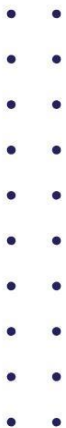


MODUL PRAKTIKUM

KETERAMPILAN DASAR KEPERAWATAN



Masyita Haerianti, S.Kep.Ns., M.Kep
Boby Nurmagandi, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J
Sastriani, S.Kep., Ns M.Kep



PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTASI LMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT
2025





**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT**

No. Dokumen : 26-Modul-Kep-2025

**MODUL
PRAKTIKUM KETERAMPILAN DASAR KEPERAWATAN**

Disusun : Tim Penyusun

(Sastriani, S.Kep., Ns., M.Kep)

Diajukan : Koordinator Mata Kuliah

(Boby Nurmagandi, S.Kep., Ns., M.Kep)

Dikendalikan : Koordinator Program Studi

(Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kes)

Disahkan : Wakil Dekan 1 Bidang Akademik

(Muhammad Irwan, S.Kep., Ns., M.Kes)



KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Alamat: Padhang-Phadang Universitas Sulawesi Barat, Email: fik.unsulbar@gmail.com

VISI DAN MISI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

a. Visi;

Pada tahun 2040 menjadi institusi pendidikan kesehatan yang unggul dalam mengembangkan dan memanfaatkan ilmu teknologi kesehatan untuk memecahkan masalah kesehatan lokal, nasional dan global.

b. Misi;

- 1) Menyelenggarakan program pendidikan kesehatan untuk menghasilkan lulusan yang berkualitas, berdedikasi tinggi dan berakhlak mulia dalam rangka memenuhi tuntutan dan kebutuhan pembangunan
- 2) Mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui kegiatan penelitian dan pengembangan inovasi di bidang kesehatan
- 3) Memanfaatkan ilmu pengetahuan, teknologi kesehatan dalam mewujudkan kesejahteraan dan peradaban yang tinggi
- 4) Mengembangkan kemitraan dengan berbagai pihak untuk penerapan dan pengembangan ilmu kesehatan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Alamat: Padhang-Phadang Universitas Sulawesi Barat, Email: fik.unsulbar@gmail.com

VISI DAN MISI
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

Visi Misi Program Studi memiliki Pencirian yakni **Profesional, Peka Budaya, dan Tanggap Darurat** yang terwujud didalam Visi Misi, yakni;

a. Visi;

Terwujudnya program studi keperawatan yang menghasilkan tenaga keperawatan profesional tanggap darurat dan peka budaya pada tahun 2030 dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

b. Misi;

- 1) Melaksanakan Pendidikan keperawatan profesional yang tanggap darurat dan peka budaya dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- 2) Melaksanakan dan mengembangkan penelitian yang relevan dengan tantangan pelayanan kesehatan dan keperawatan.
- 3) Melaksanakan pengabdian masyarakat dengan memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.
- 4) Menyelenggarakan tata kelola good governance pada program studi.
- 5) Menjalin kemitraan berbagai pihak untuk penerapan dan pengembangan ilmu keperawatan

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur Kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang Telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga Modul ini dapat tersusun. Modul ini diperuntukkan bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Universitas Sulawesi Barat

Diharapkan mahasiswa yang mengikuti kegiatan pembelajaran dapat mengikuti semua kegiatan dengan baik dan lancar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan modul ini tentunya masih terdapat beberapa kekurangan, sehingga penulis bersedia menerima saran dan kritik dari berbagai pihak untuk dapat menyempurnakan modul ini di kemudian hari. Semoga dengan adanya modul ini dapat membantu proses belajar mengajar dengan lebih baik lagi.

Majene, Februari 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	ii
VISI MISI FAKULTAS ILMU KESEHATAN	iii
VISI MISI PROGRAM STUDI KEPERAWATAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vi
CAPAIAN PEMBELAJARAN LULUSAN	1
1. Sikap	1
2. Pengetahuan	1
3. Keterampilan Umum	1
4. Keterampilan Khusus	2
CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH	3
1. PEMERIKSAAN TANDA VITAL	4
PENGUKURAN SUHU VIA AXILA	4
PENGUKURAN SUHU VIA ORAL	5
PENGUKURAN SUHU VIA AURAL	6
PENGUKURAN FREKUENSI PERNAPASAN	6
PENGUKURAN NADI	6
PENGUKURAN TEKANAN DARAH	7
2. PEMERIKSAAN FISIK	9
A. Pemeriksaan Kepala	12
B. Pemeriksaan Mata	13
C. Pemeriksaan Telinga	18
D. Pemeriksaan Hidung	20
E. Pemeriksaan Mulut Dan Faring	22
F. Pemeriksaan Leher	25
G. Pemeriksaan Jantung	31
H. Pemeriksaan Payudara Dan Ketiak	34
I. Pemeriksaan Sistem Muskuluskeletal	37
J. Pemeriksaan Kulit Dan Kuku	38

K. Pemeriksaan Genetalia	40
L. Pemeriksaan Rektum Dan Anus	43
3. PROSEDURPEMBERIAN MEDIKASI PARENTERAL	45
A. Pemberian Obat Intramuskular	45
B. Pemberian Obat Intradermal/Intrakutan	48
C. Pemberian Obat Intravena	50
D. Pemberian Intravena Melalui Selang Infus	53
E. Pemberian Obat Subkutan	56
4. PROSEDUR PEMBERIAN MEDIKASI TOPYCAL	59
5. PROSEDUR PEMBERIAN MEDIKASI SUPOSITORIA	60
6. PROSEDUR PERAWATAN LUKA SEDERHANA	62
7. Latihan Batuk Efektif	64
8. Pengambilan spesimen	66
9. Pengambilan Sampel Darah Vena	68
10. Evakuasi Feses Secara Manual	71
11. Pengambilan Sampel Urin Tengah (<i>Midstream</i>)	73
DAFTAR PUSTAKA	75

CAPAIAN PEMBELAJARAN LULUSAN

1. Sikap

- a. Bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius (S1)
- b. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral dan etika (S2)
- c. Menginternalisasi nilai, norma dan etika akademik (S3)
- d. Bekerjasama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan (S7)
- e. Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia (S12)

2. Pengetahuan

- a. Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan keperawatan secara mandiri atau berkelompok pada bidang keilmuan keperawatan dasar (P4)
- b. Mengetahui prinsip-prinsip keselamatan pasien (P11)

3. Keterampilan Umum

- a. Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standar kompetensi kerja profesi keperawatan (KU1)
- b. Menyusun laporan dibidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku serta kode etik profesi keperawatan (KU3)
- c. Mengkomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi kepada masyarakat (KU4)
- d. Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat dan klien (KU9)
- e. Mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerja profesi keperawatan (KU11)
- f. Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri (KU12)

4. Keterampilan Khusus:

- a. Mampu memberikan (*admiistering*) obat oral, topical, nasal, parental dan supositoria sesuai standar pemberian obar dan kewenangan yang dideligasikan (KK4)
- b. Mampu melakukan komunikasi terapeutik dengan klien simulasi di laboratorium (KK9)
- c. Mampu merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi program promosi kesehatan melalui kerjasama dengan perawat, profesional lain serta kelompok masyarakat untuk mengurangi angka kesakitan, meningkatkan gaya hidup dan lingkungan yang sehat (KK15)

CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH

1. Melakukan pengkajian keperawatan secara komprehensif yang mencakup pengukuran tanda vital, pengkajian keperawatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mempersiapkan pasien yang akan melakukan pemeriksaan penunjang
3. Menerapkan prinsip dan prosedur pengendalian infeksi dan patient safety
4. Mendemonstrasikan prosedur intervensi dalam pemberian medikasi oral, parenteral, topical dan suppository dengan menerapkan prinsip benar
5. Mendemonstrasikan prosedur intervensi perawatan luka sederhana pada pasien simulasi

1. PEMERIKSAAN TANDA VITAL

DEFENISI Pengkajian dasar pasien yang terdiri atas tekanan darah, nadi, pernapasan dan suhu tubuh yang diambil dan didokumentasikan dari waktu ke waktu yang menunjukkan perjalanan kondisi pasien.

PROSEDUR	Aktifitas	Dilakukan (ya/tidak)
	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis) • Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur • Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : - <ul style="list-style-type: none"> - Stetoskop - Tensimeter/Sphygmomanometer - Alcohol swab - Sarung tangan/handscoen - Jam tangan - Thermometer (raksa, digital/elektrik) - Thermometer tympani/aural - Thermometer rectal - Tissue - Kassa - Jelly/Lubrikan - Bullpen - Bengkok - Lembar dokumentasi <p>PENGUKURAN SUHU VIA AXILA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasang sarung tangan • Minta klien duduk atau berbaring, pastikan klien merasa nyaman • Gulung lengan baju klien atau buka baju atas sampai axila terlihat 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Keringkan daerah axila dengan kassa • Pastikan thermometer siap (jika menggunakan thermometer raksa suhu awal < 35⁰C • Pasang thermometer pada daerah axila, minta klien menurunkan lengan atas dan meletakkan lengan bawah diatas dada • Jelaskan pada klien bahwa pengukuran berlangsung selama 5 menit • Ambil thermometer dan baca hasilnya • Bersihkan thermometer dengan kapas alcohol atau dengan menggunakan sabun-savlon-air bersih lalu keringkan dengan kassa • Rapikan klien • pas sarung tangan • Mencuci tangan • Dokumentasi hasil pemeriksaan <p>PENGUKURAN SUHU VIA ORAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasang sarung tangan • Minta pasien duduk atau berbaring, pastikan klien sudah merasa nyaman • Siapkan thermometer • Tempatkan thermometer dibawag lidah klien pada sublingual • Minta klien menutup mulut • Jelaskan pada klien bahwa pengukuran berlangsung selama 3-5 menit • Ambil thermometer dan baca hasilnya • Bersihkan thermometer dengan kapas alcohol atau dengan menggunakan sabun-savlon-air bersih lalu keringkan dengan kasa • Rapikan klien • Lepas sarung tangan • Cuci tangan 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentasikan pemeriksaan <p>PENGUKURAN SUHU VIA AURAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasang sarung tangan • Siapkan thermometer tympani, jika klien menggunakan alat bantu dengar, keluarkan dengan hati-hati dan tunggu hingga 1-2 menit • Bersihkan telinga dengan kapas • Buka bagian luar telinga, dengan perlahan-lahan masukkan thermometer sampai liang telinga • Tekan tombol untuk mengaktifkan thermometer • Pertahankan posisi thermometer selama pengukuran sampai muncul suara atau timbul tanda cahaya pada thermometer • Ambil thermometer dan baca hasilnya • Rapikan klien • Lepas sarung tangan • Cuci tangan • Dokumentasi hasil pemeriksaan <p>PENGUKURAN FREKUENSI PERNAPASAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bantu klien membuka baju, jaga privasi klien • Posisikan pasien untuk berbaring/duduk, pastikan klien merasa nyaman • Lakukan inspeksi atau palpasi dengan kedua tangan pada punggung / dada untuk menghitung gerakan pernapasan selama minimal 1 menit • Dokumentasikan hasil pemeriksaan (frekuensi nafas, irama nafas reguler/ireguler, dan tarikan otot bantu pernafasan). <p>PENGUKURAN NADI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasang sarung tangan 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Bantu pasien untuk duduk atau berbaring, pastikan pasien merasa nyaman • Gunakan ujung dua atau tiga jari (jari telunjuk, jari tengah dan jari manis) untuk meraba salah satu dari 9 arteri. • Tekan arteri radialis untuk merasakan denyutan • Kaji jumlah, kualitas, dan ritme nadi • Gunakan jam tangan, untuk menghitung frekuensi nadi selama minimal 30 detik • Hitung frekuensi nadi selama 1 menit penuh apabila ditemukan kondisi abnormal • Lepaskan sarung tangan • Cuci tangan • Dokumentasikan hasil pemeriksaan <p>PENGUKURAN TEKANAN DARAH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasang sarung tangan • Pilih manset tensimeter/sphygmomanometer sesuai dengan ukuran lengan pasien • Tempatkan pasien dalam posisi nyaman (duduk/berbaring) dengan lengan rileks, sedikit menekuk pada siku dan bebas dari tekanan oleh pakaian • Palpasi arteri brachialis. • Pasang manset melingkari lengan atas dimana arteri brachialis teraba, secara rapi dan tidak terlalu ketat (2,5 cm di atas siku) dan sejajar jantung • Raba nadi radialis atau brachialis dengan satu tangan. • Tutup <i>bulb screw</i> tensimeter • Pasang bagian diafragma stetoskop pada perabaan pulsasi arteri brachialis 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none">• Pompa tensimeter/sphygmomanometer dengan cepat sampai 30mmHg di atas hilangnya pulsasi• Turunkan tekanan manset perlahan-lahan sampai pulsasi arteri teraba• Dengarkan melalui stetoskop, sambil menurunkan perlahan-lahan 3mmHg/detik dan melaporkan saat mendengar bising „dug“ pertama (tekanan sistolik)• Turunan tekanan manset sampai suara bising „dug“ yang terakhir (tekanan diastolik)• Rapikan alat-alat yang telah digunakan• Lepaskan sarung tangan• Cuci Tangan• Dokumentasi hasil pemeriksaan	
--	---	--

