihisap dengan spuit 5/10 cc atau 3) Diafragma stetoskop diletakkan di abdomen kuadran kiri atas tepat dibawah garis costa, kemudian masukkan udara sebanyak 10 – 20 cc dengan menggunakan spuit, sambil dengarkan suara blup (tanda masuknya udara ke lambung). k. Fiksasi selang NGT di hidung pasien dengan hypavik / plester dengan benar. l. Bengkok diambil m. Perlak dan pengalas diangkat n. Sarung tangan dilepas o. Posisi pasien diatur senyaman mungkin p. Kembalikan kondisi ruangan seperti semula q. Alat-alat dirapikan dan ditempatkan ditempatnya dengan benar r. Cuci tangan dengan benar. <p>5. Anamnesa respon dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1).Upaya tindak lanjut dirumuskan 2).Salam terapeutik diucapkan dalam mengakhiri tindakan 3)Tindakan dan respon pasien saat dan setelah tindakan dicatat dengan jelas dan ringkas sesuai prinsip dokumentasi 4) Waktu, paraf dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien
Unit Terkait	Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, unit penunjang

J. LEMBAR OBSERVASI



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN YKY

LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi akibat patologis sistem pencernaan dan metabolik endokrin.

Tindakan : Melaksanakan pemasangan NGT (*Naso Gastric Tube*)

Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
	TAHAP ORIENTASI				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Identifikasi identitas pasien dengan benar *				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Beri kesempatan klien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
	TAHAP KERJA				
12	Posisi klien diatur dengan tepat				
13	Sarung tangan dipakai dengan benar				
14	Lubang hidung yang akan dimasuki selang NGT diperiksa dengan benar				
15	Lubang hidung dibersihkan dengan benar				
16	Panjang selang NGT yang akan dimasukkan diukur dengan tepat *				
17	Sputit tempat makanan disambungkan ke selang dengan benar				
18	Jelly dioleskan pada selang NGT dengan benar				
19	Pastikan pasien sudah siap				
20	Selang NGT dimasukkan ke salah satu lubang hidung dengan benar				
21	Reaksi pasien selama pemasangan NGT dievaluasi dengan tepat				
22	Selang NGT yang dimasukkan dicek dengan tepat *				
23	Fiksasi selang NGT dilakukan dengan benar *				
24	Peralatan dirapikan dan dibereskan dengan baik				
25	Posisi klien diatur kembali dengan baik				
26	Lepas sarung tangan dengan benar				
	TAHAP TERMINASI				
27	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
28	Pasien dirapikan dengan baik				
29	Berikan edukasi yang terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
30	Alat – alat dibereskan dengan rapi				
31	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				

32	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
33	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
	TAHAP DOKUMENTASI				
34	Dokumentasi ditulis dengan benar				
	JUMLAH				

**) kritikal point yang harus dilakukan*

Keterangan :

Yogyakarta,20....

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua kritikal point dilakukan

Penguji

Nilai $\geq 75\%$, kritikal point tidak dilakukan maka BK

Nilai = $\frac{\text{Jumlah kompeten}}{34} \times 100\% =$ %

(.....)

34

Hasil: K / BK



LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi akibat patologis sistem pencernaan dan metabolik endokrin.

Tindakan : Melaksanakan Perawatan NGT (*Naso Gastric Tube*)

Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
	TAHAP ORIENTASI				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Identifikasi identitas pasien dengan benar *				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Beri kesempatan klien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
	TAHAP KERJA				
12	Posisi klien diatur dengan tepat				
13	Sarung tangan dipakai dengan benar				
14	Kaji kebersihan selang NGT dengan benar				
15	Bilas selang dengan 30 mL air setelah setiap makan dan setelah setiap pemberian obat-obatan				
16	Lepas fiksasi dengan benar				
17	Kaji adanya iritasi dan bersihkan area hidung				
18	Fiksasi kembali dengan tepat				
19	Posisi klien diatur kembali dengan baik				
20	Lepas sarung tangan dengan benar				
	TAHAP TERMINASI				
21	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
22	Pasien dirapikan dengan baik				
23	Berikan edukasi yang terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
24	Alat – alat dibereskan dengan rapi				
25	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
26	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
27	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
	TAHAP DOKUMENTASI				
28	Dokumentasi ditulis dengan benar				
	JUMLAH				

*) *critical point yang harus dilakukan*

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua kritikal point dilakukan

Nilai $\geq 75\%$, kritikal point tidak dilakukan maka BK

Nilai = $\frac{\text{Jumlah kompeten}}{28} \times 100\% = \quad \%$

28

Hasil: K / BK

Yogyakarta,2019

Penguji

(.....)



LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi akibat patologis sistem pencernaan dan metabolik endokrin.

Tindakan : Melaksanakan Pelepasan NGT (*Naso Gastric Tube*)

Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
	TAHAP ORIENTASI				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Identifikasi identitas pasien dengan benar *				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Beri kesempatan klien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
	TAHAP KERJA				
12	Posisi klien diatur dengan tepat				
13	Sarung tangan dipakai dengan benar				
14	Fiksasi dilepas dengan benar				
15	Klem atau tutup selang				
16	Instruksikan pasien untuk menahan napas dan keluaran selang dengan benar				
17	Kaji tanda – tanda aspirasi				
18	Rapikan alat				
19	Posisi klien diatur kembali dengan baik				
20	Lepas sarung tangan dengan benar				
	TAHAP TERMINASI				
21	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
22	Pasien dirapikan dengan baik				
23	Berikan edukasi yang terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
24	Alat – alat dibereskan dengan rapi				
25	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
26	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
27	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
	TAHAP DOKUMENTASI				
28	Dokumentasi ditulis dengan benar				
	JUMLAH				

*) *critical point yang harus dilakukan*

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua kritikal point dilakukan

Nilai $\geq 75\%$, kritikal point tidak dilakukan maka BK

Nilai = $\frac{\text{Jumlah kompeten}}{28} \times 100\% = \quad \%$

28

Hasil: K / BK

Yogyakarta, 20...

Penguji

(.....)



MODUL

PERAWATAN KOLOSTOMI

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu menerapkan Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan.

B. Tujuan Khusus:

Mahasiswa mampu melakukan perawatan kolostomi

B. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan selama 2 x 100 menit praktikum dan 1 x 70 menit mandiri

C. POKOK BAHASAN

Perawatan kolostomi

D. MATERI

A. Perawatan Kolostomi

1. Pengertian

Perawatan kolostomi adalah membersihkan stoma kolostomi, kulit sekitar stoma dan mengganti kantong kolostomi secara berkala sesuai kebutuhan. Kolostomi adalah membuat ostomi di kolon, dibentuk bila usus tersumbat oleh tumor (Harahap, 2006). Kolostomi adalah sebuah lubang yang dibuat oleh dokter ahli bedah pada dinding abdomen untuk mengeluarkan feses (Bouwhuizen, 1991 dalam Murwani, 2009). Randy (1987, dalam Murwani, 2009) mendefinisikan kolostomi sebagai suatu pembuatan lubang sementara atau permanen dari usus besar melalui dinding perut untuk mengeluarkan feses. Evelyn (1991, dalam Murwani, 2009) juga mengatakan bahwa kolostomi merupakan lubang yang dibuat melalui lubang dinding abdomen kedalam kolon iliaka untuk mengeluarkan feses. Berdasarkan defenisi diatas dapat disimpulkan bahwa kolostomi merupakan suatu tindakan pembedahan untuk membuat suatu lubang dari kolon melalui dinding abdomen baik sementara ataupun permanen agar feses dapat keluar melalui kolon.

Fungsi kolostomi akan mulai tampak pada hari ke 3 sampai hari ke 6 pascaoperatif. Perawat melakukan perawatan kolostomi sampai pasien dapat mengambil alih perawatan ini. Perawatan kulit harus diajarkan bersamaan dengan bagaimana menerapkan drainase kantung dan melaksanakan irigasi.



Gambar. Stoma dan kolostomi

Stoma adalah lubang kolostomi yang muncul dipermukaan yang berupa mukosa kemerahan. (Muwarni, 2009). Untuk mengambil keluaran dari stoma, diperlukan sebuah kantong sekali pakai atau kantong drainase yang disebut appliance yang

dilekatkan pada stoma. Karena kontrol sfingter normal tidak digunakan, mungkin akan muncul masalah-masalah kebocoran, pengendalian bau dan iritasi di sekitar area (Blackley, 2004). Perlengkapan ostomi terdiri atas satu lapis dengan barrier kulit hipoalergik untuk mempertahankan integritas kulit peristomal. Perlindungan kulit peristomal adalah aspek penting dalam perawatan stoma. Peralatan yang sesuai ukuran merupakan hal yang penting untuk mencegah kebocoran stoma (Wong, 2009)

Perlengkapan ostomi terdiri atas satu lapis atau dua lapis dengan barrier kulit hipoalergenik untuk mempertahankan integritas kulit peristomal. Kantong harus cukup besar untuk menampung feses dan flatus dalam jumlah sedang tetapi tidak terlalu besar agar tidak membebani bayi atau anak. Perlindungan kulit peristomal adalah aspek penting dari perawatan stoma. Peralatan yang sesuai ukurannya merupakan hal penting untuk mencegah kebocoran isi (Wong, 2009). Lokasi kolostomi menentukan konsistensi tinja baik padat ataupun cair. Pada kolostomi transversum umumnya menghasilkan feses lebih padat. Lokasi kolostomi ditentukan oleh masalah medis pasien dan kondisi umum.

2. Tujuan

1. Menjaga kebersihan pasien
2. Mencegah terjadinya infeksi
3. Mencegah iritasi kulit sekitar stoma
4. Mempertahankan kenyamanan pasien dan lingkungannya

3. Indikasi

Pasien yang mengalami gangguan eliminasi fekal dan dilakukan kolostomi.

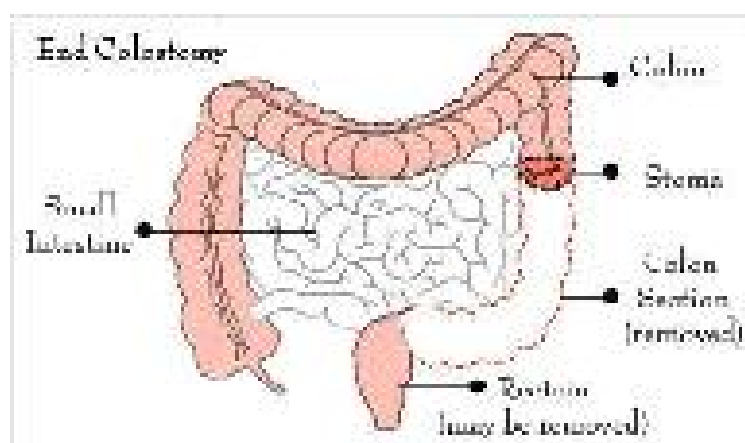
4. Klasifikasi

Ada 3 jenis kolostomi berdasarkan lubang kolostomi, yaitu:

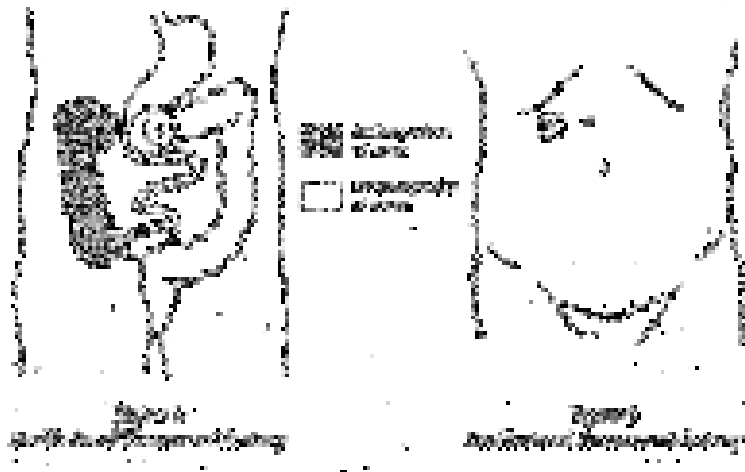
1. Kolostomi loop atau *loop colostomy*, biasanya dilakukan dalam keadaan darurat .



2. *End colostomy/single barrel*, terdiri dari satu stoma dibentuk dari ujung proksimal usus dengan bagian distal saluran pencernaan. End colostomy adalah hasil pengobatan bedah kanker kolorektal.



3. *Double-Barrel colostomy* terdiri dari dua stoma yang berbeda stoma bagian proksimal dan stoma bagian distal (Perry & Potter, 2005).

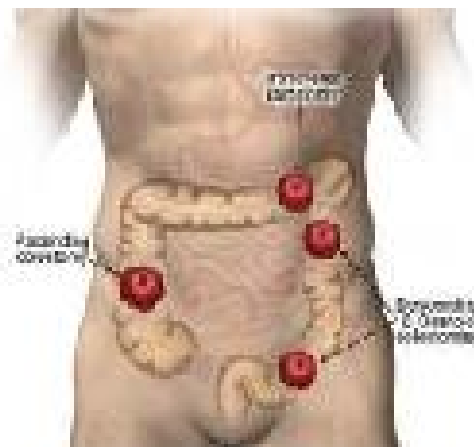


Jenis Kolostomi berdasarkan sifat yaitu :

1. Kolostomi Permanen
 Pembuatan kolostomi permanen biasanya dilakukan apabila pasien sudah tidak memungkinkan untuk defekasi secara normal karena adanya keganasan, perlengketan atau pengangkatan kolon sigmoid atau rectum sehingga tidak memungkinkan feses melalui anus. Kolostomi permanen biasanya berupa kolostomi *single barrel* (dengan satu ujung lubang).
2. Kolostomi Sementara
 Pembuatan kolostomi biasanya ditujukan untuk tujuan dekompresi kolon atau untuk mengalirkan feses sementara dan kemudian akan dikembalikan seperti semula dan abdomen ditutup kembali. Kolostomi temporer ini mempunyai dua ujung yang dikeluarkan melalui abdomen yang disebut kolostomi *double barrel*.

