

Modul Praktikum

# KEPERAWATAN DASAR II



Istichomah, S.Kep.,Ns, M.Kes

**Modul Praktikum  
Keperawatan Dasar II**

## **UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta**

### **Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4**

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

### **Pembatasan Pelindungan Pasal 26**

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditunjukkan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

### **Sanksi Pelanggaran Pasal 113**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

# **Modul Praktikum Keperawatan Dasar II**

Istichomah, S.Kep.,Ns, M.Kes

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA  
Melong Asih Regency B40 - Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
[www.penerbit.medsan.co.id](http://www.penerbit.medsan.co.id)

# **Modul Praktikum Keperawatan Dasar II**

Istichomah, S.Kep.,Ns, M.Kes

Desain Cover :

**Rintho Rante Rerung**

Tata Letak :

**Rizki Rino Pratama**

Proofreader :

**Rintho Rante Rerung**

Ukuran :

**B5: 18,2 x 25,7 cm**

Halaman :

**iv, 225**

ISBN :

**978-623-6068-61-8**

Terbit Pada :

**Maret, 2021**

Hak Cipta 2021 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

*Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.*

**PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA**

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

[www.penerbit.medsan.co.id](http://www.penerbit.medsan.co.id)

## **PRAKATA**

Rasa syukur yang dalam kami sampaikan ke hadirat Allah SWT atas tersusunnya modul praktikum Keperawatan Dasar II ini. Modul ini merupakan tuntunan bagi mahasiswa untuk mencapai kompetensi pada mata ajar Keperawatan Dasar II yang didalamnya berisi tentang prosedur tindakan kebutuhan dasar manusia.

Pendekatan yang digunakan dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran secara daring ini adalah *student center learning (SCL)* dengan berbagai macam metode antara lain *demonstration, discussion, comprehension, dan execution*. Melalui metode tersebut mahasiswa dituntut secara aktif untuk mencapai kompetensi yang ditetapkan. Dosen yang semula sebagai sumber utama, dalam pendekatan SCL dosen hanya sebagai fasilitator. Dalam mempelajari Keperawatan Dasar II, mahasiswa tidak hanya mencapai kompetensi *hard skill* tetapi juga *soft skill*. Kami berharap modul praktikum ini dapat mengantarkan mahasiswa mencapai kompetensi yang berkaitan dengan Keperawatan Dasar II.

Yogyakarta, Maret 2021  
Penulis



## DAFTAR ISI

PRAKATA.....	i
DAFTAR ISI .....	iii
BAB 1 PENGUKURAN TANDA-TANDA VITAL.....	1
A.    Pengertian.....	1
B.    Jenis-Jenis Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital.....	1
BAB 2 PENGKAJIAN DAN PEMERIKSAAN FISIK.....	19
A.    Pendahuluan.....	19
B.    Pengertian.....	20
C.    Jenis-Jenis.....	20
D.    Cara Prosedur .....	21
BAB 3 APD (ALAT PERLINDUNGAN DIRI).....	85
A.    Pendahuluan.....	85
B. <i>Gloving</i> (Memakai Sarung Tangan) .....	87
BAB 4 PEMBERIAN OBAT.....	97
A.    Pendahuluan.....	97
B.    Pengertian.....	98
C.    Konsep dan Teknik Cara Pemberian Obat Melalui Oral, Sublingual dan Bukal.....	101
D.    Pemberian Obat Secara Parental.....	106
E.    Macam-Macam Pemberian Obat Secara Parental Melalui Intravena (Selang IV), Intracutan (IC), Subcutan (SC) dan Intramuscular (IM) .....	110
F.    Konsep dan Teknik Cara Pemberian Obat Secara Topical (Kulit, Mata, Telinga dan Hidung).....	122
G.    Konsep dan Teknik Cara Pemberian Obat Melalui Anus/Rektum dan vagina .....	129
BAB 5 PERAWATAN LUKA SEDERHANA .....	173
A.    Pendahuluan.....	173
B.    Pengertian.....	174

C. Jenis Luka .....	174
D. Tujuan Perawatan Luka.....	176
BAB 6 PENGUMPULAN SAMPEL LABORATORIUM.....	191
A. Pengertian .....	191
B. Jenis-Jenis Sampel Laboratorium.....	192
C. Prosedur Tindakan .....	192
DAFTAR PUSTAKA.....	225

# BAB 1

## PENGUKURAN TANDA-TANDA VITAL

### A. Pengertian

Pemeriksaan tanda vital adalah cara untuk mendeteksi perubahan system yang ada di dalam tubuh. Tanda vital meliputi suhu tubuh, denyut nadi, frekuensi pernapasan, dan tekanan darah. Perubahan tanda vital dapat terjadi bila tubuh dalam keadaan sakit atau kelelahan. Perubahan tersebut merupakan indikator adanya gangguan sistem tubuh. Pemeriksaan tanda vital yang dilaksanakan oleh tenaga medis seperti dokter, bidan, dan perawat digunakan untuk memantau perkembangan pasien. Tindakan ini bukan hanya merupakan kegiatan rutin pada pasien, tetapi merupakan tindakan pengawasan terhadap perubahan atau gangguan sistem tubuh. Pelaksanaan pemeriksaan tanda vital pada pasien tentu berbeda dengan pasien yang lainnya. Tingkat kegawatan dan penanganan pasien juga berbeda beda, mulai dari yang keadaan kritisi hingga dalam keadaan pasien yang sakit ringan. Prosedur pameriksaan tanda vital yang dilakukan pada pasien meliputi pengukuran suhu, pemeriksaan denyut nadi, pemeriksaan pernapasan dan pengukuran tekanan darah.

### B. Jenis-Jenis Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

#### 1. MENGUKUR SUHU BADAN



## PENGERTIAN

Mengukur suhu badan pasien dengan thermometer, dilakukan pada ketiak (axila), mulut (loal), atau pelepasan (anus).

## TUJUAN

Untuk mengetahui suhu badan pasien, apakah suhu badannya normal atau tidak.

## PERALATAN DAN PERLENGKAPAN

Baki yang berisi :

- a. Termometer digital (bukan termometr air raksa)
- b. Kassa atau tissue
- c. Bengkok
- d. Sarung tangan
- e. Buku catatan suhu

## PELAKSANAAN

- a. Pengukuran suhu pada ketiak :
  - 1) Bila perlu lengan pasien dibuka, dan ketiaknya harus dikeringkan terlebih dahulu
  - 2) Periksa thermometer apakah dapat berfungsi dengan baik seperti baterai, mesin masih

berfungsi dengan baik, lalu jepitkan tepat ditengah ketiak, dan lengan pasien dilipat ditengah dada.