2. PEMERIKSAAN FISIK

DEFENISI	Pemeriksaan tubuh pasien dengan menggunakan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi secara keseluruhan atau hanya beberapa bagian saja untuk menegakkan diagnosis yang berupa kepastian tentang penyakit apa yang diderita pasien
DIAGNOSA KEPERAWATAN	<ul style="list-style-type: none"> - Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif - Risiko Perfusi Gastrointestinal Tidak Efektif - Gangguan Pertukaran Gas - Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif - Pola Napas Tidak Efektif - Risiko Perfusi Renal Tidak Efektif - Gangguan Penyapihan Ventilator - Gangguan Sirkulasi Spontan - Penurunan Curah Jantung Intrakranial - Risiko Penurunan Curah Jantung - Hipotermia - Risiko Hipotermia Perioperatif - Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif - Termoregulasi Tidak Efektif - Hipervolemia - Intoleransi Aktivitas - Hipovolemia - Risiko Intoleransi Aktivitas - Risiko Hipovolemia - Risiko Ketidakseimbangan Cairan - Perlambatan Pemulihan Pasca Bedah - Risiko Hipotermia - Risiko Infeksi - Risiko Syok - Diarefleksia Otonom - Risiko Perdarahan - Disorganisasi Perilaku Bayi - Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif

***LUARAN
KEPERAWATAN***

- Bersihan Jalan - Tingkat Syok Menurun
Napas Meningkat
- Pertukran Gas Meningkat - Perfusi Gastrointestinal Meningkat
- Pola Napas Membaik - Perfusi Renal Meningkat
- Penyapihan Ventilator - Kapasitas Adaptif Intracranial
Meningkat - Termoregulasi Membaik
- Toleransi Aktivitas Meningkat
- Curah Jantung Meningkat
- Pemulihha Pascabedah Meningkat
- Perfusi Perifer Meningkat
- Status Neorologis Membaik
- Sirkulasi Spontan
Meningkat - Organisasi Perilaku Bayi Meningkat
- Status Cairan Membaik
- Keseimbangan Cairan Meningkat
- Tingkat Perdarahan Menurun

Aktivitas	Dilakukan (Ya/Tdk)
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)	
2. Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur	
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan <ul style="list-style-type: none"> • Lampu • Sarung tangan • Senter kecil • Surat kabar / majalah • Kartu snellen • Penutup mata • Arloji berjarum detik • Garpu tala • Spekulum telinga • Lampu kepala • Spekulum hidung • Sudip lidah/spatel • Kasa • Stetoskop • Penggaris sentimeter • Pensil penanda 	
4. Lakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah	
5. Pastikan lingkungan sekitar pasien aman dan pasien merasa nyaman	

PROSEDUR

6. Pemeriksaan Kepala

Persiapan klien :

- Klien diberitahu tentang tujuan prosedur yang akan dilakukan
- Posisi klien diatur senyaman mungkin (jika memungkinkan dalam posisi duduk)
- Anjurkan untuk melepaskan penutup kepala, kacamata, dll.
- Perhatikan privasi klien.

Pelaksanaan :

- Cuci tangan
- Pakai sarung tangan (terutama jika terdapat luka/lesi di kepala).
- Inspeksi kesimetrisan muka
- Warna dan distribusi rambut
- Kulit kepala
- Lakukan palpasi dengan gerakan memutar yang lembut menggunakan ujung jari, lakukan mulai dari depan turun kebawah melalui garis tengah kemudian palpasi setiap sudut garis kepala.
- Rasakan apakah terdapat benjolan / massa, tanda bekas luka, pembengkakan, nyeri tekan, dll. Jika hal tsb ditemukan perhatikan ukuran, konsistensi, posisinya.
- Bersihkan dan rapikan alat pada tempatnya semula.
- Cuci tangan. **Evaluasi**
- Validasi perasaan klien. **Dokumentasi**
- Catat hasil dan respon klien pada proses perawatan
- Cantumkan nama perawat yang melakukan tindakan.

7. Pemeriksaan mata

Persiapan Klien :

- Klien diberitahu tentang tujuan prosedur yang akan dilakukan.
- Posisi klien diatur senyaman mungkin
- Anjurkan untuk melepaskan penutup kepala, kacamata, dll

Persiapan Perawat :

- Cuci tangan.

INSPEKSI

ALIS

- Inspeksi rambut alis
- Bandingkan kesimetrisan rambut alis

KELOPAK MATA

- Anjurkan klien melihat lurus ke depan.
- Bandingkan mata kiri dan kanan, inspeksi posisi dan warna kelopak mata.
- Anjurkan klien memejamkan matanya
- Amati bentuk dan keadaan kulit pada kelopak mata (ptosis), serta pinggir kelopak mata dan catat setiap kelainan yang ada.
- Amati pertumbuhan rambut pada kelopak mata dan posisi bulu mata (entropion atau ekstrapion)
- Untuk inspeksi kelopak mata bawah, minta klien untuk membuka mata.

KONJUNGTIVA DAN SKLERA

- Anjurkan klien untuk melihat lurus kedepan.

- Tarik kelopak mata bagian bawah dengan menggunakanibu jari.
- Gunakan sarung tangan jika ada sekret di tepi kelopak mata.
- Amati keadaan konjungtiva dan kantung konjungtivabagian bawah, catat jika terdapat infeksi, pus atau warnanya tidak normal/anemis
- Jika diperlukan, amati konjungtiva bagian atas, yaitudengan membuka atau membalik kelopak mata atas dengan posisi pemeriksa berdiri dibelakang klien. • Amati warna sklera ketika memeriksa kunjungtiva.

KORNEA

- Berdiri disisi klien, lalu dengan cahaya tidak langsung, inspeksi kejernihan dan tekstur kornea
- Lakukan uji sensitivitas kornea dengan menyentuh gulungan kapas steril untuk melihat reaksi berkedip.

PUPIL DAN IRIS

- Pegang kepala dan dagu klien agar tidak bergerak-gerak
- Inspeksi ukuran, bentuk keselarasan pupil dan reaksi terhadap cahaya.

Uji refleks pupil terhadap cahaya :

- Sinari pupil klien dengan senter dari samping.
- Amati mengecilnya pupil yang sedang disinari.
- Lakukan pada pupil yang lain.

Periksa refleks akomodasi :

- Anjurkan klien untuk menatap objek pemeriksaan (jari/ pensil) yang dipengang 10 cm dari batang hidung klien.

- Amati perubahan pupil dan akomodasi melalui konstriksi saat melihat objek yang dekat.

PERGERAKAN BOLA MATA

- Anjurkan klien untuk melihat lurus ke depan
- Amati kedua bola mata apakah diam atau nistagmus (pergerakan secara spontan).
- Amati bentuk, frekuensi (cepat/lambat), amplitudo (luas /sempit) bola mata, jika ditemukan nistagmus
- Amati apakah kedua mata memandang lurus ke depan atau salah satu deviasi.
- Luruskan jari telunjuk dan dekatkan pada klien dengan jarak 15 – 30 cm.
- Instruksikan klien agar mengikuti gerakan jari pemeriksaan ke- 8 arah tatapan utama, yaitu atas dan bawah, kanan dan kiri, diagonal ke atas dan ke bawah kanan.
- Jaga jari agar tetap dalam lapang pandang penglihatan normal.

MEDAN PENGLIHATAN

- Periksa berdiri di depan klien kira - kira 60 cm
- Tutup mata yang tidak diperiksa (pemeriksa ataupun klien)
- Instruksikan klien untuk melihat lurus ke depan dan memfokuskan pada satu titik pandang
- Gerakkan jari pada jarak yang sebanding dengan panjang lengan di luar lapang penglihatan.
- Minta klien untuk memberi tahu pemeriksa jika ia melihat jari pemeriksa.
- Perlahan tarik jari pemeriksa mendekat jaga jari agar selalu tetap di tengah antara pemeriksa dan klien.
- Kaji mata sebelahnya.