Jenis kolostomi berdasarkan lokasinya;

1. Transversokolostomi merupakan kolostomi di kolon transversum,
2. Sigmoidostomi yaitu kolostomi di sigmoid,
3. Kolostomi desenden yaitu kolostomi di kolon desenden
4. Kolostomi asenden, adalah kolostomi di asenden (Suriadi, 2006)





5. Masalah-masalah yang sering terjadi akibat Kolostomi

1. Iritasi pada kulit

Masalah yang banyak terjadi pasca pembuatan kolostomi adalah iritasi pada kulit di sekitar stoma (Smeltzer & Bare, 2002). Iritasi pada area kulit peristomal banyak terjadi terutama pada lansia, disebabkan oleh lapisan epitel dan lemak subkutan yang semakin tipis karena proses penuaan sehingga kulit menjadi semakin mudah mengalami iritasi (Smeltzer & Bare, 2010). Pada dasarnya, bahan pada kantong kolostomi yang menempel pada permukaan kulit sudah didesain agar tidak menyebabkan iritasi pada kulit (WOCN, 2008). Ostomate (individu yang memiliki stoma) dengan kulit yang sensitif mungkin membutuhkan tes skin patch jika mengeluhkan adanya beberapa reaksi terhadap penempelan beberapa kantong kolostomi.

2. Infeksi Candida Albicans

Individu yang memiliki stoma memiliki resiko terkena infeksi *Candida albicans* yang biasa dikenal sebagai infeksi ragi atau jamur (Eucomed, 2012). Hal ini dikarenakan kulit peristomal memiliki karakteristik hangat, lembap dan tertutup (oleh kantong kolostomi) dimana lingkungan ini kondusif terhadap pertumbuhan jamur. Kulit yang terkena infeksi ini akan berubah menjadi kemerahan dan terasa gatal. Medikasi topical antifungal dapat dioleskan pada area yang terkena infeksi.

B. Rasa gatal, panas dan seperti terbakar pada area penempelan kantong kolostomi mengindikasikan adanya lecet, ruam ataupun infeksi pada kulit (WOCN, 2008). Hal terpenting dalam pencegahan infeksi pada kulit adalah dengan melakukan perawatan kulit peristomal dengan baik. Pemasangan kantong kolostomi yang sesuai dengan stoma merupakan pencegahan utama terjadinya iritasi dan infeksi

pada kulit. Skin barrier (dalam bentuk salep ataupun bedak) dapat diberikan pada area peristomal 30 detik sebelum kantong kolostomi ditempelkan pada kulit

4. Pengeluaran gas dan bau

Masalah lain yang biasa dikeluhkan oleh ostomate adalah pengeluaran gas dan bau dari stoma, konstipasi dan diare (Eucomed, 2012). Pengeluaran gas dan bau pada stoma menjadi masalah pada ostomate karena berbeda dengan pengeluaran melalui anus, pengeluarannya melalui stoma tidak dapat dikontrol. Gas yang terdapat pada saluran pencernaan didapatkan dari beberapa jenis makanan seperti makanan berpengawet, brokoli, kubis, jagung, timun, bawang, dan lobak. Gas juga didapatkan dari menelan udara (secara tak sengaja) pada saat berbicara, makan, merokok dan sebagainya (Eucomed, 2012). Oleh karena itu ostomate dianjurkan untuk mengunyah makanan secara perlahan untuk meminimalkan udara yang masuk. Bau pada gas atau feses yang dikeluarkan juga dapat diakibatkan oleh beberapa makanan

5. Diare

Diare merupakan bertambahnya komposisi cairan pada feses disertai dengan frekuensi BAB yang meningkat dari kebiasaan normal individu (Eucomed, 2012). Akibat dari diare adalah hilangnya cairan dan elektrolit pada tubuh individu. Diare umumnya terjadi pada pasien dengan ileostomi namun dapat terjadi juga pada klien dengan kolostomi. Individu dengan pembuatan stoma di kolon asenden dan transversal akan mengalami perubahan konsistensi feses seperti diare, namun hal ini normal karena penyerapan air pada kolon asenden dan transversal masih minimal. Penatalaksanaan diare, seperti halnya konstipasi, meliputi manajemen diet. Pada saat diare terjadi, individu akan beresiko kehilangan banyak kalium, sehingga butuh asupan makanan mengandung kalium seperti pisang, jeruk, tomat, ubi, kentang, dan gandum (Canada Care Medical, n.d).

f. Komplikasi

Komplikasi atau masalah pada stoma dapat muncul setelah pembedahan kolostomi, di antaranya paling banyak terjadi pada tahun pertama pasca pembedahan (Truven Health Analytics, 2012). Beberapa komplikasi akan dijelaskan sebagai berikut:

1. Retraksi Stoma

Retraksi merupakan kondisi dimana stoma tertarik ke dalam abdomen. Retraksi dapat terjadi bila kolon tidak segera aktif pasca pembedahan kolostomi. Bertambahnya berat badan juga memungkinkan untuk terjadinya retraksi. Tipe kantong kolostoma harus disesuaikan agar pas dengan bentuk stoma setelah terjadi retraksi. Retraksi belum menjadi sebuah komplikasi berat dari stoma jika retraksi stoma ke dalam abdomen < 5 cm dari batas permukaan abdomen.

2. Hernia

Peristomal Hernia dapat terjadi bila ada bagian dari kolon di dalam abdomen yang menekan atau menonjol di area sekitar stoma. Hernia akan tampak semakin jelas ketika pasien sedang duduk, batuk ataupun mendesak abdomen (peningkatan tekanan intra abdomen). Beberapa pasien membutuhkan penggunaan sabuk khusus, ataupun rekomendasi untuk operasi guna memperbaiki kondisi hernia tersebut.

3. Prolaps

Prolaps dapat terjadi akibat proses pembukaan dinding abdomen yang terlalu lebar, fiksasi bowel pada dinding abdomen yang tidak adekuat ataupun akibat peningkatan tekanan intra abdomen. Prolaps yang disertai dengan iskemia atau obstruksi bowel, ataupun prolaps yang berulang dapat direkomendasikan untuk pembedahan ulang.

4. Perdarahan

Perdarahan stoma segera setelah operasi disebabkan oleh hemostasis yang tidak adekuat selama konstruksi stoma. Penyebab lain yang mungkin mengakibatkan perdarahan adalah adanya penyakit penyerta hipertensi portal, trauma oleh ujung tube saat irigasi atau pencukuran area sekitar abdomen atau cedera. Perdarahan ringan kadang memerlukan agen hemostasis topical, atau hanya penekanan langsung. Perdarahan masif atau berulang memerlukan penanganan faktor penyebab perdarahan, sedangkan pasien dengan hipertensi portal memerlukan sclerotherapy atau portosystemic shunting.

5. Iskemik dan Nekrosis Stoma

Iskemik dan nekrosis stoma dapat terjadi akibat adanya penekanan pada pembuluh darah sekitar stoma. Stoma yang baru dibuat melalui operasi harus di observasi setiap 4 jam sekali untuk mengkaji kondisi stoma, apakah suplai darah ke stoma adekuat atau tidak. Stoma yang tersuplai darah yang baik berwarna merah ataupun pink. Stoma yang berwarna ungu, coklat atau hitam menunjukkan adanya suplai darah yang inadkuat. Stoma yang sudah nekrotik membutuhkan operasi sebagai intervensi utama.

6. Stenosis

Stenosis merupakan penyempitan atau konstiksi pada ujung stoma. Hal ini dapat terjadi akibat adanya pembentukan jaringan scar di sekitar stoma yang menyebabkan stoma berangsur terhimpit dan menyempit.

g. Perawatan kolostomi

Perawatan kolostomi yang pertama ialah cara mengganti kantong kolostomi dan membersihkan area stoma. Kantong kolostomi sebaiknya dikosongkan atau diganti ketika kantong sudah terisi 1/3 bagian agar pasien tetap nyaman dengan kantong kolostominya.



Kantong kolostomi yang dapat dikosongkan, dibersihkan dan digunakan kembali adalah jenis kantong kolostomi two-piece system atau kantong yang memiliki lubang drainase di bawahnya. Truven Health Analytics Inc. (2012) memaparkan, kantong kolostomi harus dikosongkan jika sudah 1/3 atau 1/2 penuh. Kantong kolostomi yang penuh akan menjadi berat dan dapat merusak perlekatan kantong kolostomi dengan kulit abdomen, selain itu kantong akan beresiko untuk robek atau rusak karena beban dalam kantong meningkat. Kantong kolostomi yang penuh juga akan membuat benjolan di balik pakaian dan dapat mengganggu penampilan. Kantong kolostomi drainable dapat dikosongkan dengan menekan bagian bawah kantong, kemudian mengeluarkan feces langsung ke dalam toilet. Kemudian kantong dapat dibersihkan atau dibilas meskipun Truven Health Analytics Inc mengatakan hal ini tidak begitu penting untuk dilakukan. Gambar 2.12 menunjukkan cara mengosongkan kantong kolostomi.

Burch (2008) dalam Burch (2013) menyatakan mayoritas pasien dengan kolostomi mengganti kantong kolostominya 3 kali sehari hingga 3 kali seminggu, dengan rata-rata penggantian kolostomi secara rutin selama satu hari sekali. Ketika akan mengganti dengan kantong yang baru, perhatikan ukuran dari lubang kantong kolostomi. Ukuran lubang kantong kolostomi harus sesuai dengan stoma, beri kelonggaran sekitar 1/8 inci atau sekitar 0,3 cm (Canada Care Medical, n.d). Penggantian kantong kolostomi dimulai dengan melepaskan perlekatan kantong kolostomi dengan kulit abdomen secara perlahan sambil sedikit menekan kulit abdomen yang menempel dengan kantong, kemudian bersihkan stoma. Stoma dibersihkan dengan air, jika ingin menggunakan sabun, gunakan sabun yang tidak mengandung minyak ataupun parfum karena dapat mengiritasi (Truven Health Analytics Inc, 2012). Kulit di sekitar stoma harus dijaga agar tetap kering.

Perawatan kolostomi erat kaitannya dengan perawatan kulit. Perawatan kulit di sekitar stoma dilakukan bersamaan dengan penggantian kantong kolostomi. Beberapa orang menggunakan air hangat saat melepaskan kantong stoma dari kulit abdomen, agar lebih mudah dan nyaman pada kulit. Terkadang kulit akan terlihat kemerahan atau lebih gelap segera setelah perekat kantong kolostomi dilepaskan, namun akan segera normal

beberapa menit (WOCN Society, 2008). Hal ini dimungkinkan karena terjadi penekanan pada area kulit selama kantong terpasang, atau kantong kolostomi dilepaskan secara cepat dari kulit abdomen.

Pasien ataupun care giver dapat sekaligus mengobservasi stoma setiap mengganti kantong kolostomi. Stoma yang normal akan terlihat merah atau pink terang, lembap, tidak mengerut dan tampak seperti membran mukosa oral (Borwell, 2011). Stoma normal akan memiliki produksi feses, tidak ada sumbatan serta tidak ada nyeri. Stoma yang tidak sehat atau mengalami nekrosis ditunjukkan dengan warna hitam atau biru kehitaman. Permukaan stoma yang tidak sehat akan tampak kering, terdapat darah yang terus keluar, stoma menonjol atau masuk ke dalam sebanyak 5 cm, ujung stoma mengerut, sedikit atau tidak ada produksi feses dan terdapat nyeri pada area stoma.

h. Asuhan keperawatan pada pasien kolostomi

1. Pengkajian

- a) Keadaan stoma :
 - 1) Warna stoma (normal warna kemerahan).
 - 2) Tanda-tanda perdarahan (perdarahan luka operasi).
 - 3) Tanda-tanda peradangan (tumor, rubor, color, dolor, fungsolaese).
- b) Posisi stoma.
- c) Apakah ada perubahan eliminasi tinja :
 - 1) Konsistensi, bau, warna feces.
 - 2) Apakah ada konstipasi / diare ?
 - 3) Apakah feces tertampung dengan baik ?
 - 4) Apakah pasien/ keluarga dapat mengurus feces sendiri ?
- d) Apakah ada gangguan rasa nyeri :
 - 1) Keluhan nyeri ada/ tidak.
 - 2) Hal-hal yang menyebabkan nyeri.
 - 3) Kualitas nyeri.
 - 4) Kapan nyeri timbul (terus menerus / berulang).
 - 5) Apakah pasien gelisah atau tidak.
- e) Apakah kebutuhan istirahat dan tidur terpenuhi
 - 1) Tidur nyenyak/ tidak.
 - 2) Apakah stoma mengganggu tidur/tidak.
 - 3) Adakah faktor lingkungan mempersulit tidur.
 - 4) Adakah faktor psikologis mempersulit tidur ?
- f) Bagaimana konsep diri pasien ?

Bagaimana persepsi pasien terhadap: identitas diri, harga diri, ideal diri, gambaran diri, & peran.
- g) Apakah ada gangguan nutrisi :
 - 1) Bagaimana nafsu makan klien.
 - 2) BB normal atau tidak.
 - 3) Bagaimana kebiasaan makan pasien.
 - 4) Makanan yang menyebabkan diare.
 - 5) Makanan yang menyebabkan konstipasi.
- h) Apakah pasien seorang yang terbuka ?
 - 1) Maukah pasien mengungkapkan masalahnya.
 - 2) Dapatkah pasien beradaptasi dgn lingkungan setelah tahu bagian tubuhnya diangkat.

