



MODUL PRAKTIKUM

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH II

Penulis:
Auliasari Siskaningrum, M.Kep.



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018**

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 S1 Ilmu Keperawatan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.

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.

Jombang, September 2018

Penulis

PENYUSUN

Penulis

Auliasari Siskaningrum, M.Kep.

Desain dan Editor

M. Sholeh

.

Penerbit

@ 2018 Icme Press

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	ii
PENYUSUN.....	iii
DAFTAR ISI	iv
PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL	v
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Deskripsi Mata Ajar	1
B. Capaian Pembelajaran Lulusan	1
C. Strategi Perkuliahan.....	3
BAB 2 KEGIATAN PRAKTIK	4
A. Kegiatan Praktik 1	4
B. Kegiatan Praktik 2	13
C. Kegiatan Praktik 3	17
D. Kegiatan Praktik 4	20
DAFTAR PUSTAKA	27

PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL

A. Petunjuk Bagi Dosen

Dalam setiap kegiatan belajar dosen berperan untuk:

1. Membantu mahasiswa dalam merencanakan proses belajar
2. Membimbing mahasiswa dalam memahami konsep, analisa, dan menjawab pertanyaan mahasiswa mengenai proses belajar.
3. Mengorganisasikan kegiatan belajar kelompok.

B. Petunjuk Bagi Mahasiswa

Untuk memperoleh prestasi belajar secara maksimal, maka langkah-langkah yang perlu dilaksanakan dalam modul ini antara lain:

1. Bacalah dan pahami materi yang ada pada setiap kegiatan belajar. Bila ada materi yang belum jelas, mahasiswa dapat bertanya pada dosen.
2. Kerjakan setiap tugas diskusi terhadap materi-materi yang dibahas dalam setiap kegiatan belajar.
3. Jika belum menguasai level materi yang diharapkan, ulangi lagi pada kegiatan belajar sebelumnya atau bertanyalah kepada dosen.

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Deskripsi Mata Ajar

Pemberian asuhan keperawatan pada kasus gangguan endokrin, imunologi, pencernaan dan perkemihan berdasarkan proses keperawatan dengan mengaplikasikan ilmu biomedik seperti biologi, histologi, biokimia, anatomi, fisiologi, patofisiologi, ilmu keperawatan bedah, ilmu penyakit dalam, farmakologi, nutrisi, bedah dan rehabilitasi serta trend issue keperawatan medikal bedah

B. Capaian Pembelajaran Lulusan

1. Sikap

- a. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religious
- b. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika
- c. Bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan
- d. Menunjukkan sikap bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri
- e. Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggungjawabnya, dan hukum/peraturan perundangan
- f. Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia
- g. Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggungjawabnya

2. Keterampilan Umum

- a. Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standar kompetensi kerja profesinya

- b. Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif
- c. Menyusun laporan atau kertas kerja atau menghasilkan karya desain di bidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku, serta kode etik profesinya, yang dapat diakses oleh masyarakat akademik
- d. Mengomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kewirausahaan, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat terutama masyarakat profesinya
- e. Bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya
- f. Memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidang profesinya
- g. Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya
- h. Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri

3. CP Keterampilan Khusus

- a. Mampu memberikan asuhan keperawatan yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (*patient safety*) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah atau belum tersedia
- b. Mampu memberikan asuhan keperawatan pada area spesialisasi (keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan jiwa, atau keperawatan komunitas (termasuk keperawatan keluarga dan keperawatan gerontik) sesuai dengan delegasi dari ners spesialis
- c. Mampu memberikan (*administering*) obat oral, topical, nasal, parenteral, dan supositoria sesuai standar pemberian obat dan kewenangan yang didelegasikan
- d. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan dengan kedalaman dan keluasan terbatas berdasarkan analisis data, informasi, dan hasil kajian dari berbagai sumber untuk
- e. Menetapkan prioritas asuhan keperawatan; mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat

4. CP Pengetahuan

- a. Menguasai filosofi, paradigma, teori keperawatan, khususnya konseptual model dan *middle range theories*
- b. Menguasai konsep teoritis ilmu biomedik
- c. Menguasai nilai-nilai kemanusiaan(*humanity values*)
- d. Menguasai konsep dan teknik penegakkan diagnosis asuhan keperawatan
- e. Menguasai konsep dan prinsip manajemen keperawatan secara umum dan dalam pengelolaan asuhan keperawatan kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan

C. Strategi Perkuliahan

Pendekatan perkuliahan ini adalah pendekatan Student Center Learning. Dimana Mahasiswa lebih berperan aktif dalam proses pembelajaran. Metode yang digunakan lebih banyak menggunakan metode ISS (Interactive skill station) dan Problem base learning. Interactive skill station diharapkan mahasiswa belajar mencari materi secara mandiri menggunakan berbagai sumber kepustakaan seperti internet, expert dan lainlain, yang nantinya akan didiskusikan dalam kelompok yang telah ditentukan. Sedangkan untuk beberapa pertemuan dosen akan memberikan kuliah singkat diawal untuk memberikan kerangka pikir dalam diskusi. Untuk materi-materi yang memerlukan keterampilan, metode yang akan dilakukan adalah simulasi dan demonstrasi.