KETAJAMAN PENGLIHATAN

Pengkajian Tahap I

- Pastikan cahaya ruangan cukup terang
- Minta klien untuk membaca surat kabar/majalah/buku
- Minta klien untuk membaca dengan keras untuk memastikan bahwa klien tidak buta huruf.
- Anjurkan klien yang berkaca mata untuk memakai kacamatanya pada tahap ini.
- Jika klien mengalami kesulitan membaca, lanjutkan pemeriksaan ke tahap II

Pengkajian Tahap II

- Siapkan kartu snellen/kartu e untuk klien dewasa atau kartu gambar untuk anak – anak
- Atur tempat tidur duduk klien dengan jarak 5 - 6 meter dari kartu tersebut.
- Atur penerangan ruangan yang cukup sehingga kartu dapat terbaca jelas.
- Instruksikan klien untuk menutup mata kiri
- Periksa mata kanan dengan menyeluruh klien untuk membaca huruf yang paling besar sampai huruf yang paling kecil dan catat huruf terakhir yang masih bisa terbaca oleh klien
- Lakukan pemeriksaan pada mata sebelah kiri dengan menutup mata kanan.
- Penilaian :
 - Normal (20/20)
 - Numerator / atas (Jarak klien berdiri dari kartu)
 - Denominator / bawah (Jarak darimana mata normal dapat membaca kartu)

- Visus mata (20/40) → orang normal dapat membaca pada jarak 40 kaki sedangkan orang diperiksa hanya dapat membacanya pada jarak 20 kaki

Pengkajian Tahap III

- Fingers test (N=6m)
- Waving hand test (N=300m)
- Light perception (cahaya senter; kapan cahaya dinyalakan atau dimatikan ?); (N = visusnya 1/∞., AN = no light perception (NLP) /BUTA)

PENGLIHATAN WARNA

- Siapkan kartu Color Blind Test Ishihara
- Pastikan ruangan cukup terang
- Instruksikan klien untuk menyebutkan gambar atau angka yang ada pada kartu tersebut



PALPASI MATA

- Anjurkan klien untuk memejamkan mata
- Palpasi kedua mata dengan jari telunjuk di atas kelopak mata sisi kiri dan kanan.
- Dengan menekan - nekan bola mata, periksa nilai konsistensinya dan (adanya) nyeri tekan.
- Bersihkan dan merapikan alat pada tempatnya semula.
- Cuci tangan.

EVALUASI

- Validasi perasaan klien

DOKUMENTASI

- Catat hasil dan respon klien pada proses keperawatan.
- Cantumkan nama perawat yang melakukan tindakan

8. Pemeriksaan telinga

Persiapan klien :

- Klien diberitahu tentang tujuan prosedur yang akan dilakukan.
- Posisi klien diatur senyaman mungkin.
- Anjurkan untuk melepas penutup kepala, kacamata, dll.

INSPEKSI DAN PALPASI TELINGA LUAR.

- Bantu klien dalam posisi duduk, jika memungkinkan
- Posisi pemeriksa menghadap ke sisi telinga yang dikaji
- Atur pencahayaan dengan menggunakan auroskop, lampu kepala atau sumber cahaya lain sehingga pemeriksa bebas bekerja.
- Inspeksi telinga luar terhadap posisi, warna, ukuran, bentuk, hygiene (adanya) lesi/massa dan kesimetrisan. Bandingkan dengan hasil normal.
- Lakukan palpasi dengan memegang telinga menggunakan jari telunjuk dan jempol.
- Palpasi kartilago telinga luar secara sistematis, yaitu dari jaringan lunak ke jaringan keras dan catat jika ada nyeri
- Lakukan penekanan pada area tragus ke dalam dan tulang telinga di bawah daun telinga.
- Bandingkan telinga kiri dan telinga kanan.
- Inspeksi lubang pendengaran eksternal dengan cara berikut :

- Pada orang dewasa, pegang daun telinga/heliks dan perlahan-lahan tarik daun telinga keatas dan kebelakang sehingga lurus dan menjadi muda diamati dan pada anak – anak, tarik daun telinga kebawah.
- Periksa adanya peradangan, perdarahan atau kotoran/serumen pada lubang telinga.

PEMERIKSAAN PENDENGARAN

- Menggunakan bisikan :
 - o Atur posisi klien berdiri membelakangi pemeriksa pada jarak 4 – 6 m

Instruksikan klien untuk menutup salah satu telinga yang diperiksa.
- Bisikan suatu bilangan, misalnya “tujuh enam”.
- Minta klien untuk mengulangi bilangan yang didengar.
- Periksa telinga lainnya dengan cara yang sama.
- Bandingkan kemampuan mendengar telinga kanan dan kiri klien.
- Menggunakan arloji :
 - o Ciptakan suasana ruangan yang tenang - Pegang arloji dan dekatkan ke telinga klien.
 - o Minta klien untuk memberi tahu pemeriksa jika ia mendengar detak arloji.
 - o Pindahkan posisi arloji perlahan – lahan menjauhi telinga dan minta klien untuk memberi tahu pemeriksa jika ia tidak mendengar detak arloji.
- Menggunakan garpu tala :

Pemeriksaan Rinne :

 - o Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari tengah yang berlawanan.

- o Letakkan tangkai garpu tala pada prosesus mestoideus klien.
- o Anjurkan klien untuk memberi tahu pemeriksa jika ia tidak merasakan getaran lagi.
- o Angkat garpu tala dan dengan cepat tempatkan di depan lubang telinga klien 1 – 2 cm dengan posisi garpu tala paralel terhadap lubang telinga luar klien
- o Instruksikan klien untuk memberi tahu apakah ia masih mendengar suara atau tidak.
- o Catat hasil pemeriksaan pendengaran tersebut.

Pemeriksaan Weber

- Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari tangan yang berlawanan.
- Letakkan tangkai garpu tala di tengah puncak kepala klien.
- Tanyakan pada klien apakah bunyi terdengar sama jelas pada kedua telinga atau lebih jelas pada salah satu telinga.
- Catat hasil pemeriksaan pendengaran tersebut

9. Pemeriksaan hidung

Persiapan klien :

- Klien diberitahu tentang tujuan prosedur yang akan dilakukan.
- Posisi klien diatur nyaman mungkin.
- Memperhatikan privasi klien.

Persiapan Perawat : •

Cuci tangan.

INSPEKSI DAN PALPASI HIDUNG BAGIAN LUAR

- Pemeriksaan duduk berhadapan dengan klien.

- Atur penerangan.
- Amati bentuk dan tulang hidung bagian luar dari sisidepan, samping dan atas.
- Amati keadaan kulit hidung terhadap warna dan adanya pembengkakan.
- Amati kesimetrisan lubang hidung
- Observasi pengeluaran dan pelebaran nares (lubanghidung). Jika terdapat pengeluaran (sekret, darah, dll). Jelaskan karakteristik, jumlah dan warnanya.
- Lakukan palpasi lembut pada batang dan jaringan lunak hidung terhadap nyeri, massa.
- Letakkan satu jari pada masing – masing sisi arkus nasal dan mempalpasinya dengan lembut, lalu gerakan jari dari batang ke ujung hidung.
- Kaji mobilitas sputum hidung.
- Periksa duduk berhadapan dengan klien
- Pasang lampu kepala
- Atur lampu agar dapat secara adekuat menerangi lubang hidung.
- Tekan hidung secara lembut untuk mengevaluasi ujung hidung dan lakukan pengamatan bagian anterior lubang hidung.
- Periksa kondisi sinus. Catat jika ada nyeri tekan pada sinus maksilaris, frontalis, etmoidalis, sphenoidalis
- Amati posisi septum hidung.
- Pasang ujung spekulum hidung pada lubang hidung sehingga rongga hidung dapat diamati.
- Amati kartilago dan dinding-dinding rongga hidung serta selaput lendir pada rongga hidung (warna, sekresi, bengkak).
- Lepaskan spekulum secara perlahan – lahan.

<ul style="list-style-type: none"> • Bersihkan dan merapikan alat pada tempatnya semula Pengkajian potensi hidung • Tutup salah satu lubang hidung • Letakkan cermin di bawah hidung • Anjurkan pasien hembuskan udara ke cermin • Amati kondensasi udara pada cermin, apakah sama antara kanan dan kiri • Cuci tangan. 	
--	--

<p>EVALUASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validasi perasaan klien. <p>DOKUMENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catat hasil dan respon klien pada proses keperawatan. Cantumkan nama perawat yang melakukan tindakan <p>10. Pemeriksaan mulut dan faring</p> <p>Persiapan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien diberitahu tentang tujuan prosedur yang akan dilakukan. • Posisi klien diatur nyaman mungkin. • Memperhatikan privasi klien. <p>Persiapan Perawat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan. <p>PROSEDUR</p> <p>Inspeksi mulut dan faring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atur duduk klien berhadapan dengan pemeriksa dan tingginya sejajar. • Amati bibir klien untuk mengetahui warna bibir, kesimetrisan, kelembapan dan apakah ada kelainan 	
--	--

kongenital, bibir sumbing, pembengkakan, lesi, atau ulkus.

- Instruksikan klien untuk membuka mulut guna mengamati gigi klien.
- Atur penerangan yang cukup, jika perlu gunakan spatel lidah untuk menekan lidah sehingga gigi akan tampak lebih jelas.
- Amati keadaan gigi, jumlah, ukuran, warna, kebersihan, karies, dll
- Amati keadaan gusi, adanya lesi, tumor, pembengkakan.
- Observasi kebersihan mulut dan adanya bau mulut/halitosis.
- Amati lidah terhadap kesimetrisannya dengan cara meminta klien untuk menjulurkan lidahnya, lalu amati warna, kesejajaran, atau adanya kelainan.
- Amati semua bagian mulut termasuk selaput lendir mulut dengan memeriksa warna, sekresi, adanya peradangan, perdarahan, ataupun ulkus.
- Tarik lembut bibir ke bawah menjauhi gigi dengan jari yang terpasang sarung tangan. Inspeksi mukosa terhadap warna, tekstur, hidrasi dan lesi.
- Beri klien kesempatan untuk beristirahat dengan menutup mulutnya jika ia lelah.
- Anjurkan klien untuk mengangkat kepala sedikit ke belakang dan membuka mulut ketika menginspeksi faring. Tekan lidah ke bawah sewaktu klien berkata "ah". Amati faring terhadap kesimetrisan uvula. Periksa tonsil apakah meradang atau tidak.

Palpasi Mulut

- Periksa duduk berhadapan dengan klien.

- Anjurkan klien membuka mulut, pemeriksa memakai sarung tangan.
- Pegang pipi di antara ibu jari dan tangan (jari telunjuk berada di dalam). Lakukan palpasi secara sistematis dan kaji adanya tumor, pembengkakan atau adanya nyeri.
- Palpasi dasar mulut dengan menginstruksikan klien untuk mengatakan “el”, lalu dengan jari telunjuk tangan kanan lakukan palpasi dasar mulut secara sistematis, sedangkan ibu jari menekan bawah dagu untuk mempermudah palpasi.
- Palpasi lidah dengan menginstruksikan klien untuk menjulurkan lidah dan lidah dipegang dengan kasa steril menggunakan tangan kiri. Lakukan palpasi lidah, terutama bagian belakang dan batas – batas lidah dengan menggunakan jari telunjuk kanan.

EVALUASI

- Validasi perasaan klien.
- Bersihkan dan merapikan alat pada tempatnya semula.