- 3) Setelah 10 menit, thermometer diangkat dan langsung dibaca dengan teliti, kemudian catat hasilnya.
  - 4) Thermometer yang sudah digunakan dibersihkan dengan menggunakan kasa atau tisu.
  - 5) Thermometer diletakkan pada tempatnya dan dapat dipakai untuk pasien berikutnya.
- b. Pengukuran suhu tubuh pada mulut:
- 1) Untuk tiap pasien harus digunakan satu thermometer
  - 2) Letakan ujungnya sampai batas reservoir dibawah lidah pasien
  - 3) Mulut dikatupkan selama tiga sampai lima menit, kemudian thermometer diangkat, dilap dengan kasa atau tissue, lalu baca dengan teliti dan catat hasilnya,
  - 4) Peralatan dibersihkan, dibereskan dan dikembalikan ketempat semula.

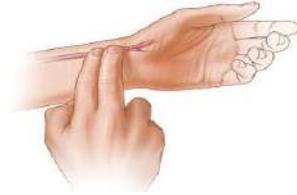
Alat pengukur suhu tubuh thermometer gun dapat digunakan pada kondisi yang membutuhkan waktu yang cepat. Cara mengukurnya dengan mendekakan alat tesebeut di seluruh permukaan kulit, lebih tepatnya dibagian wajah.

---

## SUHU BADAN NORMAL

NORMAL	36,5°C – 37,5°C
HIPOTERMIA	< 36°C
FEBRIS/DEMAM	>37,5 °C

## 2. MENGHITUNG DENYUT NADI



### PENGERTIAN

Menghitung denyut nadi dengan cara meraba :

- Arteri radialis pada pergelangan tangan
- Arteri brachialis pada siku bagian dalam
- Arteri carotis pada leher
- Arteri temporalis pada pelipis
- Arteri femoralis pada lipatan pada (selangkangan)
- Arteri dorsalis pedis pada kaki
- Arteri frontalis pada ubun-ubun (bayi)

### TUJUAN

Untuk mengetahui jumlah denyut nadi atau kardiovaskuler selama satu menit.

### PERLENGKAPAN DAN PERALATAN

- Arloji tangan dengan penunjuk detik atau dengan polsteller
- Buku catatan suhu dan nadi

---

## PELAKSANAAN

- a. Menghitung denyut nadi dilakukan bersamaan dengan pengukuran suhu
- b. Pada waktu menghitung denyut nadi, pasien harus benar – benar istirahat dalam posisi berbaring atau duduk
- c. Penghitungan dilakukan dengan menempelkan jari telunjuk dan jari tengah di atas arteri selama setengah menit, dan hasilnya dikalikan dua
- d. Khusus pada anak-anak penghitungan dilakukan selama satu menit
- e. Hasil penghitungan dicatat pada buku catatan suhu dan nadi

## DENYUT NADI NORMAL

Bayi baru lahir	140 kali per menit
Dibawah umur 1 bulan	110 kali per menit
Umur 1 – 6 bulan	130 kali per menit
Umur 6 – 12 bulan	115 kali per menit
Umur 1 – 2 tahun	110 kali per menit
Umur 2 - 6 tahun	105 kali per menit
Umur 6 – 10 tahun	95 kali per menit
Umur 10 – 14 tahun	85 kali per menit
Umur 14 – 18 tahun	82 kali per menit
Umur diatas 18 tahun	60 – 100 kali per menit
Usia lanjut	60 – 70 kali per menit

---

### 3. MENGHITUNG PERNAFASAN



#### **PENGERTIAN**

Menghitung jumlah pernafasan (inspirasi yang diikuti ekspirasi) dalam satu menit.

#### **TUJUAN**

Mengetahui sistem fungsi pernapasan yang terdiri dari mempertahankan pertukaran oksigen dan karbon dioksida dalam paru dan pengaturan keseimbangan asam basa.

#### **PERLENGKAPAN DAN PERALATAN**

- a. Arloji tangan dengan penunjuk detik
- b. Buku catatan

#### **PELAKSANAAN**

- a. Penghitungan pernapasan dilakukan bersamaan dengan pengukuran suhu dan denyut nadi
- b. Penghitungan dilakukan dalam satu menit dan hasilnya dicatat
- c. Bila ada kelainan segera laporkan kepada penanggung jawab ruangan atau yang bersangkutan.

#### **PERNAFASAN NORMAL**

Kecepatan/frekuensi pernapasan normal adalah :

BAYI	30 – 60 kali/menit
ANAK	20 – 30 kali/menit
REMAJA	15 - 24 kali/menit
DEWASA	16 – 20 kali/menit

#### 4. MENGUKUR TEKANAN DARAH



##### **PENGERTIAN**

Pengukuran tekanan darah adalah mengukur tekanan darah melalui permukaan dinding arteri.

##### **TUJUAN**

Menilai sistem kardiovaskuler atau menghitung tekanan darah pasien.

##### **PERLENGKAPAN DAN PERALATAN**

- a. Tensimeter pegas atau digital
- b. Stetoskop
- c. Buku catatan

##### **PELAKSANAAN**

- a. Jelaskan pada ibu tindakan yang akan dilakukan
- b. Siapkan peralatan
- c. Lengan baju pasien dibuka atau digulung ke atas

- d. Manset tensimeter dipasang pada lengan atas dengan pipa karetanya berada disisi luar lengan.
- e. Pompa tensimeter
- f. Denyut arteri brachialis diraba, lalu di stetoskop ditempatkan pada daerah tersebut.
- g. Sekrup balon karet ditutup, pengunci air raksa dibuka, selanjutnya balon dipompa sampai denyut arteri tidak terdengar lagi dan air raksa didalam pipa gelas naik
- h. Sekrup balon dibuka perlahan-lahan, sehingga air raksa turun, dengarkan bunyi denyutan pertama
- i. Skala permukaan air raksa pada waktu terdengar denyutan pertama disebut tekanan sistolik (misalnya 120 mmHg)
- j. Dengarkan terus sampai denyutan yang terakhir. Skala permukaan air raksa pada waktu denyutan terakhir disebut tekanan distolik (misalnya 80 mmHg)
- k. Pencatatan hasil dilakukan dengan cara sebagai berikut : sistolik diatas, dan distolik di bawah, misalnya 120/80 dengan satuan mmHg.