2. Diagnosa Keperawatan

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik
- b) Gangguan rasa nyaman
- c) Kerusakan integritas kulit
- d) Perubahan pola eliminasi fekal
- e) Gangguan konsep diri ; citra tubuh
- f) Resiko infeksi

3. Perencanaan / Intervensi

Tujuan : Agar pasien dapat BAB dengan teratur

Intervensi :

- a. Hindari makan makanan berefek laksatif
- b. Hindari makan makanan yang menyebabkan konstipasi (makanan yang keras)
- c. Kolaborasi dengan ahli gizi masalah menu makanan
- d. Kontrol makanan yang dibawa dari rumah
- e. Berikan minum yang cukup (2-3 lt/hari)
- f. Pola makan yang teratur (3 kali sehari)

Tujuan : Agar rasa nyeri dapat berkurang

Intervensi :

- a. Catat pemberian medikasi pada saat intra operatif
- b. Evaluasi rasa nyeri dan karakteristiknya
- c. Beri pengertian pada klien agar rasa nyeri diterima sebagai suatu yang wajar dlm batas tertentu
- d. Berikan analgetik sebagai tindakan kolaborasi

Tujuan : Agar kebutuhan nutrisi terpenuhi

Intervensi :

- a. Bekerja sama dengan ahli gizi untuk menu makanan
- b. Berikan gizi yang adekuat sesuai dengan kebutuhan
- c. Berikan motivasi agar tidak merasa takut menghabiskan makanannya

Tujuan : Agar tidak terjadi gangguan konsep diri

Intervensi :

- a. Berikan dorongan semangat yang membesarkan hati
- b. Hindari sikap asing pada keadaan penyakit pasien
- c. Arahkan agar klien mampu merawat diri sendiri
- d. Beri penjelasan agar klien dapat menerima keadaan dan beradaptasi terhadap stomanya
- e. Hindarkan perilaku yang membuat pasien tersinggung (marah, jijik, dll)

Tujuan : Agar kebutuhan seksualitas dapat terpenuhi

Intervensi :

- a. Beri penjelasan bahwa klien boleh melakukan hubungan seksual dengan wajar

Tujuan : Agar tidak terjadi gangguan integritas kulit

Intervensi :

- a. Lakukan teknik perawatan baik (bersih)
- b. Lindungi kulit dengan pelindung kulit (vaselin / skin barrier) disekitar stoma
- c. Letakan alas (kasa) yang dapat menyerap aliran feces

Tujuan : Untuk menghindari infeksi sekunder

Intervensi :

- a. Lakukan tindakan aseptik dan antiseptik pada stoma
- b. Ajarkan klien tentang personal hygiene dan perawatan stoma

Tujuan : Agar klien tidak takut melakukan aktifitas

Intervensi :

- a. Berikan penjelasan masalah aktifitas yang tidak boleh dilakukan (olah raga sepak bola, lari)
- b. Bila akan melakukan aktifitas kantong stoma diberi penyangga (ikat pinggang)

4. Pelaksanaan / Implementasi

Melakukan perawatan kolostomi

5. Evaluasi

Setelah dilakukan perawatan kolostomi kebersihan stoma terjaga

i. KEGIATAN PRAKTIKUM

Mahasiswa semester IV Akper YKY Yogyakarta dibagi menjadi 4 kelompok besar dengan 4 dosen pengampu matakuliah KMB I. Kegiatan praktikum meliputi demonstrasi, simulasi dan evaluasi dari masing – masing prasat keterampilan KMB I.

j. DAFTAR PUSTAKA

Black, J.M. & Hawks, J.H. (2009) *Medical–surgical nursing. Clinical management for positive outcomes*. 8 th edition. St. Louis : Saunders, an imprint of Elsevier, Inc.

Borwell, B. (2011). *Stoma management and palliative care*. Journal of Community Nursing: 25(4), 4-10.

Eucomed Medical Technology. (2012). *Access to ostomy supplies and innovation: guiding principles for European payers*. 28 Juni 2013.


Canada Care Medical. (n.d). *Colostomy care*. 20 Mei 2013.
<http://www.canadacaremedical.com/ostomy/Colostomy.Care.php>


Smeltzer & Bare. (2010). *Buku ajar keperawatan medical bedah*. (Penerjemah: Waluyo, A.). Jakarta: EGC

Truven Health Analytics. (2012). *Colostomy care*. 20 Mei 2013.
<http://www.drugs.com/cg/colostomy-care.html>

WOCN Society. (2008). *Basic ostomy skin care*. 20 Mei 2013.
http://www.ostomy.org/ostomy_info/wocn/wocn_basic_ostomy_skin_care.pdf

G. STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

 Akademi Keperawatan "YKY"	PERAWATAN KOLOSTOMI		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke :	Halaman :
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Diberlakukan Tanggal :	Ditetapkan Oleh Direktur Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep NIK. 1141 03 052	
Pengertian	Mengajarkan kepada klien bagaimana cara membersihkan stoma kolostomi, kulit sekitar stoma dan mengganti kantong kolostomi secara berkala sesuai kebutuhan		
Tujuan	1. Menjaga kebersihan pasien 2. Mencegah terjadinya infeksi 3. Mencegah iritasi kulit sekitar stoma 4. Mempertahankan kenyamanan pasien dan lingkungannya		
Kebijakan	Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan ; Perawatan Kolostomi		
Prosedur	Persiapan Pasien : 1. Memberikan penjelasan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan dan tujuan tindakan 2. Mengatur psosisi tidur pasien (supinasi) 3. Menjaga lingkungan dan privasi pasien Persiapan Alat : 1. Kolostomi bag/kantong 2. Kasa steril 3. Kapas sublimat 4. Sarung tangan 5. Bengkok dan kantong sampah 6. Perlak dan pengalas 7. Zink salep 8. Plester dan gunting 9. Instrumen set (ganti balutan) Prosedur Kerja : 1. Perawat cuci tangan 2. Gunakan sarung tangan 3. Letakkan perlak dan pengalas dibawah stoma 4. Letakkan bengkok/kantong sampah medis di dekat tubuh pasien 5. Mengobservasi produk stoma (warna, konsistensi, dll) 6. Membuka kantong kolostomi secara hati-hati dengan menggunakan pinset dan tangan kiri menekan kulit pasien 7. Meletakkan bagian kotor kantong kolostomi ke dalam bengkok/kantong sampah medis 8. Melakukan observasi terhadap kulit dan stoma 9. Membersihkan kolostomi dan kulit sekitar dengan kapas sublimat dengan air hangat/NaCL 0,9%		

	<ol style="list-style-type: none"> 10. Mengeringkan kulit sekitar kolostomi menggunakan kasa steril 11. Memberikan zink salep (tipis-tipis) jika terdapat iritasi pada kulit sekitar stoma 12. Mengukur besar lubang kantong kolostomi dengan besar stoma  <ol style="list-style-type: none"> 13. Menyesuaikan posisi kantong kolostomi dengan stoma 14. Memasukkan stoma melalui lubang kantong kolostomi 15. Merekatkan kantong kolostomi dengan tepat tanpa udara di dalamnya 16. Merapikan klien dan lingkungannya 17. Membereskan alat-alat dan membuang kotoran 18. Melepas sarung tangan 19. Mencuci tangan 20. Membuat laporan
Unit Terkait	Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, unit penunjang



LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan Keperawatan pada gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi sebagai akibat patologis sistem pencernaan dan persyarafan
Tindakan : Melaksanakan Perawatan Kolostomi
Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
	TAHAP ORIENTASI				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Klarifikasi identitas pasien dengan benar*				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Beri kesempatan pasien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
	TAHAP KERJA				
12	Perawat cuci tangan				
13	Sarung tangan digunakan				
14	Perlak dan pengalas diletakkan dibawah stoma				
15	Bengkok/kantong sampah medis diletakkan dekat tubuh pasien				
16	Produk stoma diobservasi dengan benar				
17	Kantong kolostomi dibuka secara hati-hati dengan menggunakan pinset dan tangan kiri menekan kulit pasien				
18	Bagian kotor kantong kolostomi diletakkan ke dalam bengkok/kantong sampah medis				
19	Stoma dan kulit sekitar diobservasi dengan benar				
20	Kolostomi dan kulit sekitar dibersihkan dengan kapas sublimat dengan air hangat/NaCL 0,9%				
21	Kulit sekitar kolostomi dikeringkan dengan benar				
22	Zink salep diberikan (tipis-tipis) jika terdapat iritasi pada kulit sekitar stoma				
23	Besar lubang kantong kolostomi diukur sesuai dengan besar stoma				
24	Stoma dimasukkan melalui lubang kantong kolostomi				
25	Kantong kolostomi direkatkan dengan tepat				
	TAHAP TERMINASI				
26	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
27	Pasien dirapikan dengan baik				
28	Berikan edukasi terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
29	Alat-Alat dibereskan dengan rapi				

30	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
31	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
32	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
	PENDOKUMENTASIAN				
33	Dokumentasi ditulis dengan benar				
JUMLAH					

(* Merupakan *kritikal point* yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua *kritikal point* dilakukan

Belum Kompeten : Nilai $< 75\%$ / $\geq 75\%$

kritikal point tidak dilakukan

Nilai = $\frac{\text{Jumlah kompeten}}{33} \times 100\% = \quad \%$

33

Hasil: K / BK

Yogyakarta, 20...

Penguji

(.....)



MODUL MANUAL FECAL

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan

2. Tujuan Khusus:

Mahasiswa mampu melakukan manual fecal

B. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan selama 1 x 100 menit praktikum dan 1 x 70 menit mandiri

C. POKOK BAHASAN

Manual Fecal

D. MATERI

1. Pengertian

Eliminasi fekal (defekasi) adalah proses pembuangan atau pengeluaran sisa metabolisme berupa feses dan flatus yang berasal dari saluran pencernaan melalui anus. Defekasi juga disebut *bowel movement* (pergerakan usus).

Fisiologi defekasi yaitu sewaktu makanan masuk ke lambung terjadi gerakan massa di kolon yang disebabkan oleh refleks gastrokolon. Ketika gerakan massa di kolon mendorong isi kolon ke dalam rektum, terjadi peregangan rektum yang memicu refleks defekasi.

Pada proses defekasi terjadi dua macam refleks, yaitu :

1. Reflek defekasi intrinsik

Refleks ini berasal dari feses yang masuk ke rectum sehingga terjadi distensi rectum, yang kemudian menyebabkan rangsangan pada fleksus mesentrikus dan terjadilah gerakan peristaltik. Setelah feses tiba di anus secara sistematis spinkter interna relaksasi maka terjadilah defekasi.

2. Reflek defekasi parasimpatis

Feses yang masuk ke rektum akan merangsang saraf rectum yang kemudian diteruskan ke spinal cord. Dari spinal cord kemudian dikembalikan ke kolon desenden, sigmoid, dan rectum yang menyebabkan intensifnya peristaltik dan relaksasi spinkter interna, maka terjadilah defekasi.

Selain itu dorongan feses juga dipengaruhi oleh kontraksi otot abdomen, tekanan diafragma dan kontraksi otot elevator ani. Defekasi juga dipermudah oleh fleksi otot femur dan posisi jongkok.

Impaksi fekal adalah retensi feces yang mengeras pada rektum atau simoid bagian bawah. Klien sering mengeluh konstipasi, nyeri pada dubur. Banyak terjadi pada klien dengan gangguan neurologis atau psikosis. Untuk mengatasi komplikasi lebih lanjut, feces perlu dikeluarkan secara manual. Manual fekal adalah tindakan memasukkan jari ke dalam rektum pasien.

2. Tujuan manual fekal

Manual fekal bertujuan bertujuan untuk mengeluarkan feces yang mengeras dari rektum atau sigmoid bawah

3. Indikasi manual fekal

1. Massa feses terlalu besar dan keras sehingga sukar untuk keluar
2. pemberian enema tidak berhasil
3. Adanya konstipasi pada lansia.
4. Imobilisasi yang tidak mampu ambulasi secara teratur

4. Faktor yang mempengaruhi defekasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi defekasi antara lain :

1. Usia
2. Pada bayi, kontrol defekasi belum berkembang dengan baik. Sedangkan pada lansia, kontrol defekasi menurun seiring dengan berkurangnya kemampuan fisiologis sejumlah organ.
3. Asupan cairan
4. Asupan cairan yang kurang akan menyebabkan feses lebih keras. Hal ini dikarenakan jumlah absorpsi cairan di kolon meningkat.
5. Tonus otot
6. Tonus otot terutama otot abdomen yang ditunjang dengan aktivitas yang cukup akan membantu defekasi.
7. Faktor psikologis
8. Perasaan takut atau cemas akan mempengaruhi peristaltik atau motilitas usus sehingga dapat menyebabkan diare.
9. Pengobatan
10. Beberapa jenis obat dapat menimbulkan efek konstipasi. Laksatif dan katartik dapat melunakkan feses. Obat-obat lain yang dapat mengganggu pola defekasi antara lain analgesik narkotik, opiat, dan antikolinergik.
11. Kerusakan sensorik dan motorik
12. Kerusakan pada medula spinalis dan cedera di kepala akan mengakibatkan penurunan stimulus sensorik untuk defekasi.
13. Penyakit
14. Beberapa penyakit pencernaan dapat menyebabkan diare dan konstipasi.
15. Nyeri
16. Pada kondisi tertentu (hemoroid, bedah rektum, melahirkan), defekasi akan menyebabkan nyeri. Akibatnya pasien seringkali menekan keinginan untuk defekasi. Lama kelamaan kondisi ini dapat menyebabkan konstipasi.
17. Diet
18. Makanan berserat akan mempercepat produksi feses, banyaknya makanan yang masuk ke dalam tubuh juga mempengaruhi proses defekasi.
19. Gaya hidup
20. Kebiasaan untuk melatih pola buang air besar sejak kecil secara teratur, fasilitas buang air besar dan kebiasaan menahan buang air besar.

E. KEGIATAN PRAKTIKUM

Mahasiswa semester IV Akper YKY Yogyakarta dibagi menjadi 4 kelompok besar dengan 4 dosen pengampu matakuliah KMB I. Kegiatan praktikum meliputi demonstrasi, simulasi dan evaluasi dari masing – masing prasat keterampilan KMB I.