BAB 2

KEGIATAN BELAJAR

A. Kegiatan Praktik 1

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mampu mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus dengan gangguan sistem endokrin, imunologi, pencernaan dan perkemihan pada klien dewasa sesuai dengan standar yang berlaku dengan berfikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif

2. Uraian Materi

Pemeriksaan Fisik

Dosen: Auliasari Siskaningrum, M.Kep.

A. Pengertian

Pemeriksaan fisik dalam keperawatan digunakan untuk mendapatkan data objektif dari riwayat keperawatan klien. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan bersamaan dengan wawancara. Fokus pengkajian fisik keperawatan adalah pada kemampuan fungsional klien. Misalnya ketika klien mengalami gangguan sistem muskuloskeletal, maka perawat mengkaji apakah gangguan tersebut mempengaruhi klien dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari atau tidak.

B. Tujuan

1. Secara umum, pemeriksaan fisik yang dilakukan bertujuan:
 - a. Untuk mengumpulkan data dasar tentang kesehatan klien.
 - b. Untuk menambah, mengkonfirmasi, atau menyangkal data yang diperoleh dalam riwayat keperawatan.
 - c. Untuk mengkonfirmasi dan mengidentifikasi diagnosa keperawatan.
 - d. Untuk membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalaksanaan.
 - e. Untuk mengevaluasi hasil fisiologis dari asuhan.
2. Pemeriksaan fisik memiliki banyak manfaat, baik bagi perawat sendiri, maupun bagi profesi kesehatan lain, diantaranya:
 - a. Sebagai data untuk membantu perawat dalam menegakkan diagnose keperawatan.
 - b. Mengetahui masalah kesehatan yang di alami klien.
 - c. Sebagai dasar untuk memilih intervensi keperawatan yang tepat

- d. Sebagai data untuk mengevaluasi hasil dari asuhan keperawatan
- 3. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemeriksaan fisik :
 - a. Selalu meminta kesediaan/ ijin pada pasien untuk setiap pemeriksaan
 - b. Jagalah privasi pasien
 - c. Pemeriksaan harus seksama dan sistimatis
 - d. Jelaskan apa yang akan dilakukan sebelum pemeriksaan (tujuan, kegunaan, cara dan bagian yang akan diperiksa)
 - e. Beri instruksi spesifik yang jelas
 - f. Berbicaralah yang komunikatif
 - g. Ajaklah pasien untuk bekerja sama dalam pemeriksaan
 - h. Perhatikanlah ekspresi/bahasa non verbal dari pasien

C. Metode dan Langkah

1. Inspeksi

Merupakan metode pemeriksaan pasien dengan melihat langsung seluruh tubuh pasien atau hanya bagian tertentu yang diperlukan. Metode ini berupaya melihat kondisi klien dengan menggunakan 'sense of sign' baik melalui mata telanjang atau alat bantu penerangan (lampu). Inspeksi adalah kegiatan aktif, proses ketika perawat harus mengetahui apa yang dilihatnya dan dimana lokasinya. Metode inspeksi ini digunakan untuk mengkaji warna kulit, bentuk, posisi, ukuran dan lainnya dari tubuh pasien.

Pemeriksa menggunakan indera penglihatan berkonsentrasi untuk melihat pasien secara seksama, persistem dan tidak terburu-buru sejak pertama bertemu dengan cara memperoleh riwayat pasien dan terutama sepanjang pemeriksaan fisik dilakukan. Inspeksi juga menggunakan indera pendengaran dan penciuman untuk mengetahui lebih lanjut, lebih jelas dan lebih memvalidasi apa yang dilihat oleh mata dan dikaitkan dengan suara atau bau dari pasien. Pemeriksa kemudian akan mengumpulkan dan menggolongkan informasi yang diterima oleh semua indera tersebut yang akan membantu dalam membuat keputusan diagnosis atau terapi.

Cara pemeriksaan :

- a. Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri
- b. Bagian tubuh yang diperiksa harus terbuka (diupayakan pasien membuka sendiri pakaiannya. Sebaiknya pakaian tidak dibuka sekaligus, namun

dibuka seperlunya untuk pemeriksaan sedangkan bagian lain ditutupi selimut).