**TEKANAN DARAH NORMAL**

Nilai normal tekanan darah

UMUR	SISTOLIK (mmHg)	DISTOLIK (mmHg)
Neonate	75 – 105	45 – 75
2 – 6 tahun	80 – 110	50 – 80
7 tahun	85 – 120	50 – 80
8 – 9 tahun	90 – 120	55 – 85
10 tahun	95 – 130	60 – 85
11 – 12 tahun	95 – 135	60 – 85
13 tahun	100 – 140	60 – 90
14 tahun	105 – 140	65 – 90

Klasifikasi hipertensi didasarkan pada nilai diastolik :

Hipertensi ringan	92 – 104 mmHg
Hipertensi sedang	105 – 114 mmHg
Hipertensi berat	115 mmHg
Hipertensi ganas	130 mmHg

## Format Penilaian

### Pengukuran TTV

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
<b>Persiapan alat (bobot 1)</b>	alat yang disiapkan tidak lengkap <5	alat yang disiapkan 5-7 buah	alat yang disiapkan 8-10 buah	Persiapan alat 1. Stetoskop 2. Tensimeter 3. Alcohol swab 4. Sarung tangan 5. Jam tangan 6. Thermometer 7. Tissue 8. Kassa. 9. Pullpen 10. Bengkok 11. Lembar dokumentasi
<b>Tahap Pra Interaksi (bobot 1)</b>	tidak melakukan tahap pra interaksi	melakukan 1 item	melakukan 2 item	melakukan semua tahap pra interaksi meliputi:
				1. Cek Catatan perawatan dan catatan medik klien
				2. Cuci tangan
				3. menjaga privasi klien
	tidak melakukan tahap orientasi			melakukan semua item meliputi;

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
<b>Tahap Orientasi (bobot 1)</b>		melakukan 1-2 item	melakukan 3-4 item	1. Berikan salam dan panggil klien dengan namanya
				2. klarifikasi kontrak waktu
				3. Jelaskan tujuan
				4. jelaskan peran perawat dan klien
				5. berikan kesempatan klien untuk bertanya
<b>Tahap Kerja (bobot 6)</b>	melakukan < 25 item	melakukan 25-30 item	melakukan 31-34 item	<p>1. Pengukuran temperature axila</p> <p>2. Minta klien untuk duduk atau berbaring, pastikan klien merasa nyaman</p> <p>3. Gulung lengan baju klien atau buka baju atas sampai axial terlihat</p> <p>4. Keringkan daerah axial dengan kasa</p> <p>5. Pastikan thermometer siap( jika menggunakan termometer raksa</p>

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
				<p>suhu awal &lt; 35 derajat celcius</p> <p>6. Pasang thermometer pada daerah tengah axial, minta klien untuk menurunkan lengan atas dan meletakkan lengan bawah diatas dada</p> <p>7. Jelaskan pada klien bahwa pengukuran akakn berlangsung selama 5 menit atau sampai alarm berbunyi pada thermometer electric</p> <p>8. Ambil thermometer dan baca hasilnya</p> <p>9. Bersihkan thermometer dengan kapas alcohol atau dengan menggunakan sabun-savlon-air bersih lalu keringkan dengan kassa</p> <p>10. Rapikan klien</p> <p>11. Mencuci tangan</p>

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
				12 . Dokumentasikan hasil pemeriksaan
				PEMERIKSAAN FREKUENSI NAFAS
				13. Bantu klien membuka baju, jaga privasi klien
				14. Posisikan klien untuk berbaring atau duduk, pastikan klien merasa nyaman
				15. Lakukan inspeksi atau palpasi kedua tangan pada punggung atau dada untuk menghitung gerakan pernafasan selama minimal 1 menit
				16. Dokumentasikan hasil pemeriksaan (frekuensi nafas, irama nafas regular atau irregular, dan tarikan otot bantu pernafasan)
				PEMERIKSAAN NADI

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
				17. Posisikan klien untuk berbaring atau duduk, pastikan klien merasa nyaman
				18. Gunakan ujung 2 atau 3 jari (jari telunjuk, jari tengah dan jari manis) untuk meraba salah satu dari 9 jari
				19. Tekan arteri radialis untuk merasakan denyutan
				20. Kali jumlah, kualitas dan ritme nadi
				21. Gunakan jam tangan, untuk menghitung frekuensi nadi selama minimal 30 detik
				22. Hitung frekuensi nadi selama 1 menit penuh apabila ditemukan kondisi abnormal
				23. Dokumentasikan hasil pemeriksaan

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
				PEMERIKSAAN TEKANAN DARAH
				24. Pilih manset tensi meter sesuai dengan ukuran lengan pasien
				25. Tempatkan pasien dalam posisi nyaman (posisi duduk atau baring) dengan lengan rileks, sedikit menekuk pada siku dan bebas dari tekanan oleh pakaian
				26. Palpasi arteri brachialis
				27. Pasang manset melingkari lengan atas dimana arteri brachialis teraba, secara rapid an tidak terlalu ketat (2,5 cm diatas siku) dan sejajar jantung
				28. Raba nadi radialis/brachialis dengan satu tangan
				29. Tutup bulb screw tensi meter

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
				<p>30. Pasang bagian diafragma, stetoskop pada perabaan pulsasi arteri brachialis</p> <p>31. Pompa tensi meter dengan cepat sampai 30 mmhg diatas hilangnya pulsasi</p> <p>32. Turunkan tekanan manset perlahan-lahan sampai pulsasi arteri teraba</p> <p>33. Dengarkan melalui stetoskop, sambil menurunkan perlahan-lahan 3 mmhg perdetik dan melaporkan saat mendengar bising 'DUG' pertama (sistolik)</p> <p>34. Turunan tekanan manset sampai suara bising 'DUG' yang terakhir (tekanan diastolic)</p> <p>35. Rapikan alat-alat yang telah digunakan</p>

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
				36. Rapikan dan berikan posisi yang nyaman pada pasien
<b>Tahap Terminasi (bobot 1)</b>	tidak melakukan tahap terminasi	melakukan 1-2 item	melakukan 3 item	melakukan semua item meliputi:
				1. evaluasi respon klien
				2. simpulkan hasil kegiatan
				3. pemberian pesan
				4. kontrak selanjutnya (waktu, tempat, topik/kegiatan)
<b>Dokumentasi (bobot 1)</b>	tidak melakukan dokumentasi	melakukan 1-2 item	melakukan 3-4 item	melakukan 5 hal meliputi:
				1. nama klien
				2. jenis tindakan
				3. hasil tindakan
				4. kondisi klien
				5. respon klien
<b>Sikap (bobot 1)</b>	tidak menunjukkan sikap yang baik kepada klien	menunjukkan 1-2 item	menunjukkan 3-4 item	menunjukkan 5 hal sikap yang baik meliputi:

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
		sikap yang baik	sikap yang baik	1. teliti
				2. empati
				3. peduli
				4. sabar
				5. sopan

## Pemberian Obat Secara Tropical

Tanggal Penilaian :.....

Nama Mahasiswa :.....