F. DAFTAR PUSTAKA


A.Aziz Alimul Hidayat,S.Kp, Musrifatul Uliyah, S.Kp. 2002. *Kebutuhan Dasar Manusia*.Jakarta

Puruhito. *Dasar-Dasar Pemberian Cairan dan Elektrolit Pada Kasus-Kasus Bedah*. Airlangga Univercity Press: Surabaya.

Black, J.M. & Hawks, J.H. (2009) *Medical–surgical nursing. Clinical management for positive outcomes*. 8 th edition. St. Louis : Saunders, an imprint of Elsevier, Inc.

Smeltzer & Bare. (2010). *Buku ajar keperawatan medical bedah*. (Penerjemah: Waluyo, A.). Jakarta: EGC

G. STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

 Akademi Keperawatan “YKY”	MANUAL FECAL		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke :	Halaman :
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Diberlakukan Tanggal :	Ditetapkan Oleh Direktur Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep NIK. 1141 03 052	
Pengertian	Tindakan memasukkan jari ke dalam rektum pasien.		
Tujuan	Mengeluarkan feces yang mengeras dari rektum atau sigmoid bawah		
Kebijakan	Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan		
Prosedur	Persiapan alat : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan bersih 2. Pelumas/ vaselin 3. Alat penampung atau pispot 4. Pengalas 5. Sabun 6. 2 baskom berisi air hangat 7. Handuk 8. Tisu Prosedur : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi nama dengan benar 2. Perkenalkan diri 3. Mengucapkan salam 4. Menyampaikan tujuan 5. Menyampaikan prosedur 6. Menyampaikan kontrak waktu 7. Menjaga privasi 8. Memberikan kesempatan bertanya 9. Cuci tangan 10. Memasang selimut mandi dan menurunkan selimut tidur pasien 11. Buka pakaian bawah pasien 12. Mengatur posisi pasien (miring ke kiri dengan lutut sedikit fleksi) 13. Pasang pengalas di bawah pantat pasien 14. Meletakkan pispot di tempat yang memudahkan tindakan (di samping pasien dibawah pantat) 15. Memakai sarung tangan 16. Memberi pelumas pada jari telunjuk dan jari tengah 17. Memasukkan jari telunjuk ke lubang anus pasien sampai rectum 18. Gerakkan jari untuk menghancurkan feces 19. Melepaskan feces dari dinding rectum dengan membuat gerakan disekitarnya 20. Menarik feces ke anus, di keluarkan dan diletakkan ke dalam pispot 21. Ulangi kembali tindakan jika masih teraba skibala di rectum pasien 22. Observasi irama jantung, perdarahan, rasa nyeri dan tanda 		

	<p>kelelahan pada pasien (nafas pendek, berkeringat) secara periodik selama prosedur berlangsung.</p> <ol style="list-style-type: none"> 23. Menghentikan prosedur jika ada perubahan irama jantung dan menganjurkan istirahat kepada pasien sebelum melanjutkan prosedur 24. Bersihkan daerah perianal dengan tisu 25. Gunakan waslap untuk membersihkan daerah perianal dengan sabun 26. Bilas dengan dengan air bersih dan keringkan dengan handuk 27. Lepaskan sarung tangan 28. Lepaskan pengalas dan selimut mandi 29. Berikan selimut yang bersih 30. Bereskan alat 31. Lakukan evaluasi tindakan 32. Lakukan kontrak waktu 33. Mengahiri tindakan 34. Melakukan dokumentasi
Unit Terkait	Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, unit penunjang

H. LEMBAR OBSERVASI



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN YKY

LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem perkemihan metabolik dan endokrin

Tindakan : Melaksanakan Manual Fecal

Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
	TAHAP ORIENTASI				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Klarifikasi identitas pasien dengan benar*				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Beri kesempatan pasien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
	TAHAP KERJA				
12	Perawat cuci tangan				
13	Pasang selimut mandi dan menurunkan selimut tidur pasien dengan benar				
14	Buka pakaian bawah pasien dengan benar				
15	Atur posisi pasien dengan benar				
16	Pasang pengalas dengan benar				
17	Letakkan pispot dengan benar				
18	Memakai sarung tangan				
19	Memasukkan jari telunjuk ke lubang anus pasien dengan benar				
20	Gerakkan jari dengan benar				
21	Mengeluarkan feses dengan benar				
22	Ulangi kembali tindakan dengan benar				
23	Observasi irama jantung, perdarahan, rasa nyeri dan tanda kelelahan pada pasien dengan benar				
24	Bersihkan daerah perianal dengan benar				
25	Gunakan waslap untuk membersihkan daerah perianal dengan benar				
26	Bilas dengan air bersih dan keringkan dengan handuk				
27	Lepaskan sarung tangan dengan benar				
28	Lepaskan pengalas dengan benar				

29	Berikan selimut yang bersih				
	TAHAP TERMINASI				
30	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
31	Pasien dirapikan dengan baik				
32	Berikan edukasi terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
35	Alat-Alat dibereskan dengan rapi				
34	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
43	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
44	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
	PENDOKUMENTASIAN				
45	Dokumentasi ditulis dengan benar				
JUMLAH					

*) Merupakan *kritikal point* yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua *kritikal point* dilakukan

Belum Kompeten : Nilai $< 75\%$ / $\geq 75\%$ *kritikal point* tidak dilakukan

Yogyakarta, 20...

Penguji

Nilai = $\frac{\text{Jumlah kompeten}}{45} \times 100\% = \quad \%$

Hasil: K / BK

(.....)



MODUL

MELAKUKAN PEMERIKSAAN GULA DARAH DAN MEMBERIKAN TERAPI INSULIN

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu menerapkan Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi akibat patologis sistem pencernaan dan metabolik endokrin.

2. Tujuan Khusus:

Mahasiswa mampu:

1. Mampu melakukan pemeriksaan gula darah
2. Mampu melakukan terapi insulin

B. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan selama 1 x 100 menit praktikum dan 1 x 70 menit mandiri

C. POKOK BAHASAN

Pemeriksaan gula darah

Pemberian terapi insulin

D. MATERI

1. Pengertian

Glukosa darah adalah istilah yang mengacu kepada kadar glukosa dalam darah yang konsentrasinya diatur ketat oleh tubuh. Glukosa yang dialirkan melalui darah adalah sumber utama energi untuk sel - sel tubuh. Umumnya tingkat glukosa dalam darah bertahan pada batas -batas 4 - 8 mmol/L/hari (70 - 150 mg/dl), kadar ini meningkat setelah makan dan biasanya berada pada level terendah dipagi hari sebelum orang - orang mengkonsumsi makanan.

Kadar glukosa darah sepanjang hari bervariasi dimana akan meningkat setelah makan dan kembali normal dalam waktu 2 jam. Kadar glukosa darah yang normal pada pagi hari setelah malam sebelumnya berpuasa adalah 70 - 110 mg/dL darah. Kadar glukosa darah biasanya kurang dari 120 -140 mg/dL pada 2 jam setelah makan atau minum cairan yang mengandung glukosa maupun karbohidrat lainnya. Kadar glukosa darah sepanjang hari bervariasi dimana akan meningkat setelah makan dan kembali normal dalam waktu 2 jam. Kadar glukosa darah yang normal pada pagi hari setelah malam sebelumnya berpuasa adalah 70 - 110 mg/dL darah. Kadar glukosa darah biasanya kurang dari 120 - 140 mg/dL pada 2 jam setelah makan atau minum cairan yang mengandung glukosa maupun karbohidrat lainnya

Kadar glukosa darah yang normal cenderung meningkat secara ringan tetapi bertahap setelah usia 50 tahun, terutama pada orang - orang yang tidak aktif bergerak. Peningkatan kadar glukosa darah setelah makan atau minum merangsang pankreas untuk menghasilkan insulin sehingga mencegah kenaikan kadar glukosa darah yang lebih lanjut dan menyebabkan kadar glukosa darah menurun secara perlahan.

2. Kriteria Diagnosis Kadar Gula Darah

Metode Pengukuran	Kadar Glukosa Darah			
	Normal	DM	IFG	IGT
Glukosa darah puasa (Fasting Glucose)	< 6,1 mmol/L (<110 mg/dL)	≥ 7,0 mmol/L (≥126 mg/dL)	< 7,0 mmol/L (<126mg/dL)	< 6,1mmol/L (<110mg/dL)
Glukosa darah 2 jam setelah makan (2 hours)	Nilai yang sering diperoleh tidak spesifik >7,8 mmol/L (>140 mg/dL)	>11,1 mmol/L (>200mg/dL)	>7,8mmol/L (>140mg/dL)	>7,8 mmol/L (>140 mg/dL) Tidak diukur

(Sumber : Perkeni, 2011)

Kadar glukosa darah normal (Normoglycaemia). Normoglycaemia adalah kondisi dimana kadar glukosa darah yang ada mempunyai resiko kecil untuk dapat berkembang menjadi diabetes atau menyebabkan munculnya penyakit jantung dan pembuluh darah.

IGT (Impairing Glucose Tolerance). IGT oleh WHO didefinisikan sebagai kondisi dimana seseorang mempunyai resiko tinggi untuk terjangkit diabetes walaupun ada kasus yang menunjukkan kadar glukosa darah dapat kembali ke keadaan normal. Seseorang yang kadar glukosa darahnya termasuk dalam kategori IGT juga mempunyai resiko terkena penyakit jantung dan pembuluh darah yang sering mengiringi penderita diabetes. Kondisi IGT ini menurut para ahli terjadi karena adanya kerusakan dari produksi hormon insulin dan terjadinya kekebalan jaringan otot terhadap insulin yang diproduksi.

IFG (Impairing Fasting Glucose). Batas bawah untuk IFG tidak berubah untuk pengukuran glukosa darah puasa yaitu 6.1 mmol/L atau 110 mg/dL. IFG sendiri mempunyai kedudukan hampir sama dengan IGT. Bukan entitas penyakit akan tetapi sebuah kondisi dimana tubuh tidak dapat memproduksi insulin secara optimal dan terdapatnya 10 gangguan mekanisme penekanan pengeluaran glukosa dari hati ke dalam darah.

3. Metode pengukuran Kadar Glukosa

1. Glukosa darah sewaktu
Pemeriksaan glukosa darah yang dilakukan setiap waktu sepanjang hari tanpa memperhatikan makanan terakhir yang dimakan dan kondisi tubuh orang tersebut.
2. Glukosa darah puasa dan 2 jam setelah makan
Pemeriksaan glukosa darah puasa adalah pemeriksaan glukosa yang dilakukan setelah pasien berpuasa selama 8 - 10 jam, sedangkan pemeriksaan glukosa 2 jam setelah makan adalah pemeriksaan yang dilakukan 2 jam dihitung setelah pasien menyelesaikan makan


E. KEGIATAN PRAKTIKUM


Mahasiswa semester IV Akper YKY Yogyakarta dibagi menjadi 4 kelompok besar dengan 4 dosen pengampu matakuliah KMB I. Kegiatan praktikum meliputi demonstrasi, simulasi dan evaluasi dari masing – masing prasat keterampilan KMB I.

F. DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Aziz.(2004). Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia.EGC.Jakarta.
- Muttaqin, Arif.(2008). Buku Ajar Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Endokrin.Jakarta. Salemba Medika
- Kozier, BG & Oliveri, R.(1996). Fundamental of Nursing ; Concepts Process Practice (4 th ed).
- Addison- Wesley Maria Susiati.(2008). Ketrampilan Keperawatan Dasar Paket 1. EMS. Jakarta.

G. STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

 Akademi Keperawatan "YKY"	MELAKUKAN PEMERIKSAAN KADAR GULA DARAH		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke :	Halaman :
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Diberlakukan Tanggal :	Ditetapkan Oleh Direktur Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep NIK. 1141 03 052	
Pengertian	Pemeriksaan gula darah adalah salah satu jenis pemeriksaan laboratorium untuk mendeteksi kadar gula di dalam darah dalam kondisi sewaktu, puasa dan 2 jam postprandial		
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mengetahui kadar gula darah pada pasien		
Kebijakan	Capaian Pembelajaran: Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi akibat patologis sistem pencernaan dan metabolik endokrin.		
Prosedur	Persiapan alat : 1. Glukometer 2. Stik Gula Darah 3. Lancet 4. Neirbeiken 5. Kapas alcohol 6. Handscoen Prosedur 1. Identifikasi pasien 2. Menyampaikan tujuan 3. Menyampaikan prosedur 4. Menyampaikan kontrak waktu 5. Menyiapkan lingkungan yang nyaman 6. Cuci tangan 7. Menggunakan sarung tangan / handscun 8. Memosisikan nyaman 9. Pasang stik gula darah pada alat glukometer 10. Membersihkan area penusukan menggunakan kapas alcohol 11. Menusukkan lanset di jari tangan pasien 12. Meletakkan stik gula darah di jari tangan pasien 13. Menutup bekas tusukan dengan kapas alcohol 14. Menunggu alat glukometer mendeteksi kadar gula darah 15. Membaca hasil dan menulis diform laboratorium. 16. Melakukan Evaluasi hasil pemeriksaan 17. Melakukan kontrak waktu 18. Membereskan alat 19. Mencuci tangan.		
Unit Terkait	Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, unit penunjang		