- c. Bandingkan bagian tubuh yang berlawanan (kesimetrisan) dan abnormalitas. Contoh : mata kuning (ikterus), terdapat struma di leher, kulit kebiruan (sianosis), dan lain-lain.
 - d. Catat hasilnya.
2. Palpasi

Merupakan metode pemeriksaan pasien dengan menggunakan 'sense of touch' Palpasi adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian tubuh dengan menggunakan jari atau tangan. Tangan dan jari-jari adalah instrumen yang sensitif digunakan untuk mengumpulkan data, misalnya metode palpasi ini dapat digunakan untuk mendeteksi suhu tubuh (temperatur), adanya getaran, pergerakan, bentuk, konsistensi dan ukuran.

Rasa nyeri tekan dan kelainan dari jaringan/organ tubuh. Teknik palpasi dibagi menjadi dua:

- a. Palpasi ringan
Caranya : ujung-ujung jari pada satu/dua tangan digunakan secara simultan. Tangan diletakkan pada area yang dipalpasi, jari-jari ditekan kebawah perlahan-lahan sampai ada hasil.
- b. Palpasi dalam (bimanual)
Caranya : untuk merasakan isi abdomen, dilakukan dua tangan. Satu tangan untuk merasakan bagian yang dipalpasi, tangan lainnya untuk menekan ke bawah. Dengan Posisi rileks, jari-jari tangan kedua diletakkan melekat pd jari2 pertama.

Cara pemeriksaan :

- a. Posisi pasien bisa tidur, duduk atau berdiri
- b. Pastikan pasien dalam keadaan rilek dengan posisi yang nyaman
- c. Kuku jari-jari pemeriksa harus pendek, tangan hangat dan kering
- d. Minta pasien untuk menarik napas dalam agar meningkatkan relaksasi otot.
- e. Lakukan Palpasi dengan sentuhan perlahan-lahan dengan tekanan ringan
- f. Palpasi daerah yang dicurigai, adanya nyeri tekan menandakan kelainan.
- g. Lakukan Palpasi secara hati-hati apabila diduga adanya fraktur tulang.

- h. Hindari tekanan yang berlebihan pada pembuluh darah.
 - i. Rasakan dengan seksama kelainan organ/jaringan, adanya nodul, tumor bergerak/tidak dengan konsistensi padat/kenyal, bersifat kasar/lembut, ukurannya dan ada/tidaknya getaran/ trill, serta rasa nyeri raba / tekan.
 - j. Catatlah hasil pemeriksaan yang didapat.
3. Perkusi

Perkusi adalah suatu tindakan pemeriksaan dengan mendengarkan bunyi getaran/ gelombang suara yang dihantarkan kepermukaan tubuh dari bagian tubuh yang diperiksa. Pemeriksaan dilakukan dengan ketukan jari atau tangan pada permukaan tubuh. Perjalanan getaran/ gelombang suara tergantung oleh kepadatan media yang dilalui. Derajat bunyi disebut dengan resonansi. Karakter bunyi yang dihasilkan dapat menentukan lokasi, ukuran, bentuk, dan kepadatan struktur di bawah kulit. Sifat gelombang suara yaitu semakin banyak jaringan, semakin lemah hantarnya dan udara/ gas paling resonan.

Cara pemeriksaan :

- a. Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri tergantung bagian yang akan diperiksa
- b. Pastikan pasien dalam keadaan rileks
- c. Minta pasien untuk menarik napas dalam agar meningkatkan relaksasi otot.
- d. Kuku jari-jari pemeriksa harus pendek, tangan hangat dan kering.
- e. Lakukan perkusi secara seksama dan sistimatis yaitu dengan :
 - Metode langsung yaitu mengentokan jari tangan langsung dengan menggunakan 1 atau 2 ujung jari.
 - Metode tidak langsung dengan cara sebagai berikut : Jari tengah tangan kiri di letakkan dengan lembut di atas permukaan tubuh, Ujung jari tengah dari tangan kanan, untuk mengetuk persendian, Pukulan harus cepat dengan lengan tidak bergerak dan pergelangan tangan rileks, Berikan tenaga pukulan yang sama pada setiap area tubuh.
- f. Bandingkan atau perhatikan bunyi yang dihasilkan oleh perkusi.
 - Bunyi timpani mempunyai intensitas keras, nada tinggi, waktu agaklama dan kualitas seperti drum (lambung).

- Bunyi resonan mempunyai intensitas menengah, nada rendah, waktu lama, kualitas bergema (paru normal).
- Bunyi hipersonar mempunyai intensitas amat keras, waktu lebih lama, kualitas ledakan (empisema paru).
- Bunyi pekak mempunyai intensitas lembut sampai menengah, nada tinggi, waktu agak lama kualitas seperti petir (hati).

4. Auskultasi

Adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah: bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus.