Nilailah setiap kinerja yang diamati dengan skala nilai sebagai berikut :

0 : Langkah tidak dikerjakan
1 : Langkah dikerjakan belum benar atau tidak sesuai urutan (jika harus berurutan)
2 : Langkah dikerjakan dengan benar atau sesuai dengan urutan (jika harus berurutan)

### 1. Pemberian Obat Tropical pada Kulit

No	Aspek yang di nilai	Nilai	0	1	2	Ket
1	Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ obat sesuai resep</li> <li>▪ buku obat</li> <li>▪ bola kapas kering</li> <li>▪ bola kapas basah</li> <li>▪ Waskom cuci dengan air hangat</li> <li>▪ Penutup mata</li> <li>▪ Sarung tangan</li> </ul>					
2	Cek intruksi dokter					
3	Cuci tangan					
4	Atur peralatan di samping tempa tidur klien					
5	Tutup ruangan					
6	Identifikasi klien					

No	Aspek yang di nilai	Nilai	0	1	2	Ket
7	Posisi klien tepat dan nyaman					
8	Inspekdi kondisi kulit, cuci area yang sakit dan bersihkan yang kerak dan debris					
9	Keringkan					
10	Bila kulit terlalu kering, gunakan agen tropical saat kulit masih bassa					
11	Gunakan sarung tangan					
12	<p>Oleskan agen tropical:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krim, salep, lotion, yang mengandung minyak, letakan 1-2 sendok the obat dan lunakan dengan menggosok lembut diantara kedua tangan usapkan merata oada area kulit searah pertumbuhan bulu. Jelaskan bahwa kulit terasa berminyak setelah pengobatan</li> <li>▪ Lotion mengandung suspense. Kocok wadah dengan kuat oleskan sejumlah kecil lotion pada kassa balutan dan oleskan pada kulit dengan menekan merata searah pertumbuhan bulu. Jelaskan pada klien bahwa area akan terasa dingin dan kering</li> </ul>					
13	Bereskan tutup bagian kulit jika ada advis					
14	Bantu klien pada posisi nyaman					
15	Bereskan alat					
16	Cuci tangan					

## 2. Pemberian Obat Mata

No	Aspek yang dinilai	Nilai	0	1	2	Ket
1	Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bata sesuai resep</li> <li>▪ Buku obat</li> <li>▪ Bola kapas kering</li> <li>▪ Bola kapas basah</li> <li>▪ Waskom cuci dengan air hangat</li> <li>▪ Penutup mata</li> <li>▪ Sarung tangan</li> </ul>					
2	Cek intuksi dokter					
3	Cuci tangan					
4	Jelaskan prosedur dengan tepat					
5	Atur klien pada posisi terlentang atau duduk dengan hipertensi leher					
6	Gunakan sarung tangan steril					
7	Dengan kapas nasah steril bersihkan kelopak mata dari dalam keluar					
8	Minta klien untuk melihat ke langit-langit					
9	Teteskan obat tetes mata: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dengan tangan dominan didahi, pegang obat tetes mata kurang lebih 1-2 cm, semntara tangan non dominan menarik kelopak mata ke bawah</li> <li>▪ Teteska obat kedalam saku conjungtiva sesuai order</li> <li>▪ Meminta klien menutup mata perlahan</li> </ul>					

No	Aspek yang dinilai	Nilai	0	1	2	Ket
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berikan tekanan lembut pada duktus nasolacimal selama 30-60 detik</li> </ul>					
10	Memasukan salep mata : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengang aplikator salep di pinggir kelopak mata, pencet tube hingga memberikan aliran sepanjang kelopak mata kebawah</li> <li>▪ Meminta klien melihat kebawah</li> <li>▪ Buka kelopak mata atas</li> <li>▪ Berikan aliran tipis sepanjang kelopak mata atas</li> <li>▪ Biarkan klien menutup mata dan menggosok perlahan dengan bola kapas dan gerakan sirkuler</li> </ul>					
11	Bila terdapat kelebihan obat usap dari bagian dalam keluar					
12	Jika ada pasang penutup mata					
13	Bereskan alat dan cuci tangan					
14	Dokumentasikan					

### 3. Pemberian Obat Tetes Telinga

No	Aspek yang dinilai	nilai	0	1	2	Ket
1	Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Botol obat dengan penates steril</li> <li>▪ Buku obat</li> <li>▪ Lidi waten</li> <li>▪ Normal salin</li> <li>▪ Sarung tangan</li> </ul>					
2	Cek instruksi dokter dalam buku obat					
3	Siapkan klien:					

No	Aspek yang dinilai	nilai	0	1	2	Ket
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi klien</li> <li>▪ Sediakan asisten k/p</li> <li>▪ Atur posisi klien side lying dengan telinga yang akan diobati di atas</li> </ul>					
4	Bersihkan daun telinga dan lubang telinga: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gunakan sarung tangan</li> <li>▪ Lidi waten di basahi cairan, bersihkan daun telinga, dan meatus auditory</li> </ul>					
5	Hangatkan obat dengan tangan atau air hangat					
6	Tarik daun telinga keatas dan kebelakang					
7	Masukan sejumlah tetes obat yang di perlukan sepanjang sisi kanan telinga					
8	Beri penekanan lembut pada tragus telinga					
9	Minta klien tetap dalam posisi miring sampai 5 menit					
10	Bereskan alat					
11	Dokumentasikan					

#### 4. Pemberian Obat Tetes Hidung

No	Aspek yang di nilai	nilai	0	1	2	Ket
1	Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Botol obat dengan penates steril</li> <li>▪ Uku obat</li> </ul>					

No	Aspek yang di nilai	nilai	0	1	2	Ket
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sarung tangan</li> </ul>					
2	Cek instruksi dokter dalam buku obat					
3	Siapkan klien : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi klien</li> <li>▪ Sediakan asisten k/p</li> <li>▪ Atur posisi klien berbaring supine dengan kepala hiperektensi diatas bantal</li> <li>▪ Bersihkan lubang hidung</li> <li>▪ Gunakan sarung tangan k/p</li> </ul>					
4	Masukan sejumlah obat yang tepat di tengah tulang konka itmoidalis					
5	Minta klien tetap dalam posisi ini selama 5 menit					
6	Kaji respon klien					
7	Bereskan alat					
8	Dokumentasikan					

#### 5. Pemberian Obat Supositoria Melalui Rectal

No	Aspek yang dinilai	nilai	0	1	2	Ket
1	Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Buku obat</li> </ul>					

No	Aspek yang dinilai	nilai	0	1	2	Ket
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sarung tangan</li> <li>▪ Supositoria rectal</li> <li>▪ Jelli</li> <li>▪ Tissue</li> </ul>					
2	Cek intruksi dokter dalam buku obat					
3	Siapkan klien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi klien</li> <li>▪ Sediakan asisten k/p</li> <li>▪ Atur posisi klien sims dengan tungkai bagian atas fleksi kedepan</li> <li>▪ Tutup dengan selimut hanya ekspose pada area perineal</li> </ul>					
4	Kenakan sarung tangan					
5	Buka supositoria kedalam kemasan dan olesi pelumas ujungnya					
6	Minta klien untuk nafas panjang					
7	Regangkan bokong klien menggunakan tangan non dominan dan masukan supostoria kedalam anus melalui spinter ani, melalui dinding rectal 10 cm pada dewasa dan 5 cm pada anak- anak					
8	Tarik bel dekat klien k/p					
9	Anjurkan klien pada posisi ini selama 5 menit					
10	Letakan bel dekat klien k/p					
11	Buang sarung tangan					
12	Cuci tangan					
13	Kaji respon klien					