DOKUMENTASI

- Catat hasil dan respon klien pada proses keperawatan.
- Cantumkan nama perawat yang melakukan tindakan

11. Pemeriksaan leher

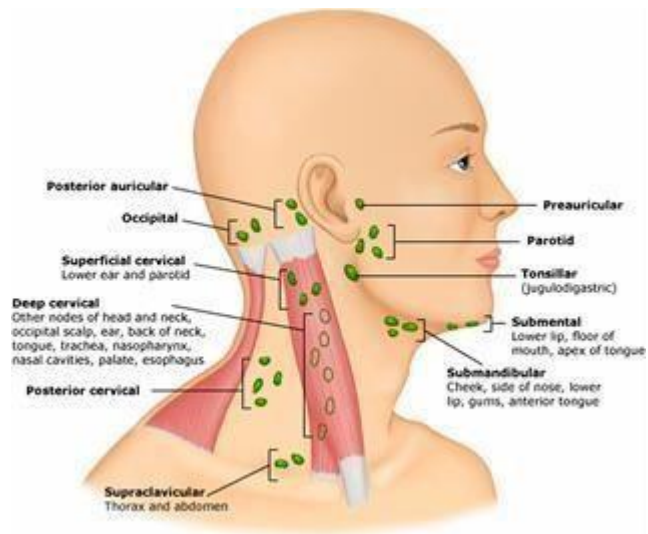
Inspeksi Leher

- Atur pencahayaan dengan baik
- Anjurkan klien untuk melepas baju atau benda apapun yang menutupi leher
- Amati bentuk leher, warna kulit, adanya jaringan parut, pembengkakan, adanya massa. Pengamatan dilakukan secara sistematis mulai dari garis tengah sisi depan leher, samping dan belakang.
- Inspeksi tiroid dengan menginstruksikan klien untuk menelan dan mengamati gerakan kelenjar tiroid pada takik suprasternal. Normalnya, kelenjar tiroid tidak dapat dilihat kecuali pada orang yang sangat kurus
- Minta klien untuk memfleksikan leher dengan dagu ke dada, hiperekstensikan leher sedikit ke belakang dan gerakan menyamping ke masing – masing sisi

kemudian kesamping sehingga telinga bergerak ke arah bahu. Hal ini dilakukan untuk menguji otot – otot sternokleidomastoideus dan trapezius.

- Untuk memeriksa nodus limfe, buat klien santai dengan leher sedikit fleksi ke depan atau mengarah ke sisi pemeriksa untuk mereleksasikan jaringan dan otot-otot.
- Gunakan bantalan ketiga jari tengah tangan dan palpasi dengan lembut masing-masing jaringan limfe dengan gerakan memutar.
- Periksa setiap nodus dengan urutan sebagai berikut :
 - Nodus oksipital pada dasar tengkorak.
 - Nodus aurikular posterior di atas mastoid - Nodus preaurikular tepat di depan telinga.
 - Nodus tonsilar pada sudut mandibula.

- Nodus submental pada garis tengah beberapa cm dibelakang ujung mendibula.
- Nodus servikal superfisial, superfisial terhadap sternomastoideus.
- Nodus servikal posterior, sepanjang tepi anterior trapezius.
- Nodus supraklavikula dalam suatu sudut yang terbentuk oleh klavikula dan



sternokleidomastoideus

Palpasi kelenjar iroid, dengan cara :

- Letakkan tangan pada leher klien.
- Palpasi fosa suprasternal dengan jari telunjuk dan jari tengah
- Instruksikan klien untuk minum atau menelan agar memudahkan palpasi
- Jika teraba kelenjar tiroid, pastikan bentuk, ukuran, konsistensi dan permukaannya.

Palpasi trakea dengan cara :

- Pemeriksa berdiri di samping kanan klien.
- Letakkan jari tengah pada bagian bawah trakea dan raba trakea keatas, ke bawah dan ke samping sehingga kedudukan trakea dapat diketahui. **Dokumentasi**

- Catat hasil dan respon klien pada proses keperawatan. Cantumkan nama perawat yang melakukan tindakan.
- Periksa berdiri di samping kanan klien.
- Letakkan jari tengah pada bagian bawah trakea dan raba trakea keatas, ke bawah dan ke samping sehingga kedudukan trakea dapat diketahui. **Dokumentasi**
- Catat hasil dan respon klien pada proses keperawatan. Cantumkan nama perawat yang melakukan tindakan.



- Rasakan gerakan dinding dada dan bandingkan sisi kanan dan sisi kiri
- Periksa berdiri di belakang klien, letakkan tangan pemeriksa pada sisi dada lateral klien, perhatikan getaran ke samping sewaktu klien bernapas.
- Letakkan kedua tangan pemeriksa di punggung klien – ibu jari diletakkan sepanjang penonjolan spina setinggi iga ke – 10 dengan telapak menyentuh permukaan posterior. Jari – jari harus terletak +5 cm terpisah dengan titik ibu jari pada spina dan jari lain ke lateral.
- Setelah ekshalasi, minta klien untuk bernapas dalam, observasi gerakan ibu jari pemeriksa.
- Bandingkan gerakan kedua sisi dinding dada.

Taktil Fremitus

- Letakkan telapak tangan pada bagian belakang dindingdada dekat apeks paru.
- Instruksikan klien untuk mengucapkan bilangan “sembilan- sembilan”.
- Ulangi langkah tersebut dengan tangan bergerak ke bagian dasar paru.
- Bandingkan fremitu pada kedua sisi paru dan di antara apeks dasar paru
- Lakukan palpasi taktil fremitus pada dinding dada anterior
- Minta klien untuk berbicara lebih keras atau dengan nada lebih rendah jika fremitus redup.

Perkusi

- Untuk perkusi dada anterior, atur posisi Atur posisi klien supinasi/terlentang, tangan di sisi badan

- Untuk perkusi paru anterior, perkusi dimulai dari atas klavikula kebawah pada spasium interkostalis dengan interval 4 -5 cm mengikuti pola sistemik.
- Bandingkan sisi kanan dan kiri.
- Untuk perkusi dada posterior
- Untuk perkusi dada posterior, atur posisi pasien duduk atau berdiri dengan kepala fleksi ke depan dan lengan disilangkan di atas pangkuan; jika tdk mampu duduk "miring". Lakukan mulai dari puncak paru ke bawah.
- Bandingkan sisi kiri dan kanan.
- Instruksikan klien untuk menarik napas panjang dan menahannya untuk mendeterminasi gerakan diafragma.
- Lakukan perkusi sepanjang garis skapula sampai padalokasi batas bawah sampai resonan berubah menjadi redup
- Tandai area redupnya bunyi dengan pensil/spidol.
- Instruksikan klien untuk menghembuskan napas secara maksimal dan menahannya
- Lakukan perkusi dari bunyi redup/tanda I ke atas. Biasanya bunyi redup ke-2 ditemukan diatas tanda I. Beri tanda pada kulit tempat ditemukannya bunyi redup (tanda II).
- Ukur jarak antara tanda I dan II. Pada wanita jarak antara kedua tanda ini normalnya 3- 5 cm, pada pria 5 – 6 cm.

Auskultasi Paru

- Gunakan diafragma stetoskop untuk orang dewasa dan bell untuk anak – anak
- Letakkan stetoskop dengan kuat pada kulit di atas area interkostal.

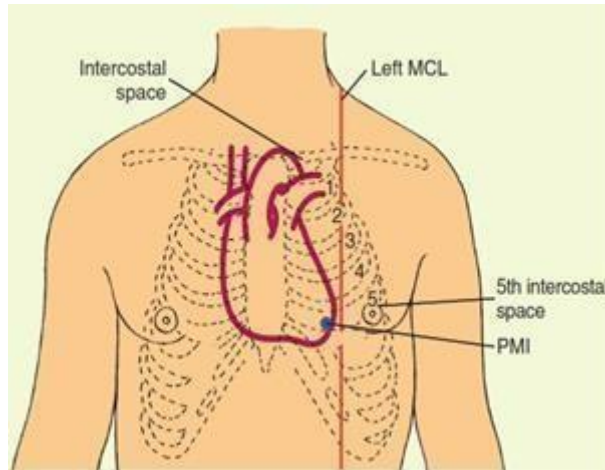
- Instruksikan klien bernapas secara perlahan dan dalam dengan mulut sedikit tertutup.
- Mulai auskultasi dengan urutan yang benar, seperti padagambar
- Dengarkan inspirasi dan ekspirasi pada setiap tempat.
- Bunyi napas :
 - **Bunyi napas normal** o Vesikuler (perifer paru / seluruh bidang paru) o Bronkovesikuler (interskapula & bronkiolus samping sternum pada IC1 & ICS2 o Bronkial (trakea)
 - **Bunyi tambahan**
- crackles (halus & kasar), gemercik; dasar paru
- Wheeze (mengi; melengking); diseluruh bidang paru
- friction rub (paru lateral)
- Rohnchi (trakea & bronkus; mendengkur)
 - **Bunyi vocal resonan** o Bronkofoni
Mengucapkan "77" (N "≠ dengar"; AB"dengar jelas")
o Egofoni Mengucapkan "ii" (N "dengar ii"; AB"ay") o Bisikan Pektoriliqui "Berbisik
"123" (N "≠ dengar"; AB"dengar jelas"

Evaluasi

- Memvalidasi perasaan klien.
- Membersihkan dan merapikan alat pada tempatnya semula

<p>Dokumentasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mencatat hasil dan respon klien pada proses keperawatan. Mencantumkan nama perawat yang melakukan tindakan. 	
<p>13. <u>Pemeriksaan Jantung</u></p> <p>Persiapan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien diberitahu tentang tujuan prosedur yang akan dilakukan. • Posisi klien diatur senyaman mungkin. • Perhatikan privasi klien. <p>PELAKSANAAN:</p> <p>Inspeksi dan Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan klien terlentang dengan pemeriksaan berada disebelah kanan klien. • Gerakkan jari – jari sepanjang sudut pada masing – masing sisi sternum untuk meraba iga kedua yang berdekatan. • Palpasi spasiun interkostalis ke-2 kiri untuk area pulmonal. • Inspeksi dan kemudian palpasi area aorta dan area pulmonal untuk mengetahui ada/tidaknya pulsasi. 	

- Palpasi spasiium interkostalis ke-5 kiri untuk mengetahui trikuspidalis/ventrikular. Amati adanya pulsasi.
- Dari area trikuspidalis, pindahkan tangan secara lateral 5-7 cm ke garis midklavikula kiri untuk menemukan area apikal atau titik denyut maksimal (Point of Maximal Impuls)



- Inspeksi dan palpasi area apikal tersebut untuk mengetahui pulsasi.
- Untuk mengetahui pulsasi aorta, lakukan inspeksi dan palpasi pada area epigastrik tepat di bawah ujung sternum.