Penilaian pemeriksaan auskultasi meliputi :

- a. Frekuensi yaitu menghitung jumlah getaran permenit.
- b. Durasi yaitu lama bunyi yang terdengar.
- c. Intensitas bunyi yaitu ukuran kuat/ lemahnya suara
- d. Kualitas yaitu warna nada/ variasi suara.

Suara tidak normal yang dapat diauskultasi pada nafas adalah :

- a. Rales : suara yang dihasilkan dari eksudat lengket saat saluran-saluran halus pernafasan mengembang pada inspirasi (rales halus, sedang, kasar). Misalnya pada klien pneumonia, TBC.
- b. Ronchi : nada rendah dan sangat kasar terdengar baik saat inspirasi maupun saat ekspirasi. Ciri khas ronchi adalah akan hilang bila klien batuk. Misalnya pada edema paru.
- c. Wheezing : bunyi yang terdengar “ngiii...k”. bisa dijumpai pada fase inspirasi maupun ekspirasi. Misalnya pada bronchitis akut, asma. Pleura Friction Rub ; bunyi yang terdengar “kering” seperti suara gosokan amplas pada kayu. Misalnya pada klien dengan peradangan pleura.

Cara pemeriksaan :

- a. Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri tergantung bagian yang diperiksa dan bagian tubuh yang diperiksa harus terbuka
- b. Pastikan pasien dalam keadaan rilek dengan posisi yang nyaman
- c. Pastikan stetoskop sudah terpasang baik dan tidak bocor antara bagian kepala, selang dan telinga

- d. Pasanglah ujung stetoskop bagian telinga ke lubang telinga pemeriksa sesuai arah
- e. Hangatkan dulu kepala stetoskop dengan cara menempelkan pada telapak tangan pemeriksa
- f. Tempelkan kepala stetoskop pada bagian tubuh pasien yang akan diperiksa
- g. Pergunakanlah bel stetoskop untuk mendengarkan bunyi bernada rendah pada tekanan ringan yaitu pada bunyi jantung dan vaskuler dan gunakan diafragma untuk bunyi bernada tinggi seperti bunyi usus dan paru

D. Pemeriksaan Tanda Vital

Pemeriksaan tanda vital merupakan bagian dari data dasar yang dikumpulkan oleh perawat selama pengkajian. Perawat mengkaji tanda vital kapan saja klien masuk ke bagian perawatan kesehatan. Tanda vital dimasukkan ke pengkajian fisik secara menyeluruh atau diukur satu persatu untuk mengkaji kondisi klien. Penetapan data dasar dari tanda vital selama pemeriksaan fisik rutin merupakan control terhadap kejadian yang akan datang.

Pemeriksaan tanda vital terdiri atas pemeriksaan nadi, pernafasan, tekanan darah dan suhu. Pemeriksaan ini merupakan bagian penting dalam menilai fisiologis dari sistem tubuh secara keseluruhan

1. Pemeriksaan Nadi

Denyut nadi merupakan denyutan atau dorongan yang dirasakan dari proses pemompaan jantung. Setiap kali bilik kiri jantung menegang untuk menyempotkan darah ke aorta yang sudah penuh, maka dinding arteria dalam sistem peredaran darah mengembang atau mengembung untuk mengimbangi bertambahnya tekanan. Mengembangnya aorta menghasilkan gelombang di dinding aorta yang akan menimbulkan dorongan atau denyutan. Tempat-tempat menghitung denyut nadi adalah:

- a. Arteri radialis : Pada pergelangan tangan
- b. Arteri temporalis : Pada tulang pelipis
- c. Arteri carotis : Pada leher
- d. Arteri femoralis : Pada lipatan paha
- e. Arteri dorsalis pedis : Pada punggung kaki
- f. Arteri popliteal : pada lipatan lutut

g. Arteri brachialis : Pada lipatan siku

Jumlah denyut nadi yang normal berdasarkan usia seseorang adalah:

a. Bayi baru lahir : 110 – 180 kali per menit

b. Dewasa : 60 – 100 kali per menit

c. Usia Lanjut : 60 -70 kali per menit

2. Pemeriksaan Tekanan Darah

Pemeriksaan tekanan darah dapat dilakukan. Beberapa langkah yang dilakukan pada pemeriksaan tekanan darah menggunakan sfigmomanometer air raksa. Tempat untuk mengukur tekanan darah seseorang adalah : Lengan atas atau Pergelangan kaki. Langkah pemeriksaan :

a. Memasang manset pada lengan atas, dengan batas bawah manset 2 – 3 cm dari lipatan siku dan perhatikan posisi pipa manset yang akan menekan tepat di atas denyutan arteri di lipatan siku (arteri brakialis)

b. Letakkan stetoskop tepat di atas arteri brakialis

c. Rabalah pulsasi arteri pada pergelangan tangan (arteri radialis)

d. Memompakan manset hingga tekanan manset 30 mmHg setelah pulsasi arteri radialis menghilang.

e. Membuka katup manset dan tekanan manset dibirkan menurun perlahan dengan kecepatan 2-3 mmHg/detik

f. Bila bunyi pertama terdengar , ingatlah dan catatlah sebagai tekanan sistolik.

g. Bunyi terakhir yang masih terdengar dicatat sebagai tekanan diastolic

h. Turunkan tekanan manset sampai 0 mmHg, kemudian lepaskan manset.