No	Aspek yang dinilai	nilai	0	1	2	Ket
14	Dokumentasikan seluruh tindakan					

#### 6. Pemberian Obat Melalui Vagina

No	Aspek yang dinilai	nilai	0	1	2	Ket
1	Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Buku obat</li> <li>▪ Sarung tangan</li> <li>▪ Obat yang di perlukan</li> <li>▪ Applicator untuk cream</li> <li>▪ Pelumas untuk supitoria</li> <li>▪ Pembalut</li> <li>▪ Handuk bersih</li> <li>▪ Korden k/p</li> </ul>					
2	Cek intruksi dokter dalam buku obat					
3	Siapkan klien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi klien</li> <li>▪ Minta klien berkemih dahulu</li> <li>▪ Atur posisi klien supine dengan kaki sedikit fleksi dan pinggul rotasi internal</li> <li>▪ Tutup dengan selimut hanya ekspose pada are perineal saja</li> </ul>					
4	Kenakan sarung tangan					

No	Aspek yang dinilai	nilai	0	1	2	Ket
5	Inspeksi orifisium vagina dan catat adanya kelainan					
6	Lakukan perawatan perineal					
7	<p>Supositoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Buka bungkus aluminium foil oleskan pelumas diujung supositoria</li> <li>▪ Dengan tangan non dominan regangkan lipatan labia</li> <li>▪ Masukkan supusitoria sekita 8-10 cm sepanjang dinding vagina posterior</li> <li>▪ Tarik jari tangan dan bersihkan sisa pelumas</li> <li>▪ Minta klien pada posisi tersebut selama 5-10 menit</li> </ul>					

# BAB 5

## PERAWATAN LUKA SEDERHANA

### A. Pendahuluan

Luka merupakan suatu kerusakan integritas kulit yang dapat terjadi ketika kulit terpapar suhu atau pH, zat kimia, gesekan, trauma tekanan dan radiasi. Respon tubuh terhadap berbagai cedera dengan proses pemulihan yang kompleks dan dinamis yang menghasilkan pemulihan anatomi dan fungsi secara terus menerus disebut dengan penyembuhan luka (Joyce M. Black, 2001). Penyembuhan luka terkait dengan regenerasi sel sampai fungsi organ tubuh kembali pulih, ditunjukkan dengan tanda-tanda dan respon yang berurutan dimana sel secara bersama-sama berinteraksi, melakukan tugas dan berfungsi secara normal. Idealnya luka yang sembuh kembali normal secara struktur anatomi, fungsi dan penampilan.

Terjadinya peradangan pada luka adalah hal alami yang sering kali memproduksi eksudat; mengatasi eksudat adalah bagian penting dari penanganan luka. Selanjutnya, mengontrol eksudat juga sangat penting untuk menangani kondisi dasar luka, yang mana selama ini masih kurang diperhatikan dan kurang dianggap sebagai suatu hal yang penting bagi perawat, akibatnya bila produksi eksudat tidak dikontrol dapat meningkatkan jumlah bakteri pada luka, kerusakan kulit, bau pada luka dan pasti akan meningkatkan biaya perawatan setiap kali mengganti balutan.

## **B. Pengertian**

Luka adalah suatu keadaan terputusnya kontinuitas jaringan tubuh, yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari.

Kulit merupakan bagian tubuh paling luar yang berguna dalam melindungi diri dari trauma luar serta masuknya benda asing. Trauma dapat menyebabkan luka pada kulit.

## **C. Jenis Luka**

Berdasarkan sifat kejadiannya, luka dibagi menjadi dua jenis, yaitu luka disengaja dan luka tidak disengaja. Luka disengaja misalnya luka terkena radiasi atau bedah, sedangkan luka tidak disengaja misalnya adalah luka terkena trauma.

Luka yang tidak disengaja juga dibagi menjadi luka tertutup dan luka terbuka. Luka disebut tertutup jika tidak terjadi robekan, sedangkan luka terbuka jika terjadi robekan dan kelihatan. Luka terbuka seperti luka abrasi (yakni luka akibat gesekan), luka puncture (luka akibat tusukan), dan luka hausration (luka akibat alat-alat yang digunakan dalam perawatan luka).

Luka akibat tirah baring yang lama juga disebut dengan ulkus dekubitus akibat matinya jaringan sel (Nekrosis) pada suatu daerah kulit yang disebabkan oleh berkurangnya aliran darah.

Berdasarkan penyebabnya, luka dibagi menjadi dua, yaitu luka mekanik dan luka nonmekanik. Luka mekanik terdiri atas :

1. *Vulnus scissum*, luka sayat akibat benda tajam. Pinggir lukanya rapi.



2. *Vulnus contusum*, luka memar karena cedera pada jaringan bawah kulit akibat benturan benda tumpul.



3. *Vulnus laceratum*, luka robek akibat terkena mesin atau benda lainnya yang menyebabkan robeknya jaringan rusak dalam.



4. *Vulnus puncture*, luka tusuk yang kecil dibagian luar (dibagian mulut lukanya), tetapi besar dibagian dalam luka.



5. Vulnus sclopetoru, luka tembak akibat tembakan peluru.



6. Vulnus morsum, luka gigitan yang tidak jelas bentuknya pada bagian luka.



7. Vulnus abrasi, luka terkikis yang terjadi pada bagian luka dan tidak sampai ke pembuluh darah.



Sedangkan luka nonmekanik terdiri atas luka akibat zat kimia, termik, radiasi, atau serangan listrik.

#### **D. Tujuan Perawatan Luka**

1. Melindungi luka dari trauma mekanik
2. Mengimobilisasi luka
3. Mengabsorpsi drainase
4. Mencegah kontaminasi dari kotoran-kotoran tubuh (feses, urine)

5. Membantu hemostatis
6. Menghambat atau membunuh mikroorganisme
7. Memberikan lingkungan fisiologis yang sesuai untuk penyembuhan luka
8. Mencegah perdarahan
9. Meningkatkan kenyamanan fisik dan

**1. Indikasi perawatan luka**

- a. Balutan kotor dan basah akibat eksternal
- b. Ada rembesan eksudat
- c. Ingin mengkaji keadaan luka
- d. Dengan frekuensi tertentu untuk mempercepat debridement jaringan nekrotik

**Bagian dari merawat luka**

- a. Mengganti balutan kering. Balutan kering melindungi luka dengan drainase minimal terhadap kontaminasi mikroorganisme.
- b. Mengganti balutan basah kering. Tindakan pilihan untuk luka yang memerlukan debridement.
- c. Irigasi luka. Tindakan pembersihan secara mekanis dengan larutan isotonic atau pengangkatan fisik terhadap jaringan debris, benda asing atau eksudat dengan kasa atau dengan spuit.
- d. Perawatan dekubitus. Perawatan luka yang terjadi karena tekanan terus menerus pada bagian-bagian tubuh sehingga sirkulasi darah ke daerah tersebut

terganggu dan mengakibatkan nekrose jaringan tubuh.