Perkusi

- Buka area dan beri tahu klien.
- Lakukan perkusi untuk mengetahui batas kanan jantung dengan perkusi dari linea midclavícula dextra sampai mendapatkan suara pekak yang menandakan batas antara paru & hati, lalu dari titik tersebut tangan naik 1 costa/2 jari, lalu perkusi dari arah lateral ke medial sampai mendapatkan suara redup. Posisi batas kanan jantung di garis parasternalis dextra ICS 5
- Lakukan perkusi untuk mengetahui batas atas jantung dengan melakukan perkusi dari ICS 2

sinistra secara lateral ke arah medial sampai mendapatkan suara redup

- Lakukan perkusi untuk mengetahui batas pinggang jantung dengan perkusi dari ICS 3 parasternalis sinistra secara lateral ke arah medial sampai mendapatkan suara redup
- Lakukan perkusi menentukan batas kiri jantung dengan melakukan perkusi dari garis linea axila anterior (sejajar dgn ICS 3 sinistra “sonor”) sampai mendapatkan suara timpani. Lalu naik 1 costa/2 jari ke atas lalu perkusi dari arah lateral ke arah medial sampai mendapatkan suara redup
- Anjurkan klien bernapas secara normal dan kemudiantahan napas saat ekspirasi.

AUSKULTASI

- Dengarkan suara jantung 1/S1 sambil palpasi nadi karotis, perhatikan adanya spitting S1 (bunyi S1 gendayang terjadi dalam waktu yang sangat berhimpitan).
- Suara S1 merupakan suara yang ditimbulkan saat katup mitralis & trikuspidalis menutup
- Simbolisasi suara S1 yakni LUB & terjadi bersamaan dgn pulsasi arteri karotis
- Pada awal periode awal sistole, dengarkan secara seksama untuk mengetahui adanya bunyi tambahan atau murmur S1
- Anjurkan klien bernapas normal, dengarkan S2 secara seksama untuk mengetahui adanya splitting S2 saat inspirasi.
- Suara S1 merupakan suara yang ditimbulkan saat katup aorta & pulmonalis menutup
- Simbolisasi suara S1 yakni *DUB* Katup pulmonalis menutup agak belakangan (split S2 :s2a & s2p).

- Periksa frekuensi jantung yaitu setelah kedua bunyi terdengar jelas seperti “lub dup”, hitung setiap kombinasi S1 dan S2 sebagai satu denyut jantung.

Hitung banyaknya denyut selama 1 menit.

Dokumentasi

Catat hasil dan respon klien pada proses keperawatan.

Cantumkan nama perawat yang melakukan tindakan.

14. Pemeriksaan payudara dan ketiak

Persiapan klien :

- Klien diberitahu tentang tujuan prosedur yang akan dilakukan.
- Posisi klien diatur senyaman mungkin.

Memperhatikan privasi klien.

PELAKSANAAN :

Inspeksi

- Atur posisi klien duduk menghadap ke depan, telanjangdada dengan kedua lengan rileks disisi tubuh.

Lakukan observasi sesuai garis imajiner yang membagi payudara menjadi empat kuadran dan satu ekor.

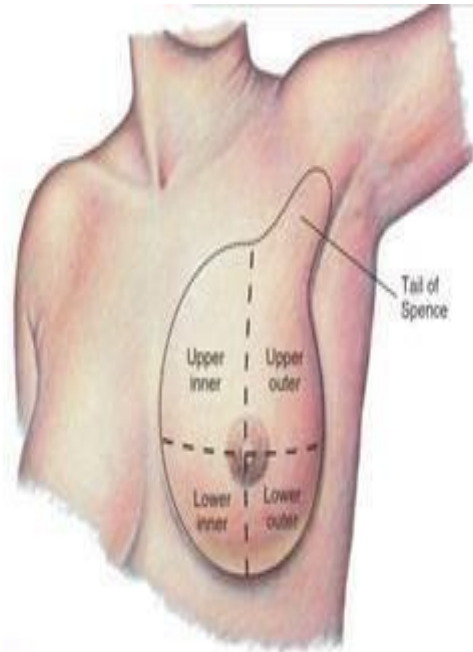
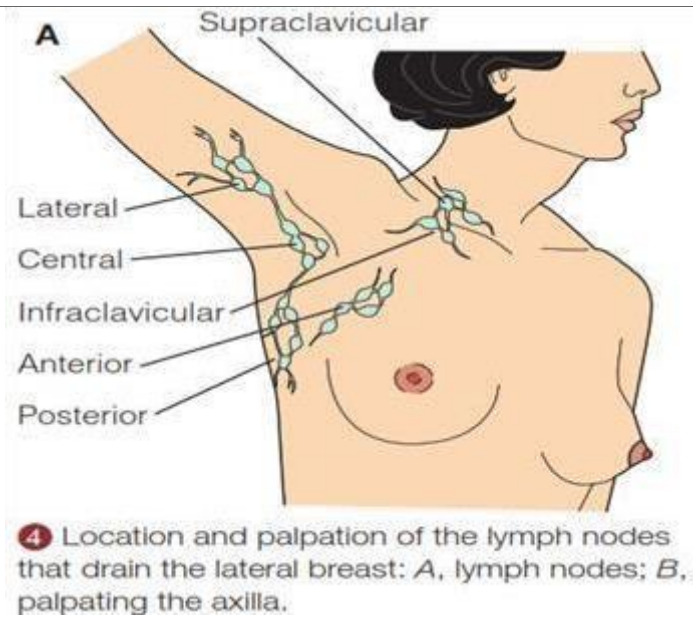


FIGURE 31-52 Quadrants of left breast and axillary tail of Spence. (From Ball JW et al. *Seidel's guide to physical examination*, ed 8, St Louis, 2015, Mosby)

- Inspeksi ukuran, bentuk dan kesimetrisannya.
- Inspeksi warna kulit, lesi, edema, pembengkakan, massa, perdarahan, lesi, dll.
- Inspeksi puting & areola terhadap ukuran, warna & bentuk, arah titik puting, serta keluaran.
- Inspeksi adanya retraksi dengan meminta klien melakukantiga posisi :
- Mengangkat lengan keatas
- Menekankan tangan kepinggang
- Mengangkat dan melipat lengan ke belakang kepala
- Inspeksi ketiak & klavikula untuk mengetahui adanya kemerahan, pembengkakan, infeksi, pigmentasi.

Palpasi

- Lakukan palpasi disekeliling puting susu untuk mengetahui adanya keluaran.
- Palpasi daerah klavikula & ketiak terutama pada daerah limfenodi dengan cara seperti pada gambar di bawah ini



Gambar Lokasi Limfa

- Palpasi setiap payudara, untuk payudara yang berukuran besar terlebih dahulu palpasi dengan cara menekan telapak tangan/tiga jari tengah ke permukaan payudara pada kuadran samping atas. Lakukan palpasi dengan gerakan memutar terhadap dinding dada dari tepi menuju aerola dan memutar searah jarum jam atau secara wedge ataupun vertical strip seperti pada gambar. Kondisi payudara normal yakni padat, keras, elastis, tidak ada nyeri tekan
- Palpasi payudara sebelahnya. **Dokumentasi**
- Catat hasil dan respon klien pada proses keperawatan. Cantumkan nama perawat yang melakukan tindakan.

15. Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal

Persiapan alat : Meteran

Inspeksi Otot

- Inspeksi ukuran otot, bandingkan satu sisi dengan sisi yang lain dan amati adanya atrofi atau hipertrofi
- Jika didapatkan perbedaan antara kedua sisi, ukur keduanya dengan menggunakan meteran
- Amati adanya otot dan tendo untuk mengetahui kemungkinan kontraktur yang ditunjukkan oleh malposisi suatu bagian tubuh
- Lakukan palpasi pada saat otot istirahat dan pada saat otot bergerak secara katif dan pasif untuk mengetahui adanya kelemahan (lasiditas), kontraksitiba -tiba secara involunter (spastisitas)
- Uji kekuatan otot dengan cara menyeluruh klien menarik atau mendorong tangan pemeriksa, bandingkan kekuatan otot ekstremitas kanan dengan ekstremitas kiri:
 - Tidak bergerak
 - Sedikit Gerakan
 - Mengangkat tapi tidak mampu menahan gravitasi
 - Mampu menahan sedikit dorongan
 - Mampu menahan dorongan kuat/kekuatan penuh
- Amati kekuatan suatu bagian tubuh dengan cara memberi penahanan secara resisten.
- Amati kenormalan susunan dan adanya deformitas
- Palpasi untuk mengetahui adanya edema atau nyeri tekan

- Amati keadaan tulang untuk mengetahui adanya pembengkakan atau abnormal seperti Kyphosis, Lordosis atau Scoliosis

Persendian

- Inspeksi persendian untuk mengetahui adanya kelainan persendian
- Palpasi persendian untuk mengetahui adanya nyeri tekan, gerakan, bengkak, nodul, dll.
- Kaji rentang gerak persendian (Range of Motion/ROM).

16. Pemeriksaan Kulit dan Kuku

Persiapan Alat

- Pencahayaan yang cukup/lampu
- Sarung tangan (untuk lesi basah atau berair).

Persiapan Klien

- Klien diberitahu tentang tujuan prosedur yang akan dilakukan.
- Posisi klien diatur sesuai jenis pemeriksaan yang akan dilakukan.
- Perhatikan privasi klien.

Pelaksanaan

- Cuci tangan
- Jika klien mempunyai lesi lembab atau terbuka, gunakan sarung tangan.
- Inspeksi warna dan pigmentasi kulit serta bandingkan warna dari bagian simetris tubuh
- Beri perhatian yang lebih pada area seputar amputasi, traksi atau balutan.
- Perhatikan jika kulit lebih pucat atau gelap dari biasanya dan juga area ditemukannya variasi warna.
- Inspeksi warna bibir, kuku, telapak tangan.
- Dengan menggunakan ujung jari, palpasi permukaan kulit untuk merasakan kelembapannya.

- Palpasi suhu kulit dengan ujung jari untuk menentukan keadaan teksturnya.
- Kaji turgor kulit dengan mencubit kulit pada punggung tangan atau lengan bawah dan lepaskan. Perhatikan fleksibilitas kulit.
- Kaji kondisi kulit, beri perhatian khusus pada bagian yang terkena tekanan.
- Inspeksi adanya lesi yang meliputi warna, ukuran, jenis, kelompok dan cara penularan.
- Inspeksi setiap area edema yang meliputi lokasi, warna dan bentuk.
- Palpasi setiap area edema untuk mengetahui mobilitas, konsistensi dan nyeri tekan.
- Untuk mengkaji pitting edema, tekan kuat area tersebut selama 5 detik dan lepaskan, lalu rekam kedalaman pitting /sekungan dalam sentimeter.
- Inspeksi warna dasar kuku, ketebalan, bentuk kuku, tekstur dan kondisi jaringan sekitar kuku.
- Inspeksi sudut antara kuku dan dasar kuku.
- Palpasi dasar



Figure 30-9 ■ The parts of a nail.