Yang harus diperhatikan sebelum melakukan pemeriksaan tekanan darah sebaiknya sebelum dilakukan pemeriksaan pastikan kandung kemih klien kosong dan hindari alkohol dan rokok, karena semua hal tersebut akan meningkatkan tekanan darah dari nilai sebenarnya. Sebaiknya istirahat duduk dengan tenang selama 5 menit sebelum pemeriksaan dan jangan berbicara saat pemeriksaan. Pikiran harus tenang, karena pikiran yang tegang dan stress akan meningkatkan tekanan darah. Jumlah tekanan darah yang normal berdasarkan usia seseorang adalah:

a. Bayi usia di bawah 1 bulan : 85/15 mmHg

b. Usia 1 – 6 bulan : 90/60 mmHg

c. Usia 6 – 12 bulan : 96/65 mmHg

- d. Usia 4 – 6 tahun : 100/60 mmHg
- e. Usia 6 – 8 tahun : 105/60 mmHg
- f. Usia 8 – 10 tahun : 110/60 mmHg
- g. Usia 10 – 12 tahun : 115/60 mmHg
- h. Usia 12 – 14 tahun : 118/60 mmHg
- i. Usia 14 – 16 tahun : 120/65 mmHg
- j. Usia 16 tahun ke atas : 130/75 mmHg
- k. Usia lanjut : 130-139/85-89 mmHg

3. Pemeriksaan Pernafasan

Pemeriksaan Pernafasan merupakan pemeriksaan yang dilakukan untuk menilai proses pengambilan oksigen dan pengeluaran karbondioksida. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai frekwensi, irama, kedalaman, dan tipe atau pola pernafasan. Pernafasan adalah tanda vital yang paling mudah di kaji namun paling sering diukur secara sembarangan. Perawat tidak boleh menaksir pernafasan. Pengukuran yang akurat memerlukan observasi dan palpasi gerakan dinding dada.

Usia Frekuensi per menit

- a. Bayi baru lahir : 35-40
- b. Bayi (6 bulan) : 30-50
- c. Toodler : 25-32
- d. Anak-anak : 20-30
- e. Remaja : 16-19
- f. Dewasa : 12-20

4. Pemeriksaan Suhu

Merupakan salah satu pemeriksaan yang digunakan untuk menilai kondisi metabolisme dalam tubuh, dimana tubuh menghasilkan panas secara kimiawi maupun metabolisme darah. Suhu dapat menjadi salah satu tanda infeksi atau peradangan yakni demam (di atas $> 37^{\circ}\text{C}$). Suhu yang tinggi juga dapat disebabkan oleh hipertermia. Suhu tubuh yang jatuh atau hipotermia juga dinilai. Untuk pemeriksaan yang cepat, palpasi dengan punggung tangan dapat dilakukan, tetapi untuk pemeriksaan yang akurat harus dengan menggunakan termometer. Termometer yang digunakan bisa berupa thermometer oral, thermometer rectal dan thermometer axilar.

Proses pengaturan suhu terletak pada hipotalamus dalam sistem saraf pusat. Bagian depan hipotalamus dapat mengatur pembuangan panas dan hipotalamus bagian belakang mengatur upaya penyimpanan panas.

Pemeriksaan suhu dapat dilakukan melalui oral, rektal, dan aksila yang digunakan untuk menilai keseimbangan suhu tubuh serta membantu menentukan diagnosis dini suatu penyakit.

Tempat untuk mengukur suhu badan seseorang adalah:

- a. Ketiak/ axilla, pada area ini termometer didiamkan sekitar 10 – 15 menit.
- b. Anus/ dubur/ rectal, pada area ini termometer didiamkan sekitar 3 – 5 menit.
- c. Mulut/oral, pada area ini termometer didiamkan sekitar 2 – 3 menit

Seseorang dikatakan bersuhu tubuh normal, jika suhu tubuhnya berada pada $36^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$.

3. Penugasan dan Umpan Balik

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

- ✓ Mahasiswa dibagi 5 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 7-10 mahasiswa)
- ✓ Setiap kelompok diberi kesempatan untuk belajar SOP di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar di laboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium
- ✓ Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

B. Kegiatan Praktik 2

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mampu mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus dengan gangguan sistem endokrin, imunologi, pencernaan dan perkemihan pada klien dewasa sesuai dengan standar yang berlaku dengan berfikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif

2. Uraian Materi

Pemberian Insulin

Dosen: Auliasari Siskaningrum, M.Kep.