 Akademi Keperawatan "YKY"	MEMBERIKAN TERAPI INSULIN		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke :	Halaman :
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Diberlakukan Tanggal :	Ditetapkan Oleh Direktur Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep NIK. 1141 03 052	
Pengertian	Insulin adalah hormon yang digunakan untuk menurunkan kadar gula darah pada Diabetes Mellitus		
Tujuan	Mengontrol kadar gula darah dalam pengobatan diabetes mellitus.		
Kebijakan	Capaian Pembelajaran: Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi akibat patologis sistem pencernaan dan metabolik endokrin.		
Prosedur	<p>Persiapan alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Spuit insulin / insulin pen (<i>Actrapid Novolet</i>). 2. Vial insulin 3. Kapas + alkohol / <i>alcohol swab</i>. 4. Handscoen bersih. 5. Daftar / formulir obat klien. <p>Prosedur</p> <p>Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji program/instruksi medik tentang rencana pemberian terapi injeksi insulin (<i>Prinsip 6 benar : Nama klien, obat/jenis insulin, dosis, waktu, cara pemberian, dan pendokumentasian</i>). 2. Mengkaji cara kerja insulin yang akan diberikan, tujuan, waktu kerja, dan masa efek puncak insulin, serta efek samping yang mungkin timbul. 3. Mengkaji tanggal kadaluarsa insulin. 4. Mengkaji adanya tanda dan gejala hipoglikemia atau alergi terhadap <i>human</i> insulin. 5. Mengkaji riwayat medik dan riwayat alergi. 6. Mengkaji keadegan jaringan adipose, amati apakah ada pengerasan atau penurunan jumlah jaringan. 7. Mengkaji tingkat pengetahuan klien prosedur dan tujuan pemberian terapi insulin. 8. Mengkaji obat-obat yang digunakan waktu makan dan makanan yang telah dimakan klien. <p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam pada pasien 2. Menjelaskan kepada klien tentang persiapan dan tujuan prosedur pemberian injeksi insulin. 3. Menutup sampiran <p>Tahap Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Memakai handscun bersih. 3. Penyuntikan insulin 		

<p>Pemakaian spuit insulin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengambil vial insulin dan aspirasi sebanyak dosis yang diperlukan untuk klien (berdasarkan daftar obat pasien/instruksi medik). 2. Memilih lokasi suntikan. Periksa apakah dipermukaan kulitnya terdapat kebiruan, inflamasi, atau edema. 3. Melakukan rotasi tempat/lokasi penyuntikan insulin. Lihat catatan perawat sebelumnya. 4. Mendesinfeksi area penyuntikan dengan kapas alcohol/<i>alcohol swab</i>, dimulai dari bagian tengah secara sirkuler \pm 5 cm. 5. Mencubit kulit tempat area penyuntikan pada klien yang kurus dan regangkan kulit pada klien yang gemuk dengan tangan yang tidak dominan. 6. Menyuntikkan insulin secara <i>subcutan</i> dengan tangan yang dominan secara lembut dan perlahan. 7. Mencabut jarum dengan cepat, tidak boleh di <i>massage</i>, hanya dilakukan penekanan pada area penyuntikan dengan menggunakan kapas alkohol. 8. Membuang spuit ke tempat yang telah ditentukan dalam keadaan jarum yang sudah tertutup dengan tutupnya. <p>Pemakaian Insulin Pen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa apakah Novolet berisi tipe insulin yang sesuai dengan kebutuhan. 2. Mengganti jarum pada insulin pen dengan jarum yang baru. 3. Memasang <i>cap Novolet</i> sehingga angka nol (0) terletak sejajar dengan indikator dosis. 4. Memegang novolet secara horizontal dan menggerakkan insulin pen (bagian <i>cap</i>) sesuai dosis yang telah ditentukan sehingga indikator dosis sejajar dengan jumlah dosis insulin yang akan diberikan kepada klien. <i>Skala pada cap : 0, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 unit</i> (setiap rasa "klik" yang dirasakan perawat saat memutar <i>cap</i> Insulin Pen menandakan 2 unit insulin telah tersedia). 5. Memilih lokasi suntikan. Periksa apakah dipermukaan kulitnya terdapat kebiruan, inflamasi, atau edema. 6. Melakukan rotasi tempat/lokasi penyuntikan insulin. Lihat catatan perawat sebelumnya. 7. Mendesinfeksi area penyuntikan dengan kapas alcohol/<i>alcohol swab</i>, dimulai dari bagian tengah secara sirkuler \pm 5 cm. 8. Mencubit kulit tempat area penyuntikan pada klien yang kurus dan regangkan kulit pada klien yang gemuk dengan tangan yang tidak dominan. 9. Menyuntikkan insulin secara <i>subcutan</i> dengan tangan yang dominan secara lembut dan perlahan. Ibu jari menekan bagian atas Insulin Pen sampai tidak terdengar lagi bunyi 'klik' dan tinggi Insulin Pen sudah kembali seperti semula (tanda obat telah diberikan sesuai dengan dosis). 10. Tahan jarum Insulin pen selama 5-10 detik di dalam kulit klien sebelum dicabut supaya tidak ada sisa obat yang terbuang. 11. Mencabut jarum dengan cepat, tidak boleh di <i>massage</i>, hanya dilakukan penekanan pada area penyuntikan dengan menggunakan kapas alkohol. <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan ke klien bahwa prosedur telah dilaksanakan 2. Membereskan alat 3. Melepas handscun 4. Cuci tangan

	<p>Tahap Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi respon klien terhadap medikasi yang diberikan 30 menit setelah injeksi insulin dilakukan. 2. Mengobservasi tanda dan gejala adanya efek samping pada klien. 3. Menginspeksi tempat penyuntikan dan mengamati apakah terjadi pembengkakan atau hematoma. <p>Tahap Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencatat respon pasien setelah pemberian injeksi insulin. 2. Mencatat kondisi tempat tusukan injeksi insulin. 3. Mencatat tanggal dan waktu pemberian injeksi insulin
Unit Terkait	Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, unit penunjang

H. LEMBAR OBSERVASI



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN YKY

LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi akibat patologis sistem pencernaan dan metabolik endokrin.

Tindakan : Melaksanakan Pemeriksaan Kadar Gula Darah

Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
	TAHAP ORIENTASI				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Klarifikasi identitas pasien dengan benar*				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Beri kesempatan pasien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
	TAHAP KERJA				
12	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
13	Sarung tangan digunakan dengan benar				
14	Pasang stik gula darah pada alat dengan benar				
15	Bersihkan area penusukan dengan benar				
16	Tusukkan lanset di jari tangan pasien				
17	Letakkan stik gula darah di jari tangan pasien dengan benar				
18	Tutup bekas tusukan dengan kapas alcohol dengan benar				
19	Lepas sarung tangan				
20	Rapikan alat				
	TAHAP TERMINASI				
21	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
22	Pasien dirapikan dengan baik				
23	Berikan edukasi terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
24	Alat-Alat dibereskan dengan rapi				
25	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
26	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
27	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
	PENDOKUMENTASIAN				
28	Dokumentasi ditulis dengan benar				
JUMLAH					

(*) Merupakan kritikal point yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua kritikal point dilakukan

Belum Kompeten : Nilai $< 75\%$ / $\geq 75\%$ kritikal point tidak dilakukan

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah kompeten}}{28} \times 100 \% = \quad \%$$

Hasil: K / BK

Yogyakarta, 20...

Penguji

(.....)



LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi akibat patologis sistem pencernaan dan metabolik endokrin.

Tindakan : Memberikan Terapi Insulin

Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
	TAHAP ORIENTASI				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Klarifikasi identitas pasien dengan benar*				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Beri kesempatan pasien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
	TAHAP KERJA				
12	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
13	Sarung tangan digunakan				
14	Siapkan dosis obat dengan benar				
15	Pilih lokasi suntikan dengan benar				
16	Desinfeksi area lokasi suntikan dengan benar				
17	Mencubit kulit tempat area penyuntikan pada klien yang kurus dan regangkan kulit pada klien yang gemuk dengan tangan yang tidak dominan.				
18	Suntikkan insulin dengan benar				
19	Cabut spuit dengan benar				
20	Buka sarung tangan				
	TAHAP TERMINASI				
21	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
22	Pasien dirapikan dengan baik				
23	Berikan edukasi terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
24	Alat-Alat dibereskan dengan rapi				
25	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
26	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
27	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
	PENDOKUMENTASIAN				
28	Dokumentasi ditulis dengan benar				
JUMLAH					

(* Merupakan kritikal point yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua kritikal point dilakukan

Belum Kompeten : Nilai $< 75\%$ / $\geq 75\%$ kritikal point tidak dilakukan

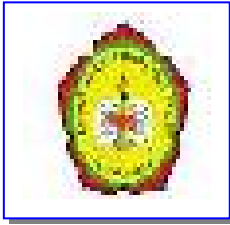
$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah kompeten}}{28} \times 100 \% = \quad \%$$

Hasil: K / BK

Yogyakarta, 20...

Penguji

(.....)



MODUL

MELAKUKAN TES ALERGI (SKIN TEST)

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman akibat patologi sistem integumen dan sistem imun

2. Tujuan Khusus:

Mahasiswa mampu melakukan test alergi

B. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan selama 1 x 100 menit praktikum dan 1 x 70 menit mandiri

C. POKOK BAHASAN

Skin test

D. MATERI

1. Pengertian

Intra Cutan adalah memberikan obat melalui suntikan ke dalam jaringan kulit, (lapisan dermis atau dibawah epidermis) pada lengan bawah bagian dalam atau ditempat lain. Intra cutan biasa digunakan untuk mengetahui sensitivitas (alergi) tubuh terhadap obat yang disuntikan dan cara menyuntikannya obat dengan sudut jarum injeksi 5-15 derajat, setelah itu tunggu reaksi obat antara 10-15 menit. Misalnya skin test pada obat cefotaxime. Injeksi intra kutan dimasukkan langsung kelapisan epidermis tepat dibawah startum korneum. Umumnya berupa larutan atau suspensi dalam air, volume yang disuntikkan sedikit (0,1 - 0,2 ml) atau hingga membentuk gelembung. Rumus pemberian skin test adalah $1:9 = 0,1$ cc dosis obat yang diberikan + 0,9 cc aquabidest/otsu wl”

2. Tujuan

- Memberikan obat tertentu yang pemberiannya hanya dapat dilakukan dengan cara suntikan intra cutan
- Untuk mempercepat proses penyerapan (absorpsi) obat untuk mendapatkan efek obat yang cepat.
- Menghindarkan pasien dari efek alergi obat(dengan skin test).
- Membantu menentukan diagnose terhadap penyakit tertentu misalnya tubercullin test

3. Indikasi

Injeksi biasanya dilakukan pada pasien yang tidak sadar dan tidak mau bekerja sama karena tidak memungkinkan untuk diberikan obat secara oral. Apabila klien tidak sadar atau bingung, sehingga klien tidak mampu menelan atau mempertahankan obat dibawah lidah. Oleh karena itu, untuk memenuhi kebutuhan obat klien dilakukan dengan pemberian obat secara injeksi.

4. Prinsip pemberian skin test

Sebelum memberikan obat perawat harus mengetahui diagnosa medis pasien, indikasi pemberian obat, dan efek samping obat, dengan prinsip 10 benar yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu pemberian, benar cara pemberian, benar pemberian keterangan tentang obat pasien, benar tentang riwayat pemakaian obat oleh pasien, benar tentang riwayat alergi obat pada pasien, benar tentang reaksi pemberian beberapa obat yang berlainan bila diberikan bersama-sama, dan benar dokumentasi pemakaian obat.

Setelah dilakukan penyuntikan / skin test tidak dilakukan desinfeksi.

Perawat harus memastikan bahwa pasien mendapatkan obatnya, bila ada penolakan pada suatu jenis obat, maka perawat dapat mengkaji penyebab penolakan, dan dapat mengkolaborasikannya dengan dokter yang menangani pasien, bila pasien atau keluarga tetap menolak pengobatan setelah pemberian inform consent, maka pasien maupun keluarga yang bertanggungjawab menandatangani surat penolakan untuk pembuktian penolakan therapi.

5. Reaksi Alergi

Reaksi alergi semula dibagi dalam 2 golongan berdasarkan kecepatan timbulnya reaksi, yaitu :

1. Tipe cepat (*immediate type, antibody mediated*)
2. Tipe lambat (*delayed type, cell mediated*)

Sedangkan Combs dan Gell (1975) membagi reaksi ini menjadi 4 jenis yaitu reaksi hipersensitivitas tipe I, II, III dan IV.

Reaksi Tipe I

Pada paparan pertama, allergen masuk sampai kedalam mukosa dan di tampilan oleh sel B dan sel T. Respon imun yang di dapat akan memproduksi proliferasi populasi sel yang spesifik terhadap antigen dan membangun sel memori dan sel plasma. IgE spesifik untuk allergen tersebut di bentuk dan berikatan dengan sel mast di dalam tubuh. Pada paparan kedua allergen masuk kembali ke dalam mukosa dan melepas ikatan antara IgE dan mast sel. Sehingga mast sel akan melepaskan mediator seperti heparin dan histamin. Pengaktifan metabolisme asam arakidonat menghasilkan prostaglandin dan leukotrien yang nantinya akan menimbulkan gejala.

Reaksi Tipe II

Pada paparan pertama alergen menginduksi respon sel B dengan memproduksi antibodi. Pada paparan berikutnya antibodi berikatan dengan permukaan sel untuk menampilkan allergen. Kemudian, sistem komplemen lainnya diaktifkan dan sel menjadi lisis atau antibodi yang terbentuk bertindak sebagai opsonin dan sel fagosit yang tertarik. Kerusakan jaringan khusus, tergantung pada distribusi dari permukaan sel allergen. Belum jelas jika reaksi tipe II terlibat dalam pembentukan gejala alergi.

Reaksi Tipe III

Pada paparan pertama, alergen mempengaruhi respon dari sel B dengan memproduksi antibodi. Pada paparan kedua, alergen beredar dalam sirkulasi darah berikatan dengan antibodi untuk membentuk kompleks imun. Ketika jumlah antigen yang lebih besar tampak, kompleks imun tadi menjadi banyak, besar dan irregular dan mereka tidak dapat disingkirkan secara cepat oleh sistem retikuloendotelial. Kompleks tadi berikatan dengan endothelium dari pembuluh darah kecil dan membentuk respon inflamasi (edema, Infiltrat selular) sampai komplemen menjadi aktif. Efek samping dari kerusakan jaringan tergantung dari jumlah deposit dari kompleks tadi.