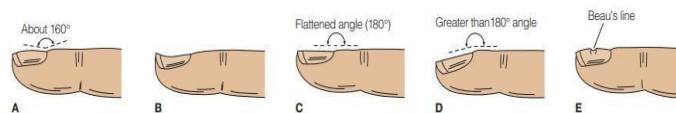


Figure 30-10 ■ A, A normal nail, showing the convex shape and the nail plate angle of about 160°; B, a spoon-shaped nail, which may be seen in clients with iron deficiency anemia; C, early clubbing; D, late clubbing (may be caused by long-term oxygen deficit); E, Beau's line on nail (may result from severe injury or illness).

- Kaji keadekuatan sirkulasi dan pengisian kapiler (capillary refill) dengan palpasi : genggam jari kuku, warna dasar kuku lakukan penekanan yang kuat pada dasar kuku dengan ibu jari. Saat tekanan diberikan, kuku tampak putih atau tidak berwarna. Lepaskan tekanan dengan cepat, warna putih pada

kuku seharusnya kembali berwarna merah muda dalam waktu 2 – 3 detik setelah tekanan dilepaskan

Evaluasi

- Validasi Perasaan Klien

Dokumentasi

- Catat hasil dan respon klien pada proses keperawatan. Cantumkan nama perawat yang melakukan Tindakan

17. Pemeriksaan Genetalia

Inspeksi dan Palpasi genetalia eksternal wanita

- Beri kesempatan klien untuk mengosongkan kandung kemih sebelum dimulai pemeriksaan
- Anjurkan klien membuka celana, mengatur posisi litotomi dan menutupi bagian yang tidak diamati.
- Atur pencahayaan sehingga area perineal mendapat penyinaran dengan baik
- Pakai sarung tangan.
- Jangan menyentuh area perineal tanpa memberi tahu klien atau sentuh salah satu paha terlebih dahulu.
- Inspeksi kuantitas dan penyebaran pertumbuhan bulu pubis dan bandingkan sesuai masa perkembangan klien.
- Observasi kulit dan area pubis, perhatikan adanya lesi, eritema, fisura, leukoplakia, dan eksoriasi.
Tarik lembut labis mayora dengan jari-jari dari satu tangan untuk menginspeksi keadaan klitoris, labia minora, orifisium uretra, selaput dara, orifisium vagina dan perineum

- Perhatikan setiap pembengkakan, ulkus, keluaran, nodula, dll
- Palpasi kelenjar skene untuk mengetahui adanya rabas maupun kekakuan.
- Palpasi kelenjar Bartholin

Inspeksi dan palpasi genealia eksternal pria •

Pakai sarung tangan.

- Inspeksi penis untuk mengetahui kuantitas dan penyebaran pertumbuhan rambut pubis serta penampilan kulit, ukuran dan kelainan lainnya.
- Pada pria yang belum disirkumsisi/khitan, tarik preputium /kulup untuk menginspeksi kepala penis dan meatus uretra terhadap adanya lesi, cairan, edema dan inflamasi.

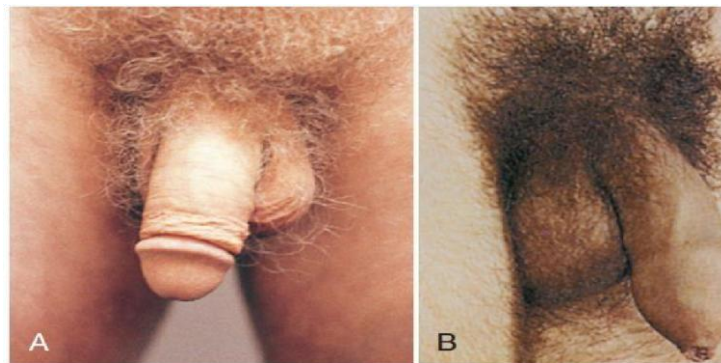


FIGURE 31-62 Appearance of male genitalia. **A**, Circumcised. **B**, Uncircumcised. (From Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination*, ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

- Inspeksi batang penis untuk mengetahui adanya lesi, jaringan parut atau area edema
- Palpasi lembut batang penis diantara ibu jari dan kedua jari – jari utama untuk mengetahui adanya area pengerasan atau nyeri lokal
- Inspeksi skrotum untuk mengetahui ukuran, warna,

<p>bentuk, dan kesimetrisannya serta observasi terhadap adanya lesi dan edema</p> <ul style="list-style-type: none">• Palpasi skrotum dan testis dan perhatikan dengan menggunakan jempol dan tiga jari pertama. Palpasi setiap testis dan perhatikan ukuran, konsistensi, bentuk dan kelicinannya.• Palpasi epididimis yang memanjang dari puncak testis ke belakang• Palpasi saluran sperma dengan menggunakan jempol dan jari telunjuk• Bersihkan dan merapikan alat pada tempatnya semula.• Cuci tangan <p>Evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Validasi perasaan klien <p>Dokumentasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Catat hasil dan respon klien pada proses keperawatan. Cantumkan nama perawat yang melakukan tindakan.	
--	--

18. Pemeriksaan Rektum dan Anus

Inspeksi dan Palpasi •

Atur posisi klien :

- Wanita : berbaring miring atau posisi Sim's.
Jika bersamaan dengan pemeriksaan vaginal, berbaring dengan posisi Litotomi.
- Pria : Posisi Sim's atau berdiri dan membungkuk ke depan dengan pinggang fleksi dan tubuh bagian atas bersandar pada meja pemeriksa.
- Kenakan sarung tangan sekali pakai
- Inspeksi jaringan perianal dan palpasi kulit sekitarnya
- Dengan tangan tidak dominan, rangangkan bokong, lalu inspeksi area anal untuk mengetahui karakteristik kulit, lesi, hemoroid eksternal, ulkus, inflamasi, kemerahan, akroskoria
- Minta klien mengejan (perhatikan adanya hemoroid internal atau fisura). Gunakan pedoman jam, contoh pukul 12.00, untuk menjelaskan lokasi kelainan yang ditemukan
- Oleskan zat pelumas pada jari telunjuk yang bersarung tangan
- Lakukan palpasi pada dinding rektum dan rasakan ada tidaknya nodula, massa, serta nyeri tekan.
- Pada pria, palpasi dinding anterior untuk mengetahui glandula prostat. Normalnya, teraba dengan diameter \pm 4 cm dan tidak terasa nyeri tekan.
- Pada wanita, palpasi serviks uterus melalui dinding rektal anterior. Normalnya teraba licin, melingkar

<p>tegas dan dapat digerakkan</p> <ul style="list-style-type: none">• Setelah selesai, tarik jari pemeriksa dari rektum dan anus, amati keadaan feses pada sarung tangan.• Bersihkan dan merapikan alat pada tempatnya semula• Cuci tangan <p>Evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Validasi perasaan klien <p>Dokumentasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Catat hasil dan respon klien pada proses keperawatan. Cantumkan nama perawat yang melakukan tindakan	
--	--

3. PROSEDUR PEMBERIAN MEDIKASI PARENTERAL

A. Pemberian Obat Intramuskular

DEFENISI Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis yang diprogramkan melalui jalur intramuskuler

DIAGNOSA KEPERAWATAN	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan pertukaran gas Gangguan ventilasi spontan • Gangguan penyapihan ventilator • Gangguan sirkulasi spontan • Gangguan integritas kulit/jaringan • Nyeri akut • Resiko alergi • Disrefleksia otonom • Perilaku kekerasan • Risiko bunuh diri 	
LUARAN KEPERAWATAN	<ul style="list-style-type: none"> • Pertukaran gas meningkat Tingkat nyeri menurun • Ventilasi spontan meningkat • Status neurologis membaik • Penyapihan ventilator meningkat 	
PROSEDUR	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrol diri meningkat 	
	Aktifitas	Dilakukan (Ya/Tidak)
	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis). • Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur 	

- Siapkan alat dan bahan yang diperlukan :
 - Sarung tangan bersih
 - Spuit, sesuai kebutuhan
 - Obat intramuskuler
 - Alcohol swab
 - Plester
 - *Safety box*
- Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi)
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- Pasang sarung tangan
- Tarik obat ke dalam spuit dari ampul/vial
- Pilih area injeksi yang sesuai (seperti vastus lateralis, ventrogluteal, deltoid)
- Hindari area yang mengalami memar, radang edema, lesi atau perubahan warna
- Desinfeksi area injeksi dengan *alcohol swab*
- Gunakan teknik *z-track* untuk mencegah obat keluar jaringan subkutan dan kulit

- Tusukkan jarum dengan sudut 90°
- Lakukan aspirasi dan pastikan tidak ada darah
- Injeksikan obat secara perlahan
- Cabut jarum
- Hindari melakukan masase pada area penusukan
- Tutup area penusukan dengan plester
- Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
- Lepaskan sarung tangan
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien | |
|--|--|

B. Pemberian Obat Intradermal/Intrakutan

DEFENISI Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis yang diprogramkan ke dalam jaringan kulit (lap. dermis kulit dibawah epidermis)

TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> • Mendapatkan reaksi setempat 	
LOKASI	<ul style="list-style-type: none"> • Tes alergi dan skirining TB 	
PENYUNTIKAN	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada bulu, kurang pigmen dan kurang kreatinin (tidak keras) • lengan bawah bagian dalam (LA “TB screening; RA “tes lain”), dada bag.atas & punggung bagian atas) 	
PROSEDUR	Aktifitas	Dilakukan (Ya/Tidak)
	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis) • Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur • Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : <ul style="list-style-type: none"> - Sarung tangan bersih - Spuit (1cc), sesuai kebutuhan - Obat intradermal - <i>Alcohol swab</i> - Bengkok - Pulpen / spidol - <i>Safety box</i> • Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi) • Lakukan kebersihan tangan 6 langkah • Pasang sarung tangan • Pilih lokasi penyuntikan yang bebas dari luka, nyeri, bengkak dan inflamasi • Desinfeksi area injeksi dengan <i>alcohol swab</i> 	

<ul style="list-style-type: none"> • Pegang spuit dengan tangan yang dominan diantara ibu jari dan jari telunjuk • Tangan non-dominan meregangkan kulit pasien • Lakukan penusukan dengan sudut 15° dengan <i>bevel</i> menghadap ke atas • Injeksikan obat secara perlahan sampai terjadi gelembung • Cabut jarum • Hindari melakukan masase pada area penusukan • Buang jarum ke <i>safety box</i> • Buat lingkaran disekitar gelembung dengan diameter 2.5 cm • Observasi adanya reaksi sistemik • Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan sarung tangan • Lakukan kebersihan tangan 6 langkah • Tetap bersama pasien selama 3 menit dan amati reaksi yang dirasakan pasien. • Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon Pasien • Kaji kembali klien dan tempat injeksi setelah 5 menit, 15 menit dan selanjutnya secara periodik 	

C. Pemberian Obat Intravena

DEFENISI Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis yang diprogramkan melalui pembuluh darah vena

DIAGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> • Nausea 	
KEPERAWATAN	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri akut • Risiko alergi • Risiko infeksi 	
LUARAN	<ul style="list-style-type: none"> • Tingkat nausea menurun Tingkat 	
KEPERAWATAN	<ul style="list-style-type: none"> • nyeri menurun • Tingkat alergi menurun 	
PROSEDUR	<ul style="list-style-type: none"> • Tingkat infeksi menurun 	
	Aktifitas	Dilakukan (ya/tidak)
	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis) • Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur • Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : <ul style="list-style-type: none"> - Sarung tangan bersih - Obat IV <i>sesuai order</i> - <i>Alcohol swab</i> - S spuit, sesuai kebutuhan - Cairan pelarut, <i>jika perlu</i> - Torniket - Pengalas - Bengkok - <i>Safety box</i> • Campurkan obat dengan cairan pelarut, <i>sesuai kebutuhan</i> 	

- Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi).
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- Pasang sarung tangan
- Pilih area vena yang akan dilakukan penusukan
- Pasang pengalas di bawah area vena yang dipilih
- Lakukan pembendungan dengan memasang torniket 5-10cm di atas area penusukan
- Anjurkan membuka dan mengepalkan tangan beberapa kali untuk membantu vena berdilatas.
- Bersihkan area penusukan dengan *alcohol swab*
- Lakukan penusukan dengan sudut 20-30° dengan *bevel* menghadap ke atas
- Tarik sedikit *plunger* spuit sampai terlihat darah pada *plunger* spuit
- Lepaskan torniket

- Injeksikan obat intravena
- Keluarkan jarum dari vena secara perlahan
- Buang jarum dan spuit ke dalam *safety box* tanpa *recapping* (menutup kembali)
- Lakukan penekanan pada area penusukan
- Berikan balutan dengan kasa steril, *jika perlu*
- Pasang plester pada area penusukan jika darah telah berhenti
- Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
- Lepaskan sarung tangan
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien | |
|--|--|

D. Pemberian Intravena Melalui Selang Infus

DEFENISI Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis yang diprogramkan melalui pembuluh darah vena

<p>DIAGNOSIS</p> <p>KEPERAWATAN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia • Risiko hypovolemia • Risiko penurunan curah jantung • Risiko perfusi perifer tidak efektif • Risiko perfusi miokard tidak efektif • Risiko syok • Risiko perfusi serebral tidak efektif • Risiko perfusi renal tidak efektif • Risiko perfusi gastrointestinal tidak efektif
<p>LUARAN</p> <p>KEPERAWATAN</p>	<p>infeksi</p>
<p>PROSEDUR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Status cairan membaik • Curah jantung meningkat • Perfusi perifer meningkat • Perfusi miokard meningkat • Tingkat syok menurun • Perfusi serebral meningkat • Perfusi renal meningkat • Perfusi gastrointerstinal meningkat <p>Tingkat infeksi menurun</p>
<p>Aktifitas</p>	
<p>Dilakukan (ya/tidak)</p>	
<p>Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur • Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : <ul style="list-style-type: none"> - Sarung tangan bersih - Obat IV sesuai program 	

- *Alcohol swab*
- S spuit, sesuai kebutuhan
- Cairan pelarut, *jika perlu*
- *Safety box*
- Campurkan obat dengan cairan pelarut, *sesuai kebutuhan*
- Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi).
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- Pasang sarung tangan
- Pastikan ketepatan dan kepatenan akses IV
- Lakukan double check, terutama untuk obat high alert
- Bersihkan akses IV dengan menggunakan alcohol swab

- Sambungkan spuit dengan *injection spite* selang infus
- Hentikan aliran infus dengan mengunci *roller clamp* pada selang infus
- Tarik sedikit *plunger* spuit sampai terlihat darah pada selang infus
- Injeksikan obat dengan kecepatan yang direkomendasikan
- Monitor respon pasien selama injeksi
- Lepaskan spuit dari *injection site* selang infus
- Buang jarum dan spuit ke dalam *safety box* tanpa *recapping* (menutup kembali)
- Lakukan penekanan pada area penusukan
- Berikan balutan dengan kasa steril, *jika perlu*
- Pasang plester pada area penusukan jika darah telah berhenti
- Atur kecepatan tetasan infus seperti semula atau sesuai kebutuhan

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Lepaskan sarung tangan• Lakukan kebersihan tangan 6 langkah• Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien | |
|---|--|

E. Pemberian Obat Subkutan

DEFENISI Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis yang diprogramkan melalui subkutan untuk mendapatkan efek lokal maupun sistemik

DIAGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakstabilan kadar glukosa darah 	
KEPERAWATAN	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko perfusi miokard tidak efektif • Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah • Risiko infeksi 	
LUARAN	<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakstabilan kadar glukosa darah meningkat 	
KEPERAWATAN	<ul style="list-style-type: none"> • Perfusi miokard meningkat 	
PROSEDUR	<ul style="list-style-type: none"> • Tingkat infeksi menurun 	
	Aktifitas	Dilakukan (ya/tidak)
	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis) • Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur • Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : <ul style="list-style-type: none"> - Sarung tangan bersih - Obat <i>sesuai program</i> - S spuit dan jarum sesuai kebutuhan - <i>Alcohol swab</i> - Bak suntik - Bengkok • Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi) • Lakukan kebersihan tangan 6 langkah • Pasang sarung tangan bersih • Pilih lokasi penyuntikan yang bebas dari luka, nyeri, bengkak dan Inflamasi 	

- Bersihkan area penusukan dengan *alcohol swab*
- Genggam dan cubit area yang mengelilingi lokasi penyuntikan (pada pasien kurus) atau meregangkan kulit (pada pasien gemuk)
- Pegang spuit dengan tangan yang dominan diantara ibu jari dan jari telunjuk
- Tusukkan jarum secara cepat dengan sudut 45-90°
- Lakukan aspirasi dan injesikan obat secara perlahan, *jika tidak tampak darah*
- Tarik jarum dan jangan memijat area penyuntikan
- Usap dengan *alchol swab*
- Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
- Lepaskan sarung tangan
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

4. PEMBERIAN MEDIKASI TOPICAL

A. Pemberian Obat Tetes Mata

DEFENISI Memberikan obat tetes pada mata untuk mencegah atau meminimalkan ancaman pada integritas jaringan mata dan fungsi visualnya

DIAGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan persepsi sensori 	
KEPERAWATAN	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri akut • Risiko infeksi 	
LUARAN	<ul style="list-style-type: none"> • Persepsi sensori membaik Tingkat 	
KEPERAWATAN	<ul style="list-style-type: none"> • nyeri menurun 	
PROSEDUR	<ul style="list-style-type: none"> • Tingkat infeksi menurun 	
	Aktifitas	Dilakukan (ya/tidak)
	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis) • Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur • Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : <ul style="list-style-type: none"> - Sarung tangan - Obat tetes mata sesuai program - Tisu • Lakukan kebersihan tangan 6 langkah • Monitor adanya kemerahan, eksudat dan ulserasi • Posisikan kepala condong kebelakang • Anjurkan pasien melirik keatas • Tarik palpebra inferior kebawah dengan jari telunjuk pada mata yang akan diberikan obat tetes mata 	

- Pegang botol tetes mata dengan menggunakan tangan lainnya sedekat mungkin dengan palpebra inferior mata tanpa menyentuhnya
- Teteskan obat mata sesuai program
- Anjurkan mengedipkan mata agar obat mata merata
- Bersihkan sisa obat di wajah dengan tisu
- Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
- Lepaskan sarung tangan
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

5. PEMBERIAN MEDIKASI SUPOSITORIA

DEFENISI Mempersiapkan dan memberikan agen farmakologis berupa supositoria yang dimasukkan melalui anal untuk membuat efek local atau sistemik.

DIAGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> • Konstipasi 	
KEPERAWATAN	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko cedera • Nyeri akut 	
LUARAN	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminasi fekal membaik Tingkat 	
KEPERAWATAN	<ul style="list-style-type: none"> • cedera menurun 	
PROSEDUR	<ul style="list-style-type: none"> • Tingkat nyeri menurun 	
	Aktifitas	Dilakukan (Ya/Tdk)
	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis) • Jelaskan tujuan dan Langkah – Langkah prosedur • Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : <ul style="list-style-type: none"> - Sarung tangan bersih - Obat supositoria sesuai indikasi - Jeli - Tisu • Lakukan kebersihan tangan 6 langkah • Pasang sarung tangan • Jaga privasi klien • Atur posisi sims • Lepaskan obat dari wadahnya dan berikan jeli pada ujungnya • Anjurkan nafas dalam untuk merilekskan sfingter anus 	

- Regangkan bokong dengan tangan dominan
- Masukkan obat secara perlahan melalui anus, melalui sfingter anal internal dan mengenai dinding rektal
- Tarik jari dan bersihkan area anal
- Anjurkan mempertahankan posisi selama 5 menit
- Rapikan pasien dan alat yang digunakan
- Lepaskan sarung tangan
- Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

6. PERAWATAN LUKA SEDERHANA

DEFINISI Mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka

DIAGNOSIS	- Gangguan integritas kulit/jaringan	
KEPERAWATAN	- Nyeri Akut - Nyeri Kronis - Risiko Infeksi	
LUARAN	- Integritas kulit dan jaringan meningkat	
KEPERAWATAN	- Tingkat nyeri menurun	
PROSEDUR	- Tingkat infeksi menurun	
	Aktivitas	Dilakukan (Ya/Tdk)
	1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)	
	2. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur	
	3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih b. Sarung tangan steril c. Cairan antiseptic d. Alat cukur rambut, <i>jika perlu</i> e. Set perawatan luka 	
	4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	
	5. Pasang sarung tangan bersih	
	6. Monitor karakteristik luka (meliputi drainase, warna, ukuran, bau)	
	7. Monitor tanda-tanda infeksi	
	8. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan	
	9. Cukur rambut sekitar daerah luka, <i>jika perlu</i>	

10. Lepaskan sarung tangan bersih	
11. Bersihkan luka dengan cairan NaCl atau pembersih <i>nontoxic, sesuai kebutuhan</i>	
12. Bersihkan jaringan nekrotik, <i>jika ada</i>	
13. Berikan salep yang sesuai dengan kondisi luka, <i>jika perlu</i>	
14. Pasang balutan sesuai jenis luka	
15. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	
16. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	
17. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein	
18. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	
19. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan	
20. Lepaskan sarung tangan	
21. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	
22. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien	

7. Latihan Batuk Efektif

DEFINISI Melatih kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan faring, trakea dan bronkus dari sekret atau benda asing di jalan napas.