A. Pengertian

- Insulin adalah hormon yang digunakan untuk menurunkan kadar gula darah pada Diabetes Mellitus
- Insulin Pen : adalah insulin yang dikemas dalam bentuk pulpen insulin khusus yang berisi 3 cc insulin

B. Tujuan

Mengontrol kadar gula darah dalam pengobatan diabetes mellitus

C. Alat yang dibutuhkan

1. Spuit insulin / insulin pen (*Actrapid Novolet*).
2. Vial insulin.
3. Kapas + alkohol / *alcohol swab*.
4. Handscoen bersih.
5. Daftar / formulir obat klien.

D. Pelaksanaan

Tahap Pra Interaksi

1. Mengkaji program/instruksi medik tentang rencana pemberian terapi injeksi insulin (*Prinsip 6 benar : Nama klien, obat/jenis insulin, dosis, waktu, cara pemberian, dan pendokumentasian*).
2. Mengkaji cara kerja insulin yang akan diberikan, tujuan, waktu kerja, dan masa efek puncak insulin, serta efek samping yang mungkin timbul.
3. Mengkaji tanggal kadaluarsa insulin.
4. Mengkaji adanya tanda dan gejala hipoglikemia atau alergi terhadap *human* insulin.
5. Mengkaji riwayat medic dan riwayat alergi.

6. Mengkaji keadekuatan jaringan adipose, amati apakah ada pengerasan atau penurunan jumlah jaringan.
7. Mengkaji tingkat pengetahuan klien prosedur dan tujuan pemberian terapi insulin.
8. Mengkaji obat-obat yang digunakan waktu makan dan makanan yang telah dimakan klien.

Tahap Orientasi

1. Memberi salam pada pasien
2. Menjelaskan kepada klien tentang persiapan dan tujuan prosedur pemberian injeksi insulin.
3. Menutup sampiran (kalau perlu).

Tahap Interaksi

1. Mencuci tangan.
2. Memakai handscoen bersih.
3. Penyuntikan insulin

Pemakaian spuit insulin

- a. Mengambil vial insulin dan aspirasi sebanyak dosis yang diperlukan untuk klien (berdasarkan daftar obat klien/instruksi medik).
- b. Memilih lokasi suntikan. Periksa apakah dipermukaan kulitnya terdapat kebiruan, inflamasi, atau edema.
- c. Melakukan rotasi tempat/lokasi penyuntikan insulin. Lihat catatan perawat sebelumnya.
- d. Mendesinfeksi area penyuntikan dengan kapas alcohol/*alcohol swab*, dimulai dari bagian tengah secara sirkuler \pm 5 cm.
- e. Mencubit kulit tempat area penyuntikan pada klien yang kurus dan regangkan kulit pada klien yang gemuk dengan tangan yang tidak dominan.
- f. Menyuntikkan insulin secara *subcutan* dengan tangan yang dominan secara lembut dan perlahan.
- g. Mencabut jarum dengan cepat, tidak boleh di *massage*, hanya dilakukan penekanan pada area penyuntikan dengan menggunakan kapas alkohol.

- h. Membuang spuit ke tempat yang telah ditentukan dalam keadaan jarum yang sudah tertutup dengan tutupnya.

Pemakaian Insulin Pen

- a. Memeriksa apakah Novolet berisi tipe insulin yang sesuai dengan kebutuhan.
- b. Mengganti jarum pada insulin pen dengan jarum yang baru.
- c. Memasang *cap Novolet* sehingga angka nol (0) terletak sejajar dengan indikator dosis.
- d. Memegang novolet secara horizontal dan menggerakkan insulin pen (bagian *cap*) sesuai dosis yang telah ditentukan sehingga indikator dosis sejajar dengan jumlah dosis insulin yang akan diberikan kepada klien.
- e. *Skala pada cap : 0, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 unit* (setiap rasa "klik" yang dirasakan perawat saatb memutar *cap* Insulin Pen menandakan 2 unit insulin telah tersedia).
- f. Memilih lokasi suntikan. Periksa apakah dipermukaan kulitnya terdapat kebiruan, inflamasi, atau edema.
- g. Melakukan rotasi tempat/lokasi penyuntikan insulin. Lihat catatan perawat sebelumnya.
- h. Mendesinfeksi area penyuntikan dengan kapas alcohol/*alcohol swab*, dimulai dari bagian tengah secara sirkuler ± 5 cm.
- i. Mencubit kulit tempat area penyuntikan pada klien yang kurus dan regangkan kulit pada klien yang gemuk dengan tangan yang tidak dominan.
- j. Menyuntikkan insulin secara *subcutan* dengan tangan yang dominan secara lembut dan perlahan. Ibu jari menekan bagian atas Insulin Pen sampai tidak terdengar lagi bunyi 'klik' dan tinggi Insulin Pen sudah kembali seperti semula (tanda obat telah diberikan sesuai dengan dosis).
- k. Tahan jarum Insulin pen selama 5-10 detik di dalam kulit klien sebelum dicabut supaya tidak ada sisa obat yang terbuang.
- l. Mencabut jarum dengan cepat, tidak boleh di *massage*, hanya dilalukan penekanan pada area penyuntikan dengan menggunakan kapas alkohol.