Reaksi Tipe IV hipersensitivitas tipe lambat

Pada paparan pertama alergen merangsang sel T. pada paparan kedua allergen ditemukan pada permukaan sel target. Sebelumnya merangsang sel T kemudian sel target lisis dan respon inflamasi terbentuk.

E. KEGIATAN PRAKTIKUM


Mahasiswa semester IV Akper YKY Yogyakarta dibagi menjadi 4 kelompok besar dengan 4 dosen pengampu matakuliah KMB I. Kegiatan praktikum meliputi demonstrasi, simulasi dan evaluasi dari masing – masing prasat keterampilan KMB I.


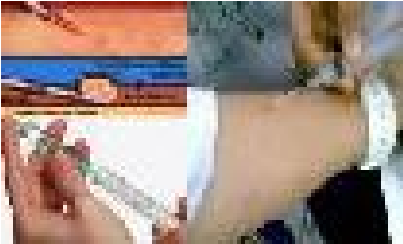
F. DAFTAR PUSTAKA

1. Malcolm N. Blumenthal, M.D, Kelainan Alergi Pada Pasien THT dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit THT BOIES, Edisi 6, Cetakan ke – 3, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 1997. Hal : 190 – 199
2. Siti Boedina Kresno, Penyakit Alergi dalam IMUNOLOGI : Diagnosis dan Prosedur Laboratorium, Edisi Keempat, Cetakan ke – 3 Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 2007, Hal : 315 – 338.
3. James T.Lim MD, PH.D Allergy Testing dalam Journal American Family Physician, volume 66, nomor 4, Mayo Clinic and Foundation, Rochester, Minnesota, 15 Agustus, 2002. Hal : 621 – 624. www.aafp.org/afp
4. Richard M. O'Brien, Abnormal Laboratory Result Skin Prick Testing and In Vitro Assays for Allergic Sensitivity, dalam Australian Prescriber, volume 25, nomor 4, 2002.
5. K.J.LEE, MD, FACS, Immunology dan Allergy in Essential Oto laryngology Head and Neck Surgery, Eight Edition in International Edition, Medical Publishing Division McGraw-Hill company, Inc. 2003. Page : 273 – 301

6. Rudolf Probst, Gerhard Grevers and Heinrich Iro, Special Rhinologic Test in Basic otorhinolaryngology.
7. Sujudi, Suharto, A. Soebandrio, Hipersensitivitas dalam BUKU AJAR MIKROBIOLOGI KEDOKTERAN, Edisi Revisi, Binarupa Aksara, Jakarta, 1994
8. Henny Kartikawati, Tes Cukit (Skin Prick Test) Pada Diagnosis Penyakit Alergi, Bagian Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorokan – Bedah Kepala Leher Fakultas Kedokteran Universitas Dipenogoro RS. Kariadi Semarang, 2007.
<http://hennykartika.wordpress.com/2007/03/08/skin-test/>
9. Anonymous, Alergy Testing in CIGNA HEALTHCARE COVERAGE POSITION.
10. Jonathan Brostoff, Prof. Michael Radcliffe, Dr. in Allergy Skin Test.
http://www.allergyclinic.co.uk/tests_skin.htm
11. Adrian Morris, Dr. Allergen Skin Prick Testing in Allsa Position Statement. Current Allergy & Clinical Immunology, Vol 19 No. 1. March 2006
12. Anonymous, Alergy Testing in www.allergyinatlanta.com
13. G Lowe Dr. Patch Testing, National Eczema Society Hill House, Highgate Hill London, N19 5NA. www.Eczema.org
14. Anonymous, Patch Test (Contac Allergy Testing), New Zealand Dermatology Society Incorporated. www.dermnetnz.org
15. Anonymous, Allergy Testing Description of Procedure or Service, Corporate Medical Policy, Blue Cross Blue Shield Of North Carolina.

G. STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

 Akademi Keperawatan “YKY”	MELAKUKAN TES ALERGI (SKIN TEST)		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke :	Halaman :
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Diberlakukan Tanggal :	Ditetapkan Oleh Direktur Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep NIK. 1141 03 052	
Pengertian	Intra Cutan adalah memberikan obat melalui suntikan ke dalam jaringan kulit, (lapisan dermis atau dibawah epidermis) pada lengan bawah bagian dalam atau ditempat lain		
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan obat tertentu yang pemberiannya hanya dapat dilakukan dengan cara suntikan intra cutan - Untuk mempercepat proses penyerapan (absorpsi) obat untuk mendapatkan efek obat yang cepat. - Menghindarkan pasien dari efek alergi obat(dengan skin test). - Membantu menentukan diagnose terhadap penyakit tertentu misalnya tubercullin test 		
Kebijakan	Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman akibat patologis sistem integumen dan sistem imun		
Prosedur	Persiapan alat : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan sekali pakai 2. Buku catatan pemberian obat 3. Kapas alkohol 4. Obat yg sesuai 5. Spuit 1 ml dengan uk.25,26,atau 27, panjang jarum ¼ samapi 5/8 inci 6. Bak spuit 7. Baki obat 8. Pulpen atau spidol Prosedur <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien 2. Menyampaikan tujuan 3. Menyampaikan prosedur 4. Menyampaikan kontrak waktu 5. Menyiapkan lingkungan yang nyaman 6. Cuci tangan 7. Memposisikan nyaman 8. Menyiapkan obat Melarutkan obat yang diperlukan : ambil obat untuk test alergi, kemudian dilarutkan / diencerkan dengan aquadest (cairan pelarut) kemudian ambil 0,5 cc dan encerkan sampai kurang lebih 1 cc an siapkan di bak injeksi 9. Spuit dimasukkan ke dalam bak injeksi yang disediakan 10. Membaca kembali daftar pemberian obat dan mencocokkan dengan papan nama pasien / Tanya pasien 11. Membebaskan daerah yang akan d suntik dari pakaian (palpasi 		

	<p>dan periksa tempat penyuntikan terhadap edema, masaa atau nyeri tekan. Hindari daerah yang terdapat jaringan parut, memar lecet atau infeksi)</p> <p>12. Memasang perlak dan alas perlak di bawah tangan.</p>  <p>13. Desinfeksi kulit dan regangkan tangan yang akan diinjeksi</p> <p>14. Menusukkan jarum dengan lubang menghadap ke atas dan membuat sudut 15-20 derajat dengan permukaan kulit</p>  <p>15. Dorong spuit agar obat masuk sampai terjadi gelembung pada tempat tersebut.</p> <p>16. Menarik jarum dengan cepat, daerah suntikan tidak dihapus dengan alkohol dan tidak di massage</p> <p>17. Beri tanda lingkaran pada area suntikan apabila obat yang diberikan berupa antibiotik</p> <p>18. Lakukan evaluasi respon setelah 10 – 15 menit setelah penyuntukan</p> <p>19. Kaji adanya tanda – tanda alergi seperti kemerahan, gatal, bengkak.</p> <p>20. Rapikan alat</p> <p>21. Kontrak waktu selanjutnya</p> <p>22. Dokumentasikan tindakan</p>
Unit Terkait	Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, unit penunjang

H. LEMBAR OBSERVASI



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN YKY

LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman dan nyaman akibat patologis sistem integumen dan sistem imun

Tindakan : Melaksanakan Skin Test

Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
	TAHAP ORIENTASI				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Klarifikasi identitas pasien dengan benar*				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Beri kesempatan pasien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
	TAHAP KERJA				
12	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
13	Sarung tangan digunakan				
14	Pengalas dipasang dengan benar				
15	Desinfeksi dilakukan dengan benar				
16	Menusukkan jarum dengan benar				
17	Memasukkan dengan benar				
18	Melepas jarum dengan benar				
19	Memberikan tanda dengan benar				
20	Rapikan alat				
21	Lepas sarung tangan				
	TAHAP TERMINASI				
22	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
23	Pasien dirapikan dengan baik				
24	Berikan edukasi terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
25	Alat-Alat dibereskan dengan rapi				
26	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
27	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
28	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
	PENDOKUMENTASIAN				
29	Dokumentasi ditulis dengan benar				
JUMLAH					

(*) Merupakan kritikal point yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua kritikal point dilakukan

Belum Kompeten : Nilai $< 75\%$ / $\geq 75\%$ kritikal point tidak dilakukan

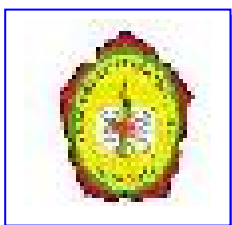
Yogyakarta, 20...

Nilai = $\frac{\text{Jumlah kompeten}}{29} \times 100\% = \quad \%$

Penguji

Hasil: K / BK

(.....)



MODUL

PENGAJIAN SISTEM PERSYARAFAN (Pemeriksaan GCS, Reflek dan Tonus Otot)

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan.

2. Tujuan Khusus:

Mahasiswa mampu:

1. Mampu melaksanakan pemeriksaan GCS
2. Mampu melaksanakan pengkajian reflek
3. Mampu melaksanakan pemeriksaan tonus otot

B. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan selama 1 x 100 menit praktikum dan 1 x 70 menit mandiri

C. POKOK BAHASAN

1. Pemeriksaan GCS
2. Pengkajian reflek
3. Pemeriksaan tonus otot

D. MATERI

1. Pemeriksaan GCS

Glasgow Coma Scale (GCS) :

Didasarkan pada respon dari membuka mata (eye open = E), respon motorik (motorik response = M), dan respon verbal (verbal response = V).

Dimana masing-masing mempunyai “scoring” tertentu mulai dari yang paling baik (normal) sampai yang paling jelek. Jumlah “total scoring” paling jelek adalah 3 (tiga) sedangkan paling baik (normal) adalah 15.

Score : 3 – 4 : vegetatif, hanya organ otonom yang bekerja
 < 7 : koma
 > 11 : moderate disability
 15 : composmentis

RESPON	SCORING
1. <i>Membuka Mata = Eye open (E)</i>	
▪ Spontan membuka mata	4
▪ Terhadap suara membuka mata	3
▪ Terhadap nyeri membuka mata	2
▪ Tidak ada respon	1
2. <i>Motorik = Motoric response (M)</i>	
▪ Menurut perintah	6
▪ Dapat melokalisir rangsangan sensorik di kulit (raba)	5
▪ Menolak rangsangan nyeri pada anggota gerak	4
▪ Menjauhi rangsangan nyeri (fleksi abnormal)/postur dekortikasi	3
▪ Ekstensi abnormal/postur deserebrasi	2
▪ Tidak ada respon	1
3. <i>Verbal = Verbal response (V)</i>	
▪ Berorientasi baik	5
▪ Bingung	4
▪ Kata-kata respon tidak tepat	3
▪ Respon suara tidak bermakna	2
▪ Tidak ada respon	1

2. Pengkajian Reflek

Reflek adalah jawaban terhadap suatu rangsang. Sedangkan reflek fisiologis adalah muscle stretch reflexes sebagai jawaban atas perangsangan tendo, periosteum, tulang, sendi, fasia, aponeurosis, kulit, semua impuls perseptif termasuk panca indera dimana respon tersebut muncul pada orang normal. Semua gerakan yang bersifat reflektorik merupakan suatu usaha tubuh untuk menyesuaikan diri bahkan membela diri. Gerakan reflektorik dapat dilakukan oleh semua otot seran lintang. Pemeriksaan reflek fisiologis merupakan satu kesatuan dengan pemeriksaan neurologi lainnya, dan terutama dilakukan pada kasus - kasus mudah lelah, sulit berjalan, kelemahan/kelumpuhan, kesemutan, nyeri otot, anggota gerak, gangguan trofi otot, anggota gerak, nyeri punggung/pinggang, gangguan fungsi otonom. Interpretasi pemeriksaan reflek fisiologis tidak hanya menentukan ada/tidaknya tapi juga tingkatannya. Adapun kriteria penilaian hasil pemeriksaan reflek fisiologis adalah sebagai berikut :

Tendon Reflex Grading Scale	
Grade	Description
0	Absent
1 + or +	Hypoactive
2 + or ++	*Normal*

3 + or +++	Hyperactive without clonus
4 + or ++++	Hyperactive with clonus

Suatu reflek dikatakan meningkat bila daerah perangsangan meluas, dan respon gerak reflektorik meningkat dari keadaan normal. Rangsangan yang diberikan harus cepat dan langsung, kerasnya rangsangan tidak boleh melebihi batas sehinggajustru melukai pasien. Sifat Tendon Reflex Grading Scale Grade Description. reaksi setelah perangsangan tergantung tonus otot sehingga otot yang diperiksa sebaiknya dalam keadaan sedikit kontraksi, dan bila hendak dibandingkan dengan sisi kontralateralnya maka posisi keduanya harus simetris.

REFLEK FISILOGIS DI EKSTREMITAS ATAS :

1. Reflek bicep :
 - a. Pasien duduk santai
 - b. Lengan rileks, posisi antara fleksi dan ekstensi dan sedikit pronasi, lengan diletakkan di atas lengan pemeriksa
 - c. Ibu jari pemeriksa diletakkan diatas tendo bicep, lalu pukullah ibu jari tadi dengan palu reflek
 - d. Respon : fleksi ringan di siku.
2. Reflek trisep
 - a. Pasien duduk rileks
 - b. lengan pasien diletakkan di atas lengan pemeriksa
 - c. Pukullah tendo trisep melalui fosa olekrani
 - d. Respon : ekstensi lengan bawah di siku.
3. Reflek brakhioradialis :
 - a. Posisi pasien sama dengan pemeriksaan reflek bicep
 - b. Pukullah tendo brakhioradialis pada radius distal dengan palu reflek
 - c. Respon : muncul terakan menyentak pada lengan
4. Reflek periosteum radialis :
 - a. Lengan bawah sedikit di fleksikan pada sendi siku dan tangan sedikit di pronasikan
 - b. Ketuk periosteum ujung distal os. Radialis
 - c. Respon : fleksi lengan bawah dan supinasi lengan
5. Reflek periosteum ulnaris :
 - a. Lengan bawah sedikit di fleksikan pada siku, sikap tangan antara supinasi dan pronasi
 - b. Ketukan pada periosteum os. Ulnaris.
 - c. Respon : pronasi tangan.