DIAGNOSIS	- Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	
KEPERAWATAN	- Gangguan Pertukaran Gas -Perlambatan Pemulihan Pascabedah -Disrefleksia Otonom	
LUARAN	- Bersihan Jalan Napas Meningkatkan	
KEPERAWATAN	- Pertukaran Gas Meningkatkan -Perlambatan Pemulihan Pascabedah - Status Neurologis Membaik	
PROSEDUR	Aktivitas	Dilakukan (Ya/Tdk)
	1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas nama lengkap, tanggal lahir dan/ atayu nomor rekam medis	
	2. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur	
	3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih, jika <i>perlu</i> b. Tisu c. Bengkok dengan cairan desinfektan d. Suplai oksigen, jika perlu e. Pengalas atau <i>underpad</i> 	

4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah Pasang sarung tangan bersih	
5. Pasang sarung tangan bersih	
6. Identifikasi kemampuan batuk	
7. Atur posisi semi-Fowler dan Fowler	
8. Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu) selama 8 detik	
9. Anjurkan mengulangi tindakan menarik napas dan hembuskan selama 3 kali	
10. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik Napas dalam yang ke-3	
11. Kolaborasi pemberian mukolitik dan ekspektoran, jika perlu	
12. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan	
13. Lepaskan sarung tangan	
14. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	
15. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien	

8. Pengambilan spesimen

DEFINISI Mengambil bahan contoh untuk pemeriksaan laboratorium

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	- Hipovolemia	- Hipervolemia
	- Penurunan Curah Jantung	- Risiko Ketidakseimbangan Cairan
LUARAN KEPERAWATAN	- Perfusi Perifer Tidak Efektif	- Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit
	- Risiko Hipovolemia	- Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
	- Risiko Penurunan Curah Jantung	- Risiko Perfusi Renal Tidak Efektif
	- Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif	- Risiko Perfusi Gastrointestinal Tidak Efektif
	- Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif	- Gangguan Integritas Kulit/Jaringan
	- Risiko Syok	- Risiko Infeksi
	- Diare	-
	- Status Cairan Membaik	- Keseimbangan Elektrolit Meningkat
- Curah Jantung Meningkat	- Perfusi Serebral Meningkat	
- Perfusi Perifer Meningkat	- Perfusi Renal Meningkat	
- Perfusi Miokard Meningkat	- Perfusi Gastrointestinal Meningkat	
- Tingkat Syok Menurun	- Integritas Kulit dan Jaringan Meningkat	
- Eliminasi Fekal Membaik	- Tingkat Infeksi Menurun	
- Keseimbangan Cairan Meningkat		
PROSEDUR	Aktivitas	Dilakukan (Ya/Tdk)

1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)	
2. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur	
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih b. Penampung (container) spesimen, <i>sesuai kebutuhan</i> 	
4. Ambil spesimen <i>sesuai kebutuhan</i>	
5. Tampung spesimen dalam penampung (<i>container</i>) yang tepat	
6. Ajarkan cara mengambil atau menampung spesimen, jika perlu	
7. Tutup rapat penampung spesimen untuk mencegah kebocoran dan kontaminasi	
8. Simpan spesimen yang telah diambil sesuai prosedur	
9. Labeli spesimen dengan data-data yang diperlukan (nama pasien, nomor rekam,tanggal dan waktu pengambilan spesimen)	
10. Lengkapi formulir permintaan pemeriksaan laboratorium	
11. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	
12. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan	

9. Pengambilan Sampel Darah Vena

DEFINISI Mengambil sampel darah melalui intravena untuk pemeriksaan laboratorium.

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	- Hipovolemia	- Risiko Penurunan Curah Jantung
	- Hipervolemia	- Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif
LUARAN KEPERAWATAN	- Penurunan Curah Jantung	- Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif
	- Perfusi Perifer Tidak Efektif	- Risiko Gangguan Sirkulasi Spontan
	- Gangguan Sirkulasi Spontan	- Risiko Ketidakseimbangan Cairan
	- Ikterik Neonatus	- Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit
PROSEDUR	- Risiko Hipovolemia	- Risiko Ikterik Neonatus
	- Status Cairan Membaik	- Integritas Kulit dan Jaringan Meningkat
	- Curah Jantung Meningkat	- Perfusi Miokard Meningkat
	- Perfusi Perifer Meningkat	- Keseimbangan Cairan Meningkat
	- Sirkulasi Spontan Meningkat	- Keseimbangan Elektrolit Meningkat
Aktivitas		Dilakukan (Ya/Tdk)
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)		
2. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur		

3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:	
a. Sarung tangan bersih	
b. Sduit atau vacutainer sesuai ukuran	
c. C. Alcohol swab	
d. Tabung sampel darah,sesuai kebutuhan	
e. Tomiket	
f. Plester	
g. Pengalas	
h. Bengkok	
i. Safety box	
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	
5. Pasang sarung tangan bersih	
6. Pilih vena yang akan dilakukan penusukan	
7. Pasang pengalas di bawah area vena yang dipilih	
8. Lakukan pembendungan dengan memasang torniket 5 - 10 cm di atas area penusukan	
9. Anjurkan membuka dan mengepalkan tangan beberapa kali untuk membantu vena berdilatasi	
10. Bersihkan area penusukan dengan <i>alcohol swab</i>	
11. Lakukan penusukan dengan sudut 20-30° dengan bevel menghadap ke atas	
12. Aspirasi sampel darah sesuai <i>kebutuhan</i> (jika menggunakan spuit) atau pegang <i>adapter</i> lalu tekan tabung vakum dan biarkan darah masuk sampai sesuai kebutuhan (jika menggunakan <i>vacutainer</i>)	
13. Lepaskan torniket	
14. Keluarkan jarum dari vena secara perlahan	
15. Lakukan penekanan pada area penusukan	
16. Berikan balutan dengan kasa steril,jika <i>perlu</i>	
17. Pasang plester pada area penusukan jika darah telah berhenti	
18. Pindahkan darah dari spuit ke dalam tabung vakum (jika menggunakan spuit)	

19. Berikan label pada tabung sampel darah dan kirim segera ke laboratorium	
20. Buang jarum pada safety box	
21. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan	
22. Lepaskan sarung tangan	
23. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	
24. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien	

10. Evakuasi Feses Secara Manual

DEFINISI Pengeluaran feses yang mengeras pada rektum atau sigmoid bagian bawah secara manual

DIAGNOSIS	- Konstipasi	
KEPERAWATAN	- Gangguan rasa nyaman	
LUARAN	- Eliminasi Fekal Membaik	- Status Kenyamanan Meningkat
KEPERAWATAN		
PROSEDUR	Aktivitas	Dilakukan (Ya/Tdk)
	1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)	
	2. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur	
	3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih b. Pispot bertutup c. Jeli d. Botol berisi air e. Kapas f. Tisu toilet g. Handuk h. Pengalas i. Bengkok j. j. Lidokain,jika perlu 	
	4. Pasang sampiran	
	5. Posisikan pasien miring dengan lutut fleksi	
	6. Pasang handuk menutupi bagian panggul dan paha	
	7. Pasang pengalas di bawah bokong	
	8. Buka pakaian bawah pasien	
	9. Letakkan pispot di samping pasien	
	10. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	

11. Pasang sarung tangan	
12. Berikan jeli pada jari telunjuk	
13. Berikan lidokan untuk anestesi lokal dengan mengoleskan 1-2 mL pada rektum 5 menit sebelum prosedur, jika perlu	
14. Masukkan jari telunjuk ke dalam rektum dan lanjutkan dengan pertahan di sepanjang dinding rektal ke arah umbilikus	
15. Keluarkan massa feses secara perlahan	
16. Tarik feses ke bawah ke arah anus dan keluarkan potongan secara bertahap	
17. Anjurkan menarik napas dan rileks saat dilakukan evakuasi feses	
18. Periksa secara berkala frekuensi, irama, dan kekuatan nadi, serta tanda kelelahan	
19. Periksa adanya keluhan seperti nyeri, perdarahan, frekuensi nadi turun, perubahan irama nadi atau diaforesis	
20. Bersihkan anus dengan menyiramkan air dan usap dengan kapas dari arah depan ke belakang	
21. Keringkan dengan tisu	
22. Singkirkan pispot dan buang feses	
23. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan	
24. Lepaskan sarung tangan	
25. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	
26. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan (konsistensi, warna, bau, nyeri, lendir, darah, perubahan frekuensi, irama dan kekuatan nadi serta tanda kelelahan) dan respons pasien	

11. Pengambilan Sampel Urin Tengah (*Midstream*)

DEFINISI mengambil sampel urin pancaran atau porsi tengah untuk pemeriksaan laboraturim

<p>DIAGNOSIS KEPERAWATAN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perfusi Perifer Tidak efektif - Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit - Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif - Risiko Perfusi Renal Tidak Efektif - Hipovolemia - Penurunan Curah Jantung - Risiko Hipovolemia - Risiko Penurunan Curah Jantung - Risiko Ketidakseimbangan - Risiko Infeksi Cairan 																		
<p>LUARAN KEPERAWATAN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perfusi Perifer Meningkat - Perfusi Renal Meningkat - Keseimbangan Cairan - Curah Jantung Meningkat - Keseimbangan Elektrolit - Tingkat Infeksi Menurun 																		
<p>PROSEDUR</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Aktivitas</th> <th style="text-align: center;">Dilakukan (Ya/Tdk)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih b. Wadah sampel urine </td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Pasang sarung tangan</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Anjurkan menginformasikan jika pasien akan berkemih</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Anjurkan aliran urine awal dibuang dan aliran selanjutnya ditampung dalam wadah</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Anjurkan penampungan urine selesai sebelum aliran urine habis</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Aktivitas	Dilakukan (Ya/Tdk)	1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)		2. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur		3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih b. Wadah sampel urine 		4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		5. Pasang sarung tangan		6. Anjurkan menginformasikan jika pasien akan berkemih		7. Anjurkan aliran urine awal dibuang dan aliran selanjutnya ditampung dalam wadah		8. Anjurkan penampungan urine selesai sebelum aliran urine habis	
Aktivitas	Dilakukan (Ya/Tdk)																		
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor rekam medis)																			
2. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur																			
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih b. Wadah sampel urine 																			
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah																			
5. Pasang sarung tangan																			
6. Anjurkan menginformasikan jika pasien akan berkemih																			
7. Anjurkan aliran urine awal dibuang dan aliran selanjutnya ditampung dalam wadah																			
8. Anjurkan penampungan urine selesai sebelum aliran urine habis																			

9. Tutup rapat wadah urine untuk mencegah kebocoran dan kontaminasi	
10. Berikan label pada wadah sampel urine (nama pasien, nomor rekam medis,tanggal dan waktu pengambilan sampel)	
11. Kirim sampel ke laboratorium	
12. Lepaskan sarung tangan	
13. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	
14. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan yang dilakukan dan respons pasien	

DAFTAR PUSTAKA

- Berman, A., Snyder, A.J., & Frandsen, G. 2022. *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Practice, and Process. 11th edition*. London; *Pearson Education*
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., Hall, A.M. 2023. *Fundamentals of nursing. 11^h edition*. Missouri; Elsevier
- PPNI. (2021). *Pedoman standar prosedur operasional keperawatan. Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI
- Taylor, C., Lynn, P., & Barlett, J.L. 2023. *Fundamentals of nursing : the art and science of personcentered nursing care. 10th Edition*. Pennsylvania ; Wolters Kluwer