Tahap Terminasi

- 1. Menjelaskan ke klien bahwa prosedur telah dilaksanakan
- 2. Membereskan alat

3. Cuci tangan

Tahap Evaluasi

1. Mengevaluasi respon klien terhadap medikasi yang diberikan 30 menit setelah injeksi insulin dilakukan.
2. Mengobservasi tanda dan gejala adanya efek samping pada klien.
3. Menginspeksi tempat penyuntikan dan mengamati apakah terjadi pembengkakan atau hematoma.

Tahap Dokumentasi

1. Mencatat respon klien setelah pemberian injeksi insulin.
2. Mencatat kondisi tempat tusukan injeksi insulin.
3. Mencatat tanggal dan waktu pemberian injeksi insulin

3. Penugasan dan Umpan Balik

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

- ✓ Mahasiswa dibagi 5 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 7-10 mahasiswa)
- ✓ Setiap kelompok diberi kesempatan untuk belajar SOP di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar dilaboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium
- ✓ Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

C. Kegiatan Praktik 3

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mampu mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus dengan gangguan sistem endokrin, imunologi, pencernaan dan perkemihan pada klien dewasa sesuai dengan standar yang berlaku dengan berfikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif

2. Uraian Materi

Nasogastric Tube

Dosen: Auliasari Siskaningrum, M.Kep.

A. Pengertian

Memasang slang / pipa khusus melalui saluran pencernaan atas secara langsung yang berakhir di lambung

B. Tujuan

- a. Memasukkan makanan, obat pasien yang tidak bisa makan melalui mulut
- b. Mencegah distensi gaster
- c. Melakukan bilas lambung
- d. Mengambil spesimen asam lambung untuk diperiksa di laboratorium

C. Indikasi

- a. Pasien yang tidak dapat makan melalui mulut
- b. Pasien yang Ileus atau Peritonitis trauma abdomen (untuk dekompresi)
- c. Pasien perdarahan lambung/bilas lambung

D. Peralatan

- a. Selang NGT (no. 14-20 untuk dewasa, 8-16 untuk anak-anak, 5-7 untuk bayi)
- b. Klem
- c. S spuit 10 cc
- d. Stetoskop atau gelas berisi air matang
- e. Plester & gunting
- f. Kain kassa
- g. Pelumas (jelly)
- h. Perlak atau pengalas
- i. Bengkok atau baskom muntah.
- j. Sarung tangan

E. Prosedur Pelaksanaan

1. Tahap PraInteraksi

- a. Melakukan pengecekan program terapi
- b. Mencuci tangan
- c. Menempatkan alat di dekat pasien

2. Tahap Orientasi

- a. Memberikan salam dan menyapa nama pasien
- b. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
- c. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien

3. Tahap Kerja

- a. Menjaga privacy
- b. Mengatur posisi pasien dalam posisi semi fowler atau fowler (jika tidak ada kontra indikasi)
- c. Memakai sarung tangan
- d. Membersihkan lubang hidung pasien
- e. Memasang pengalas diatas dada
- f. Meletakkan bengkak atau baskom muntah di depan pasien.
- g. Mengukur panjang selang yang akan dimasukkan dengan cara menempatkan ujung selang dari hidung klien ke ujung telinga atas lalu dilanjutkan sampai processus xipodeus.
- h. Mengolesi ujung NGT dengan jelly sepanjang 20-30 cm.
- i. Meminta pasien untuk relaks dan tenang, masukkan selang secara perlahan sepanjang 5-10 cm lalu meminta pasien untuk menundukkan kepala (fleksi) sambil menelan.
- j. Masukkan selang sampai batas yang ditandai.
- k. Jangan memasukkan selang secara paksa jika ada tahanan.
- l. Jika pasien batuk atau bersin, hentikan lalu ulangi lagi. Anjurkan pasien untuk melakukan teknik nafas dalam.
- m. Jika tetap ada tahanan, tarik selang perlahan-lahan dan masukkan selang kembalikan ke lubang hidung yang lain secara perlahan.
- n. Jika pasien terlihat akan muntah, tarik tube dan inspeksi tenggorokan lalu melanjutkan memasukkan selang secara perlahan.
- o. Mengatur pasien pada posisi fleksi kepala, dan masukkan perlahan ujung NGT melalui hidung (bila pasien sadar menganjurkan pasien untuk menelan ludah berulang-ulang)