REFLEK FISILOGIS EKSTRMITAS BAWAH :

1. Reflek patela :
 - a. Pasien duduk santai dengan tungkai menjuntai
 - b. Raba daerah kanan - kiri tendo untuk menentukan daerah yang tepat
 - c. Tangan pemeriksa memegang paha pasien
 - d. Ketuk tendo patela dengan palu reflek menggunakan tangan yang lain.
 - e. Respon : pemeriksa akan merasakan kontraksi otot kuadrisep, ekstensi tungkai bawah.
2. Reflek Kremaster :
 - a. Ujung tumpul palu reflek digoreskan pada paha bagian medial
 - b. Respon : elevasi testis ipsilateral
3. Reflek Plantar :
 - a. Telapak kaki pasien digores dengan ujung tumpul palu reflek.
 - b. Respon : plantar fleksi kaki dan fleksi semua jari kaki.
4. Reflek Gluteal :
 - a. Bokong pasien digores dengan ujung tumpul palu reflek
 - b. Respon : kontraksi otot gluteus ipsilateral.
5. Reflek anal eksterna :
 - a. Kulit perianal digores dengan ujung tumpul palu reflek
 - b. Respon : kontraksi otot sfingter ani eksterna

Prinsip-prinsip Dasar pada Pemeriksaan Refleks :

1. Peralatan yang biasa digunakan adalah “reflex-hammer”; yang paling baik adalah yang terbuat dari karet. Bahan dari karet ini tidak akan mengakibatkan sakit. Nyeri harus dihindari pada pemeriksaan refleks karena akan mengakibatkan bias interpretasi.
3. Pasien harus dalam keadaan rileks, sangat-sangat rileks pada area yang akan diperiksa, dan area tersebut harus bebas sehingga dapat memberikan reaksi refleks maksimalnya.
4. Stimulasi harus dilakukan cepat dan secara langsung, intensitas harus dalam rentang normal- yang tidak mengakibatkan sakit.
5. Reaksi yang terbentuk akan bergantung pada tonus otot, sehingga akan memerlukan “kontraksi minimal” yang biasanya diperiksa. Jika pemeriksa ingin membandingkan sisi kanan dan kiri, posisi ekstremitas harus simetris kanan-kiri.

Sebuah refleks dapat diinterpretasikan sebagai refleks yang negatif, menurun, normal, meningkat, atau hiperaktif. Berikut kriteria secara kuantitatif

Interpretasi

0	:	Tidak berespon
+1	:	Agak menurun, di bawah normal
+2	:	Normal; rata-rata/umum
+3	:	Lebih cepat dibanding normal; masih fisiologis (tidak perlu dianalisis & tindak lanjut)
+4	:	Hiperaktif sangat cepat, biasanya disertai klonus , dan sering mengindikasikan adanya suatu penyakit

3. Pemeriksaan Tonus Otot

Perubahan struktur otot sangat bervariasi. Penurunan jumlah dan serabut otot, atrofi, pada beberapa serabut otot dan hipertropi pada beberapa serabut otot yang lain, peningkatan jaringan lemak dan jaringan penghubung dan lain-lain mengakibatkan efek negative. Efek tersebut adalah penurunan kekuatan, penurunan fleksibilitas, perlambatan waktu reaksi dan penurunan kemampuan fungsional

Penilaian kekuatan otot mempunyai skala ukur yang umumnya dipakai untuk memeriksa penderita yang mengalami kelumpuhan selain mendiagnosa status kelumpuhan juga dipakai untuk melihat apakah ada kemajuan yang diperoleh selama menjalani perawatan atau sebaliknya apakah terjadi perburukan pada penderita. Penilaian tersebut meliputi

Nilai 0: paralisis total atau tidak ditemukan adanya kontraksi pada otot

Nilai 1: kontraksi otot yang terjadi hanya berupa perubahan dari tonus otot, dapat diketahui dengan palpasi dan tidak dapat menggerakkan sendi

Nilai 2: otot hanya mampu menggerakkan persendian tetapi kekuatannya tidak dapat melawan pengaruh gravitasi,

Nilai 3: dapat menggerakkan sendi, otot juga dapat melawan pengaruh gravitasi tetapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan pemeriksa

Nilai 4: kekuatan otot seperti pada derajat 3 disertai dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan,

Nilai 5: kekuatan otot normal.

Adapun cara untuk memeriksa kekuatan otot dengan menggunakan derajat kekuatan otot tersebut yaitu sebagai berikut:

1. Pemeriksaan kekuatan otot ekstermitas atas.

1) Pemeriksaan kekuatan otot bahu.

Caranya:

- a). Minta klien melakukan fleksi pada lengan ekstensi lengan dan beri tahanan.
- b). Lakukan prosedur yang sama untuk gerakan ekstensi lengan, lalu beri tahanan.
- c). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5.

2) Pemeriksaan kekuatan otot siku.

Caranya:

- a). Minta klien melakukan gerakan fleksi pada siku dan beri tahanan.
- b). Lakukan prosedur yang sama untuk gerakan ekstensi siku, lalu beri tahanan.
- c). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5.

- 3) Pemeriksaan kekuatan otot pergelangan tangan.
 - a). Letakkan lengan bawah klien di atas meja dengan telapak tangan menghadap keatas.
 - b). Minta klien untuk melakukan gerakan fleksi telapak tangan dengan melawan tahanan.
 - c). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5.
 - 4) Pemeriksaan kekuatan otot jari-jari tangan

Caranya:

 - a). Mintalah klien untuk meregangkan jari-jari melawan tahanan.
 - b). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5.
2. Pemeriksaan kekuatan otot ekstremitas bawah
- 1). Pemeriksaan kekuatan otot panggul.

Caranya:

 - a). Atur posisi tidur klien, lebih baik pemeriksaan dilakukan dalam posisi supine.
 - b). Minta klien untuk melakukan gerakan fleksi tungkai dengan melawan tahanan.
 - c). Minta klien untuk melakukan gerakan abduktif dan adduksi tungkai melawan tahanan.
 - d). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5.
 - 2). Pemeriksaan kekuatan otot lutut.

Caranya:

 - a). Minta klien untuk melakukan gerakan fleksi lutut dengan melawan tahanan.
 - b). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5.
 - 3). Pemeriksaan kekuatan otot tumit.

Caranya:

 - a). Minta klien untuk melakukan gerakan plantarfleksi dan dorsifleksi dengan melawan tahanan.
 - b). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5.
 - 4). Pemeriksaan kekuatan otot jari-jari kaki.
 - a). Minta klien untuk melakukan gerakan fleksi dan ekstensi jari-jari kaki dengan melawan tahanan.
 - b). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5.

E. KEGIATAN PRAKTIKUM

Mahasiswa semester IV Akper YKY Yogyakarta dibagi menjadi 4 kelompok besar dengan 4 dosen pengampu matakuliah KMB I. Kegiatan praktikum meliputi demonstrasi, simulasi dan evaluasi dari masing – masing prasat keterampilan KMB I.


F. DAFTAR PUSTAKA

A.Aziz Alimul Hidayat,S.Kp, Musrifatul Uliyah, S.Kp. 2002. Kebutuhan Dasar Manusia.Jakarta


Black, J.M. & Hawks, J.H. (2009) *Medical–surgical nursing. Clinical management for positive outcomes*. 8 th edition. St. Louis : Saunders, an imprint of Elsevier, Inc.

Smeltzer & Bare. (2010). *Buku ajar keperawatan medical bedah*. (Penerjemah: Waluyo, A.). Jakarta: EGC


G. STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

 Akademi Keperawatan "YKY"	PEMERIKSAAN GCS (GLASGOW COMA SCALE)		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke :	Halaman :
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Diberlakukan Tanggal :	Ditetapkan Oleh Direktur Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep NIK. 1141 03 052	
Pengertian	GCS (Glasgow Coma Scale) adalah Memeriksa tingkat kesadaran pasien dengan menggunakan Skala Koma Glasgow		
Tujuan	1. Mendapatkan data obyektif 2. Evaluasi perkembangan pasien		
Kebijakan	Capaian Pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan		
Prosedur	PERALATAN Alat tulis PROSEDUR PELAKSANAAN A. TAHAP PRA INTERAKSI <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar B. TAHAP ORIENTASI <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada keluarga/ klien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan C. TAHAP KERJA <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi klien : supinasi 		

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Menempatkan diri disebelah kanan pasien, bila mungkin 3. Memeriksa reflek membuka mata dengan benar 4. Memeriksa reflek verbal dengan benar 5. Memeriksa reflek motorik dengan benar 6. Menilai hasil pemeriksaan <ul style="list-style-type: none"> Membuka Mata : <ul style="list-style-type: none"> Spontan 4 Dengan perintah 3 Dengan rangsang nyeri 2 Tidak berespon 1 Respon Verbal <ul style="list-style-type: none"> Berorientasi 5 Bicara membingungkan 4 Kata - kata tidak tepat 3 Suara tidak dapat dimengerti 2 Tidak berespon 1 Respon Motorik <ul style="list-style-type: none"> Dengan perintah 6 Melokalisasi nyeri 5 Menarik area nyeri 4 Fleksi abnormal 3 Ekstensi 2 Tidak berespo 1 <p>D. TAHAP TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 3. Berpamitan dengan pasien 4. Membereskan alat - alat 5. Mencuci tangan 6. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
Unit Terkait	Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, unit penunjang

 Akademi Keperawatan “YKY”	PEMERIKSAAN REFLEK		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke :	Halaman :
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Diberlakukan Tanggal :	Ditetapkan Oleh Direktur Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep NIK. 1141 03 052	
Pengertian	Reflek adalah jawaban terhadap suatu rangsang.		
Tujuan	Untuk mengetahui adanya gangguan – gangguan musculoskeletal, atau adanya kelemahan otot		
Kebijakan	Capaian Pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan		
Prosedur	PERALATAN Reflek hammer PROSEDUR REFLEK FISILOGIS DI EKSTREMITAS ATAS : 1. Reflek bisep : a. Pasien duduk santai b. Lengan rileks, posisi antara fleksi dan ekstensi dan sedikit pronasi, lengan diletakkan di atas lengan pemeriksa c. Ibu jari pemeriksa diletakkan diatas tendo bisep, lalu pukullah ibu jari tadi dengan palu refleksi d. Respon : fleksi ringan di siku. 2. Reflek trisep a. Pasien duduk rileks b. lengan pasien diletakkan di atas lengan pemeriksa c. Pukullah tendo trisep melalui fosa olekrani d. Respon : ekstensi lengan bawah di siku. 3. Reflek brakhioradialis : a. Posisi pasien sama dengan pemeriksaan refleksi bisep b. Pukullah tendo brakhioradialis pada radius distal dengan palu refleksi c. Respon : muncul terakan menyentak pada lengan 4. Refleksi periosteum radialis : a. Lengan bawah sedikit di fleksikan pada sendi siku dan tangan sedikit di pronasikan b. Ketuk periosteum ujung distal os. Radialis c. Respon : fleksi lengan bawah dan supinasi lengan 5. Refleksi periosteum ulnaris : a. Lengan bawah sedikit di fleksikan pada siku, sikap tangan antara supinasi dan pronasi b. Ketukan pada periosteum os. Ulnaris. c. Respon : pronasi tangan. REFLEK FISILOGIS EKSTRMITAS BAWAH : 1. Refleksi patela : a. Pasien duduk santai dengan tungkai menjuntai		

	<ul style="list-style-type: none"> b. Raba daerah kanan - kiri tendo untuk menentukan daerah yang tepat c. Tangan pemeriksa memegang paha pasien d. Ketuk tendo patela dengan palu refleksi menggunakan tangan yang lain. e. Respon : pemeriksa akan merasakan kontraksi otot kuadriseps, ekstensi tungkai bawah. <p>4. Refleksi Kremaster :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ujung tumpul palu refleksi digoreskan pada paha bagian medial b. Respon : elevasi testis ipsilateral <p>3. Refleksi Plantar :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Telapak kaki pasien digores dengan ujung tumpul palu refleksi. b. Respon : plantar fleksi kaki dan fleksi semua jari kaki. <p>4. Refleksi Gluteal :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bokong pasien digores dengan ujung tumpul palu refleksi b. Respon : kontraksi otot gluteus ipsilateral. <p>5. Refleksi anal eksterna :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kulit perianal digores dengan ujung tumpul palu refleksi b. Respon : kontraksi otot sfingter ani eksterna
Unit Terkait	Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, unit penunjang