## **2. Perawatan Luka Basah**

Balutan basah adalah tindakan pilihan untuk luka yang memerlukan debridemen (pengangkatan benda asing atau jaringan yang mati atau berdekatan dengan lesi akibat trauma atau infeksi sampai sekeliling jaringan yang sehat)



- a. Indikasi : luka bersih yang terkontaminasi dan luka infeksi yang memerlukan debridement
- b. Tujuan :
  - 1) Membersihkan luka terinfeksi dan nekrotik
  - 2) Mengabsorbsi semua eksudat dan debris luka
  - 3) Membantu menarik kelompok kelembapan ke dalam balutan
- c. Persiapan alat :
  - 1) Bak balutan steril :
    - Kapas balut atau kasa persegi panjang
    - Kom kecil 2 buah
    - 2 pasang pinset (4 buah) atau minimal 3 buah (2 cirurgis dan 1 anatomis)

- Aplikator atau spatel untuk salaeap jika diperlukan
  - Sarung tangan steril jika perlu
- 2) Perlak dan pengalas
    - Bengkok 1 berisi desinfektan 0,5 % untuk merendam alat bekas
    - Bengkok 2 untuk sampah
  - 3) Larutan Nacl 0,9 %
  - 4) Gunting plester dan sarung tangan bersih
  - 5) Kayu putih dan 2 buah kapas lidi
- d. Prosedur :
- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
  - 2) Dekatkan peralatan di meja yang mudah dijangkau perawat
  - 3) Tutup ruangan sekitar tempat tidur dan pasang sampiran
  - 4) Bantu klien pada posisi nyaman. Buka pakaian hanya pada bagian luka dan instruksikan pada klien supaya tidak menyentuh daerah luka atau peralatan
  - 5) Cuci tangan
  - 6) Pasang perlak pengalas di bawah area luka
  - 7) Pakai sarung tangan bersih, lepaskan plester dengan was bensin menggunakan lidi kapas, ikatan atau balutan. Lepaskan plester dengan melepaskan ujung dan menariknya dengan perlahan sejajar kulit dan mengarah pada

balutan. Jika masih terdapat bekas plester di kulit bersihkan dengan kayu putih

- 8) Angkat balutan kotor perlahan-lahan dengan menggunakan pinset atau sarung tangan, pertahankan permukaan kotor jauh dari penglihatan klien. Bila terdapat drain angkat balutan lapis demi lapis
- 9) Bila balutan lengket pada luka lepaskan dengan menggunakan normal salin (NaCl 0,9%)
- 10) Observasi karakter dari jumlah drainase pada balutan
- 11) Buang balutan kotor pada sampah, hindari kontaminasi permukaan luar kantung, lepaskan sarung tangan dan simpan pinset dalam bingkai yang berisi larutan desinfektan
- 12) Buka bak steril, tuangkan larutan normal salin steril ke dalam mangkok kecil. Tambahkan kassa ke dalam normal salin
- 13) Kenakan sarung tangan steril
- 14) Inspeksi keadaan luka, perhatikan kondisinya, letak drain, integritas jahitan atau penutup kulit dan karakter drainase (palpasi luka bila perlu dengan bagian tangan yang nondominan yang tidak akan menyentuh bahan steril)
- 15) Bersihkan luka dengan kapas atau kassa lembab yang telah dibasahi normal salin. Pegang kassa atau kapas yang telah dibasahi

dengan pinset. Gunakan kassa atau kapas terpisah untuk setiap usapan membersihkan. Bersihkan dari area yang kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi

- 16) Pasang kassa yang lembab tepat pada permukaan kulit yang luka. Bila luka dalam maka dengan perlahan buat kemas dengan menekuk tepi kassa dengan pinset. Secara perlahan masukan kassa ke dalam luka sehingga semua permukaan luka kontak dengan kassa lembab
- 17) Luka ditutup dengan kassa kering. Usahakan serat kassa jangan melekat pada luka. Pasang kassa lapisan kedua sebagai lapisan penerap dan tambahkan lapisan ketiga
- 18) Luka difiksasi dengan plester atau dibalut dengan rapi,
- 19) Lepaskan sarung tangan dan buang ke tempat yang telah disediakan, dan simpan pinset yang telah digunakan pada bingkai perendam
- 20) Bereskan semua peralatan dan bantu pasien merapikan pakaian, dan atur kembali posisi yang nyaman
- 21) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan
- 22) Dokumentasikan hasil, observasi luka, balutan dan drainase, termasuk respon klien

### **3. Perawatan luka kering**

Balutan kering adalah suatu bentuk perawatan luka yang dilakukan dengan balutan kering pada luka yang cukup kering seperti luka post operasi.



- a. Tujuan
    - 1) Meningkatkan penyembuhan luka
    - 2) Melindungi luka dari kontaminasi
    - 3) Mencegah terjadinya infeksi
  - b. Indikasi
    - 1) Luka operasi (luka tertutup)
    - 2) Luka abrasi, leserasi (luka terbuka)
  - c. Persiapan alat
    - 1) Alat-alat steril
      - Pinset anatomis 2 buah
      - Gunting bedah 1 buah
      - Gunting jaringan 1 buah
      - Kassa kering dalam kom tertutup secukupnya
      - Kassa desinfektan dalam kom tertutup 5-10 helai
      - sarung tangan 1 pasang
-

- korentang/forcep
- 2) Alat-alat tidak steril
  - Gunting verban 1 buah
  - Plester
  - Pengalas
  - Kom kecil 1 buah
  - Nierbeken 2 buah
  - NaCl 9 %
  - Sarung tangan 1 pasang
  - Masker
  - Kantong plastic/baskom untuk tempat sampah

d. Pelaksanaan

- 1) Jelaskan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan
- 2) Dekatkan alat-alat ke pasien
- 3) Pasang sampiran
- 4) Perawat cuci tangan
- 5) Pasang masker dan sarung tangan yang tidak steril
- 6) Atur posisi pasien sesuai dengan kebutuhan
- 7) Letakkan pengalas dibawah area luka
- 8) Letakkan nierbeken didekat pasien
- 9) Buka balutan lama (hati-hati jangan sampai menyentuh luka) dengan menggunakan

pinset anatomi, buang balutan bekas kedalam nierbeken.

- 10) Kaji lokasi, tipe, jumlah jahitan atau bau dari luka
- 11) Buka sarung tangan, masukan kedalam nierbeken
- 12) Membuka set steril, menyiapkan larutan pencuci luka dan obat luka
- 13) Pasang sarung tangan steril
- 14) Bersihkan luka dengan kassa desinfektan, mulai dari pusat luka kearah keluar secara berlahan-lahan karena luka setelah operasi terdapat sedikit edema.
- 15) Setelah dibersihkan irigasi/bathing or shower luka dengan normal salin
- 16) Keringkan luka dengan kassa steril
- 17) Oleskan antikbiotik yang sesuai pada luka
- 18) Tutup dengan kassa kering steril
- 19) Tutup luka dengan kassa kering steril secukupnya, kemudian plester dengan rapi
- 20) Buka sarung tangan, masukan kedalam nierbeken
- 21) Atur dan rapikan posisi pasien
- 22) Rapikan peralatan dan kembalikan ketempatnya dalam keadaan bersih, kering dan rapi
- 23) Dokumentasikan dalam catatan keperawatan

#### **4. Perawatan Luka Dekubitus**

Ulkus Dekubitus adalah matinya jaringan sel (Nekrosis) pada suatu daerah kulit yang disebabkan oleh

---

---

berkurangnya aliran darah, karena tekanan yang lama atau terus menerus.



- a. Tujuan :
  - 1) Merangsang peredaran darah
  - 2) Memberikan perasaan nyaman pada penderita
  - 3) Mempercepat penyembuhan luka
- b. Alat atau Perlengkapan
  - Pinset anatomi
  - Pinset chirurgis
  - Kasa steril
  - Gunting plester
  - Plester/perekat
  - Alkohol 70 % / Wash bensisin
  - Desinfektant atau sabun
  - Larutan NaCl
  - Sarung tangan bersih
  - Sarung tangan steril
- c. Cara Perawatan Dekubitus
  - 1) cuci tangan dan cuci tangan steril.

- 2) Jelaskan prosedur kepada klien
- 3) Menjaga Privacy klien dengan membuka bagian yang akan dilakukan tindakan atau menutup sampiran
- 4) Mengatur posisi pasien tanpa menutupi bagian yang akan dilakukan tindakan
- 5) Mengkaji luka dan kulit sekitar untuk menentukan tindakan selanjutnya dengan memperhatikan
  - a) Warna, kelembapan penampilan kulit sekitar.
  - b) Ukur diameter panjang dan lebar luka, kedalaman luka
  - c) Ukur kedalaman kulit dengan Nekrosis jaringan dengan menggunakan kapas sublimat steril
  - d) Kaji karakteristik dan bentuk luka serta jenis luka tersebut
- 6) Mencuci kulit sekitar luka secara lembut dengan air hangat dan gunakan sabun.
- 7) Dengan perlahan, keringkan kulit secara menyeluruh dengan menekan daerah sekitar luka sampai benar-benar bersih.
- 8) Apabila masih terdapat pus lakukan sampai benar-benar mengeluarkan darah.

- 9) Selanjutnya bersihkan luka secara menyeluruh dengan cairan saline normal atau agen pembersih.
- 10) Gunakan agens topical jika diresepkan.
- 11) Mengubah posisi klien dengan nyaman tidak pada posisi luka dekubitus.
- 12) Rapikan alat-alat.
- 13) Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan.
- 14) Dokumentasi tindakan.

### Format Penilaian

#### Perawat Luka Sederhana

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
<b>Persiapan alat (bobot 1)</b>	alat yang disiapkan tidak lengkap <5	alat yang disiapkan 5-7 buah	alat yang disiapkan 8-10 buah	Alat yang dibutuhkan : 1. Bak instrumen steril 2. kasa persegi panjang 3. Kom kecil 2 buah 4. 2 pasang pinset (4 buah) (2 cirurgis dan 2 anatomis) 5. Sarung tangan steril dan bersih 2 6. Perlak dan pengalas 7. Bengkok 1 buah 8. Bengkok 1 buah untuk sampah 9. Larutan Nacl 0,9 % 10. Gunting plester dan plester/hipafik 11. kapas alkohol untuk membuka kasa kotor 12. korentang
	tidak melakukan	melakukan n 1 item	melakukan n 2 item	melakukan semua tahap pra interaksi meliputi:

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
<b>Tahap Pra Interaksi (bobot 1)</b>	n tahap pra interaksi			1. Cek Catatan perawatan dan catatan medik klien
				2. Cuci tangan
				3. menjaga privasi klien
<b>Tahap Orientasi (bobot 1)</b>	tidak melakukan n tahap orientasi	melakukan n 1-2 item	melakukan n 3-4 item	melakukan semua item meliputi;
				1. Berikan salam dan panggil klien dengan namanya
				2. klarifikasi kontrak waktu
				3. Jelaskan tujuan
				4. jelaskan peran perawat dan klien
5. berikan kesempatan klien untuk bertanya				
<b>Tahap Kerja (bobot 6)</b>	melakukan n < 4 item	melakukan n 4-6 item	melakukan n 7-10 item	1. Pasang pernak pengalas di bawah area luka
				2. Pakai sarung tangan bersih, lepaskan plester dengan kapas alkohol, ikatan atau balutan. Lepaskan plester dengan melepaskan ujung dan menariknya dengan perlahan sejajar kulit dan mengarah pada balutan.
				3. Angkat balutan kotor perlahan-lahan dengan menggunakan pinset atau sarung tangan, pertahankan permukaan kotor jauh dari penglihatan klien. Bila terdapat drain angkat balutan lapis demi lapis

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
				<p>Bila balutan lengket pada luka lepaskan dengan menggunakan normal salin ( NaCl 0,9 %) Observasi karakter dari jumlah drainase pada balutan</p>
				<p>4. Buang balutan kotor pada sampah, hindari kontaminasi permukaan luar kantung, lepaskan sarung tangan dan simpan pinset dalam bingkai yang berisi larutan desinfektan</p>
				<p>5. Buka bak steril, tuangkan larutan normal salin steril ke dalam kom kecil. Tambahkan kassa ke dalam normal salin</p>
				<p>6. Kenakan sarung tangan steril</p>
				<p>7. Inspeksi keadaan luka, perhatikan kondisinya, letak drain, integritas jahitan atau penutup kulit dan karakter drainase ( palpasi luka bila perlu dengan bagian tangan yang non dominan yang tidak akan menyentuh bahan steril )</p>
				<p>8. Bersihkan luka dengan kapas atau kassa lembab yang telah dibasahi normal salin. Pegang kassa atau kapas yang telah dibasahi dengan pinset. Gunakan kassa atau kapas terpisah untuk setiap usapan membersihkan. Bersihkan dari area yang kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi</p>

ASPEK YANG DINILAI	PENILAIAN			
	0	1	2	3
				<p>9. Pasang kassa yang lembab tepat pada permukaan kulit yang luka. Bila luka dalam maka dengan perlahan buat kemas dengan menekuk tepi kasa dengan pinset. Secara perlahan masukan kassa ke dalam luka sehingga semua permukaan luka kontak dengan kassa lembab</p> <p>10. Luka ditutup dengan kassa kering. Usahakan serat kassa jangan melekat pada luka. Pasang kassa lapisan kedua sebagai lapisan penyerap.</p> <p>11. Luka difiksasi dengan plester atau dibalut dengan rapi.</p>
Dokumentasi (bobot 1)	tidak melakukan dokumentasi	melakukan 1-2 item	melakukan 3-4 item	<p>melakukan 5 hal meliputi:</p> <p>1. nama klien</p> <p>2. jenis tindakan</p> <p>3. hasil tindakan</p> <p>4. kondisi klien</p> <p>5. respon klien</p>
<b>Sikap (bobot 1)</b>	tidak menunjukkan sikap yang baik kepada klien	menunjukkan 1-2 item sikap yang baik	menunjukkan 3-4 item sikap yang baik	<p>menunjukkan 5 hal sikap yang baik meliputi:</p> <p>1. teliti</p> <p>2. empati</p> <p>3. peduli</p> <p>4. sabar</p> <p>5. sopan</p>