 Akademi Keperawatan "YKY"	PEMERIKSAAN KEKUATAN OTOT		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke :	Halaman :
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Diberlakukan Tanggal :	Ditetapkan Oleh Direktur Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep NIK. 1141 03 052	
Pengertian	Tonus otot adalah kontraksi otot yang selalu dipertahankan pada otot itu sendiri.		
Tujuan	Untuk mengetahui kekuatan otot dan adanya kelemahan ekstrimitas.		
Kebijakan	Capaian Pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan		
Prosedur	<p>PERALATAN</p> <p>Alat tulis</p> <p>PROSEDUR</p> <p>1. Pemeriksaan kekuatan otot ekstermitas atas.</p> <p>1) Pemeriksaan kekuatan otot bahu.</p> <p>Caranya:</p> <p>a). Minta klien melakukan fleksi pada lengan ekstensi lengan dan beri tahanan.</p> <p>b). Lakukan prosedur yang sama untuk gerakan ekstensi lengan, lalu beri tahanan.</p> <p>c). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5.</p> <p>2) Pemeriksaan kekuatan otot siku.</p> <p>Caranya:</p> <p>a). Minta klien melakukan gerakan fleksi pada siku dan beri tahanan.</p> <p>b). Lakukan prosedur yang sama untuk gerakan ekstensi siku, lalu beri tahanan.</p> <p>c). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5.</p> <p>3) Pemeriksaan kekuatan otot pergelangan tangan.</p> <p>a). Letakkan lengan bawah klien di atas meja dengan telapak tangan menghadap keatas.</p> <p>b). Minta klien untuk melakukan gerakan fleksi telapak tangan dengan melawan tahanan.</p> <p>c). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5.</p> <p>4) Pemeriksaan kekuatan otot jari-jari tangan</p> <p>Caranya:</p> <p>a). Mintalah klien untuk meregangkan jari-jari melawan tahanan.</p> <p>b). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5</p> <p>2. Pemeriksaan kekuatan otot ekstremitas bawah</p> <p>1). Pemeriksaan kekuatan otot panggul.</p> <p>Caranya:</p> <p>a). Atur posisi tidul klien, lebih baik pemeriksaan dilakukan dalam posisi supine.</p> <p>b). Minta klien untuk melakukan gerakan fleksi tungkai dengan melawan tahanan.</p>		

	<p>c). Minta klien untuk melakukan gerakan abduktif dan adduksi tungkai melawan tahanan.</p> <p>d). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5.</p> <p>2). Pemeriksaan kekuatan otot lutut.</p> <p>Caranya:</p> <p>a). Minta klien untuk melakukan gerakan fleksi lutut dengan melawan tahanan.</p> <p>b). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5</p> <p>3). Pemeriksaa kekuatan otot tumit.</p> <p>Caranya:</p> <p>a). Minta klien untuk melakukan gerakan plantarfleksi dan dorsifleksi dengan melawan tahanan.</p> <p>b). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5</p> <p>4). Pemeriksaan kekuatan otot jari-jari kaki.</p> <p>a). Minta klien untuk melakukan gerakan fleksi dan ekstensi jari-jari kaki dengan melawan tahanan.</p> <p>b). Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5</p>
Unit Terkait	Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, unit penunjang

H. LEMBAR OBSERVASI



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN YKY

LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan

Tindakan : Melaksanakan Pemeriksaan GCS

Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
	TAHAP ORIENTASI				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Klarifikasi identitas pasien dengan benar*				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
	TAHAP KERJA				
11	Mengatur posisi dengan benar				
12	Pemeriksaan reflek mata dilakukan dengan benar				
13	Pemeriksaan reflek verbal dilakukan dengan benar				
14	Pemeriksaan reflek motorik dilakukan dengan benar				
15	Menilai hasil pemeriksaan dengan benar				
	TAHAP TERMINASI				
16	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
17	Pasien dirapikan dengan baik				
18	Alat-Alat dibereskan dengan rapi				
19	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
20	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
21	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
	PENDOKUMENTASIAN				
22	Dokumentasi ditulis dengan benar				
JUMLAH					

(* Merupakan kritikal point yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua kritikal point dilakukan

Belum Kompeten : Nilai $< 75\%$ / $\geq 75\%$ kritikal point tidak dilakukan

Nilai = $\frac{\text{Jumlah kompeten}}{22} \times 100\% = \quad \%$

Yogyakarta,2019

Penguji

Hasil: K / BK

(.....)



LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan

Tindakan : Melaksanakan Pemeriksaan Reflek

Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
	TAHAP ORIENTASI				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Klarifikasi identitas pasien dengan benar*				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Beri kesempatan pasien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
	TAHAP KERJA				
12	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
13	Pemeriksaan reflek bisep dilakukan dengan benar				
14	Pemeriksaan reflek trisep dilakukan dengan benar				
15	Pemeriksaan reflek brakhioradialis dilakukan dengan benar				
16	Pemeriksaan reflek patela dilakukan dengan benar				
17	Pemeriksaan reflek plantar dilakukan dengan benar				
18	Lepas sarung tangan				
	TAHAP TERMINASI				
19	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
20	Pasien dirapikan dengan baik				
21	Berikan edukasi terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
22	Alat-Alat dibereskan dengan rapi				
23	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
24	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
25	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
	PENDOKUMENTASIAN				
26	Dokumentasi ditulis dengan benar				
JUMLAH					

(*) Merupakan kritikal point yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua kritikal point dilakukan

Belum Kompeten : Nilai $< 75\%$ / $\geq 75\%$ kritikal point tidak dilakukan

Yogyakarta, 20...

Penguji

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah kompeten}}{26} \times 100 \% = \quad \%$$

Hasil: K / BK

(.....)



LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan persarafan

Tindakan : Melaksanakan Pemeriksaan Tonus Otot

Nama Mahasiswa :/ NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	PENCAPAIAN		PENILAIAN	
		YA	TDK	K	BK
	TAHAP PRA INTERAKSI				
1	Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait				
2	Alat disiapkan dengan lengkap				
3	Alat didekatkan pada pasien				
4	Cuci tangan dengan benar				
	TAHAP ORIENTASI				
5	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				
6	Klarifikasi identitas pasien dengan benar*				
7	Tujuan tindakan disampaikan dengan benar				
8	Prosedur tindakan disampaikan dengan benar				
9	Waktu yang diperlukan disampaikan				
10	Beri kesempatan pasien untuk bertanya				
11	Privacy lingkungan pasien disiapkan				
	TAHAP KERJA				
12	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
13	Sarung tangan digunakan				
14	Pemeriksaan kekuatan otot bahu dilakukan dengan benar				
15	Pemeriksaan kekuatan otot siku dilakukan dengan benar				
16	Pemeriksaan kekuatan otot pergelangan tangan dilakukan dengan benar				
17	Pemeriksaan kekuatan otot jari-jari tangan dilakukan dengan benar				
18	Pemeriksaan kekuatan otot ekstremitas bawah dilakukan dengan benar				
19	Pemeriksaan kekuatan otot panggul dilakukan dengan benar				
20	Pemeriksaan kekuatan otot lutut dilakukan dengan benar				
21	Pemeriksaan kekuatan otot tumit dilakukan dengan benar				
22	Pemeriksaan kekuatan otot jari-jari kaki dilakukan dengan benar				
23	Lepas sarung tangan				
	TAHAP TERMINASI				
24	Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar				
25	Pasien dirapikan dengan baik				
26	Berikan edukasi terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan				
27	Alat-Alat dibereskan dengan rapi				
28	Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar				
29	Salam terapeutik disampaikan dengan ramah				

30	Cuci tangan dilakukan dengan benar				
	PENDOKUMENTASIAN				
31	Dokumentasi ditulis dengan benar				
JUMLAH					

(* Merupakan kritikal point yang harus dilakukan

Keterangan :

Kompeten: $\geq 75\%$ dan semua kritikal point dilakukan

Belum Kompeten : Nilai $< 75\%$ / $\geq 75\%$ kritikal point tidak dilakukan

Nilai = $\frac{\text{Jumlah kompeten}}{31} \times 100\% = \quad \%$

Hasil: K / BK

Yogyakarta, 20...

Penguji

(.....)

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Pengalaman Belajar Praktika (PBP) Keperawatan Medikal Bedah I (KMB I) di AKPER YKY Yogyakarta merupakan salah satu bentuk metode pembelajaran mata kuliah KMB yang memberikan pengalaman kepada mahasiswa untuk berlatih berbagai keterampilan keperawatan medikal bedah sebelum mahasiswa melakukan perawatan langsung kepada pasien di tempat praktek. Mahasiswa diberikan kesempatan untuk melaksanakan tindakan – tindakan keterampilan pada pasien dengan kasus yang sesuai target capaian kompetensi dan penugasan mandiri lainnya.. Selain itu mahasiswa juga wajib mengikuti evaluasi keterampilan yang telah dipelajari dan dipraktikkan di laboratorium selama pelaksanaan PBK KMB I. Dengan demikian diharapkan mahasiswa bisa mendapatkan dan keterampilan yang sesuai dengan target capaian kompetensi yang telah ditetapkan.

B. SARAN

Melalui PBP KMB I diharapkan mahasiswa paham dan terampil merawat pasien dengan kasus medikal bedah. Namun demikian belum semua mahasiswa terampil melaksanakan tindakan keperawatan sehingga diharapkan mahasiswa lebih banyak melakukan latihan keterampilan keperawatan medikal bedah di laboratorium dengan menggunakan jam mandiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Price, Sylvia A.Wilson, Lorraine M. (2014). *Buku Ajar Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. (6th Ed) Jakarta : EGC
- Elizabeth J. Corwin. (2009). *Buku Saku Patofisiologi Corwin*. Jakarta: Aditya Media
- Purba, J.S. (2010). *Patofisiologi dan Penatalaksanaan Nyeri ; Suatu Tinjauan Seluler dan Molekuler Biologi*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- William & Wilkins. (2011). *Nursing ; Menafsirkan Tanda- Tanda dan Gejala Penyakit*. Widijianto, juwono, A.L., Scheiber, Y. PT Indeks. Indonesia.
- Doengoes, , M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, F.A.C. (2010). *Nursing Care Plans ; Guide for Individualizing Client Care Across the Life Span*. Eight Edition.Davis Company-Philadelphia.
- Bulechek, Gloria, M., Howard, K., Butcher, Joanne, McCloskey, Dochterman. (2011). *Nursing Intervention Classification (NIC) Fifth Edition*. USA: Mosby Elsevier.
- Lemone, P., Burke, K., & Bauldoff, G. (2015). *Medical Surgical Nursing. Critical Thinking in Patient Care*. Pearson Education. USA.
- Moorhead, S., Marion J., Meridean L. M., & Elizabeth S. (2011). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Fourth Edition*. USA: Mosby Elsevier.
- NANDA International, (2015). *Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2015 – 2017*, Penerbit Buku Kedokteran EGC Jakarta.
- Lewis, S. Dirksen, M. Heitkemper, L. Bucher, & I. Camera (Editor), *Medical surgical nursing eight edition vol 2 chapter 49*. USA: Elsevier Mosby
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L.,& Cheever, K.H. (2015). *Text Book of Medical-Surgical Nursing*. Twelfth Edition. Vol.2. Brunner & Suddarth. Lippincott William & Wilkins.
- S. Soegondo, P. Soewondo, & I.Subekti (2009), *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu : Panduan Penatalaksanaan Diabetes Mellitus bagi Dokter dan Edukator* (hal 123-129). Jakarta: FKUI.
- Sudoyo, A.W., Setiyohadi B., Alwi I., Simadibrata, M., & Setiati, S. (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid II. Edisi V. Interna Publishing. Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Jakarta.
- Black, M. J. & Hawks, H .J., 2009. *Medical surgical nursing : clinical management for continuity of care*, 8th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company
- Lewis, et al. 2011. *Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems Volume 2*. Mosby: ELSEVIER



REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00201847315, 27 September 2018

Pencipta

Nama : **DEWI MURDIYANTI PRIHATIN
PUTRI, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.M.B, DWI WULAN MINARSIH,
S.Kep.,Ns.,M.Kep, , dkk**

Alamat : Aspol, Jl. Kyai Mojo 3, Rt.021/Rw.005, Kel. Bumijo, Kec.
Jetis, Kota Yogyakarta, D.I. Yogyakarta, Yogyakarta, Di
Yogyakarta, 55231

Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : **DEWI MURDIYANTI PRIHATIN
PUTRI, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.M.B, DWI WULAN MINARSIH,
S.Kep.,Ns.,M.Kep, , dkk**

Alamat : Aspol, Jl. Kyai Mojo 3, Rt.021/Rw.005, Kel. Bumijo, Kec.
Jetis, Kota Yogyakarta, D.I. Yogyakarta, Yogyakarta, Di
Yogyakarta, 55231

Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Modul**

Judul Ciptaan : **MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH I**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 3 September 2018, di Yogyakarta

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Nomor pencatatan : 000118999

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL

Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.
NIP. 196611181994031001

LAMPIRAN PENCIPTA

No	Nama	Alamat
1	DEWI MURDIYANTI PRIHATIN PUTRI,M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.M.B	Aspol, Jl. Kyai Mojo 3, Rt.021/Rw.005, Kel. Bumijo, Kec. Jetis, Kota Yogyakarta, D.I. Yogyakarta
2	DWI WULAN MINARSIH, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Banjardadap, Rt.003/Rw.-, Kel./Desa Potorono, Kec. Baguntapan, Kab. Bantul, D.I. Yogyakarta
3	SITI FAUZIAH, SPd. A.Per.Pend.M.Kes	Jl Waru No 3, Karangbendo, Kel./Desa Banguntapan, Kec. Banguntapan, Kab. Bantul, D.I. Yogyakarta
4	YAYANG HARIGUSTIAN, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Perumahan Graha Sedayu Sejahtera, Blok KK10, Kel./Desa Argorejo, Kec. Sedayu, Kab. Bantul, D.I. Yogyakarta

LAMPIRAN PEMEGANG

No	Nama	Alamat
1	DEWI MURDIYANTI PRIHATIN PUTRI,M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.M.B	Aspol, Jl. Kyai Mojo 3, Rt.021/Rw.005, Kel. Bumijo, Kec. Jetis, Kota Yogyakarta, D.I. Yogyakarta
2	DWI WULAN MINARSIH, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Banjardadap, Rt.003/Rw.-, Kel./Desa Potorono, Kec. Baguntapan, Kab. Bantul, D.I. Yogyakarta
3	SITI FAUZIAH, SPd. A.Per.Pend.M.Kes	Jl Waru No 3, Karangbendo, Kel./Desa Banguntapan, Kec. Banguntapan, Kab. Bantul, D.I. Yogyakarta
4	YAYANG HARIGUSTIAN, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Perumahan Graha Sedayu Sejahtera, Blok KK10, Kel./Desa Argorejo, Kec. Sedayu, Kab. Bantul, D.I. Yogyakarta