## DAFTAR PUSTAKA

- Amin H, N. Hardhi Kusuma 2015, *Asuhan Keperawatan Berdasarkan diagnose medis & NANDA*, Mediacion Jogja, Yogyakarta.
- Hidayat, A. Aziz Alimul, Hidayat, Musrifatul, (2008), *Keterampilan Dasar Praktik Klinik*, Salemba Medika, Jakarta.
- Komalawati, Veronica. (2010) *Community&Patient Safety* Dalam Perspektif Hukum Kesehatan.
- Lestari, Trisasi. Knteks Mikro dalam Implementasi *Patient Safety*: Delapan Langkah Untuk Mengembangkan Budaya *Patient Safety*. Buletin IHQN Vol II/Nomor.04/2006 Hal.1-3
- Pabuti, Aumas. (2011) *Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien (KP) Rumah Sakit. Proceedings of expert lecture of medical student of Block 21<sup>st</sup> of Andalas University, Indonesia*
- Panduang Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*). 2005
- Tim keselamatan Pasien RS RSUD Panembahan Senopati. *Patient Safety*.
- Yahya, Adib A. (2006) Konsep dan Program "*Patient Safety*". Proceedings of National Convention VI of The Hospital Quality Hotel Permata Bidakara, Bandung 14-15 November 2006.
- Yahya, Adib A. (2007) Fraud & *Patient Safety*. Proceedings of PAMJAKI meeting "Kecurangan (Fraud) dalam Jaminan/Asuransi Kesehatan" Hotel Bumi Karsa, Jakarta 13 December 2007.





## *Tentang Penulis*

---

ISTICHOMAH, S.KEP., NS, M.KES

Penulis, lahir di Yogyakarta, 19 Juni 1982. Gelar S1 Keperawatan di tempuh di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2004, dan melanjutkan profesi Ners selesai pada tahun 2006. Penulis mengawali karirnya sebagai dosen tetap di STIKES Surya Global dari tahun 2006-2009 yang mengampu mata kuliah keperawatan dasar, keperawatan anak serta keperawatan maternitas. Saat masih aktif mengajar, penulis mengambil pendidikan S2 di Universitas Negeri Surakarta prodi Kedokteran Keluarga, peminatan Pendidikan Profesi Kesehatan dan lulus pada tahun 2010. Awal tahun 2009 penulis mengajar di STIKes Yogyakarta dan tetap aktif hingga sekarang. Saat ini penulis sebagai dosen tetap yang mengampu di mata kuliah Keperawatan Dasar, dan Manajemen Keperawatan. Pengalaman penulis selain telah menulis buku tentang Modul Praktikum Keperawatan Dasar I, Komunikasi Terapeutik, Sistem Imun dan Hematologi, Ilmu Dasar Keperawatan, penulis juga pernah ditunjuk sebagai kepala program studi S1 Keperawatan dan Ners, serta Pembantu Ketua I Bidang Akademik. Selain aktif mengajar, penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat.

Email [istichomahusman@yahoo.com](mailto:istichomahusman@yahoo.com)

Profesi perawat merupakan profesi yang membutuhkan keahlian khusus dalam menangani pasien mulai dari tingkatan individu, keluarga, maupun kelompok baik dalam keadaan sehat maupun sakit. Hal ini menuntut ketrampilan yang harus dikuasai perawat sejak menjadi mahasiswa keperawatan, setelah mahasiswa mampu menguasai ketrampilan pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada pasien/klien. Pada Modul Praktikum Keperawatan Dasar II ini membahas tentang prosedur keperawatan yang menjadi dasar ilmiah dalam praktik keperawatan yang mencakup pengukuran tanda vital, pengkajian keperawatan dan pemeriksaan fisik, pengendalian infeksi dan prosedur pemberian medikasi. Modul Praktikum Keperawatan Dasar II ini diharapkan menjadi pedoman bagi dosen dan mahasiswa dalam melakukan praktik keperawatan dasar manusia yang sesuai dengan standar operasional minimal yang harus dilakukan. Pada modul ini juga dilengkapi dengan ceklist pelaksanaan tindakan yang meliputi penilaian pra interaksi, orientasi, tahap kerja, terminasi, dan dokumentasi disertai dengan penilaian afektifnya. Pendekatan yang digunakan dalam praktikum daring ini adalah student center learning (SCL). Sedangkan metode yang dapat digunakan adalah demonstration, discussion, comprehension, dan execution. Modul Praktikum Keperawatan Dasar II ini merupakan lanjutan dari Modul Praktikum Keperawatan Dasar I yang mencakup pemenuhan kebutuhan dasar manusia khususnya yang mencakup kebutuhan aktivitas dan latihan, kebutuhan oksigenasi, kebutuhan cairan, kebutuhan elektrolit dan keseimbangan cairan-elektrolit, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan nutrisi, kebutuhan eliminasi, kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan kebersihan, dan perawatan diri.

### *Tentang Penulis*



#### **Istichomah, S.Kep.,Ns, M.Kes**

Penulis, lahir di Yogyakarta, 19 Juni 1982. Gelar S1 Keperawatan di tempuh di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2004, dan melanjutkan profesi Ners selesai pada tahun 2006. Penulis mengawali karirnya sebagai dosen tetap di STIKES Surya Global dari tahun 2006-2009 yang mengampu mata kuliah keperawatan dasar, keperawatan anak serta keperawatan maternitas. Saat masih aktif mengajar, penulis mengambil pendidikan S2 di Universitas Negeri Surakarta prodi Kedokteran Keluarga, peminatan Pendidikan Profesi Kesehatan dan lulus pada tahun 2010. Awal tahun 2009 penulis mengajar di STIKes Yogyakarta dan tetap aktif hingga sekarang. Saat ini penulis sebagai dosen tetap yang mengampu di mata kuliah Keperawatan Dasar, dan Manajemen Keperawatan. Pengalaman penulis selain telah menulis buku tentang Modul Praktikum Keperawatan Dasar I, Komunikasi Terapeutik, Sistem Imun dan Hematologi, Ilmu Dasar Keperawatan, penulis juga pernah ditunjuk sebagai kepala program studi S1 Keperawatan dan Ners, serta Pembantu Ketua I Bidang Akademik. Selain aktif mengajar, penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat. Email [istichomahusman@yahoo.com](mailto:istichomahusman@yahoo.com)

Untuk akses **Google Books**,  
Scan **QR CODE**



#### **Media Sains Indonesia**

Melong Asih Regency B40, Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
Email : [penerbit@medsan.co.id](mailto:penerbit@medsan.co.id)  
Website : [www.medsan.co.id](http://www.medsan.co.id)