- p. Memastikan NGT masuk kedalam lambung dengan cara: menginspirasi NGT dengan spuit atau memasukkan udara 10 cc sambil di auskultasi di region lambung atau memasukkan kedalam gelas berisi air)
- q. Menutup ujung NGT dengan spuit/klem atau disesuaikan dengan tujuan pemasangan
- r. Melakukan fiksasi NGT di depan hidung dan pipi dengan menggunakan plester.

4. Tahap Terminasi

- a. Melakukan evaluasi tindakan
- b. Berpamitan dengan klien
- c. Membereskan alat-alat
- d. Mencuci tangan
- e. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan perawatan

3. Penugasan dan Umpan Balik

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

- ✓ Mahasiswa dibagi 5 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 7-10 mahasiswa)
- ✓ Setiap kelompok diberi kesempatan untuk belajar SOP di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan belajar dilaboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ Laboratorium
- ✓ Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

D. Kegiatan Praktik 4

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mampu mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus dengan gangguan sistem endokrin, imunologi, pencernaan dan perkemihan pada klien dewasa sesuai dengan standar yang berlaku dengan berfikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif

2. Uraian Materi

Pemasangan Kateter

Dosen: Auliasari Siskaningrum, M.Kep.

A. Pengertian

Pemasangan kateter atau kateter urine adalah suatu tindakan keperawatan memasukan kateter kedalam kandung kemih melalui uretra. Pemasangan kateter ini seringkali digunakan pada pasien-pasien yang tidak mampu untuk membuang air kecil sendiri dengan normal – semisal pada pasien-pasien dengan pembesaran prostat-, sehingga memerlukan alat bantuan kateter. Selain itu, kateter juga sering digunakan dalam berbagai prosedur medis, seperti:

- a. Proses persalinan dan operasi caesar.
- b. Perawatan intensif yang membutuhkan pemantauan keseimbangan cairan tubuh.
- c. Proses pengosongan kandung kemih sebelum, saat, atau sesudah operasi.
- d. Saat pemberian obat langsung ke dalam kandung kemih, misalnya karena adanya kanker kandung kemih.

B. Tujuan

Pemasangan kateter urine mempunyai berbagai tujuan, diantaranya ;

- a. Menghilangkan distensi pada kandung kemih
- b. Mengosongkan kandung kemih secara lengkap
- c. Eksplorasi uretra apakah terdapat seanosis atau lesi
- d. Mengetahui residual urine setelah miksi
- e. Memasukan kontras kedalam buli – buli
- f. Mendapatkan specimen urine steril
- g. Therapeutic : memenuhi kebutuhan eliminasi urine
- h. Kateterisasi menetap (indwelling catherezation)
- i. Kateterisasi sementara (intermitter catherization)

C. Indikasi

Indikasi pemasangan kateter terbagi menjadi dua, yang pertama indikasi diagnostik untuk keperluan penegakan diagnosa, dan indikasi terpi atau untuk pengobatan.

1. Indikasi Diagnostik

- a. Mengambil spesimen urin tanpa terkontaminasi
- b. Monitoring dari produksi urin (urine output), sebagai indikator status cairan dan menilai perfusi renal (terutama pada pasien kritis)
- c. Pemeriksaan radiologi pada saluran kemih
- d. Diagnosis dari perdarahan saluran kemih, atau obstruksi saluran kemih (misalnya striktur atau hipertropi prostat) yang ditandai dengan kesulitan memasukkan kateter

2. Indikasi Terapi

Kateterisasi uretra digunakan sebagai terapi pada kondisi berikut:

- a. Retensi urin akut (misalnya pada benign prostatic hyperplasia, bekuan darah, gangguan neurogenik)
- b. Obstruksi kronik yang menyebabkan hidronefrosis, serta tidak dapat diperbaiki dengan obat atau tindakan bedah
- c. Inkontinensia urin yang tidak tertangani dengan terapi lainnya, yang juga dapat menyebabkan iritasi pada kulit sekitar kemaluan
- d. Inisiasi irigasi kandung kemih berkelanjutan
- e. Dekompresi intermiten pada gangguan kandung kemih neurogenik
- f. Pemeliharaan kondisi higiene atau sebagai terapi paliatif (pasien terminal) pada kondisi pasien yang memerlukan istirahat (bedrest) dalam waktu lama

D. Kontraindikasi

Kateterisasi uretra dikontraindikasikan pada pasien dengan gejala trauma pada traktus urinarius bagian bawah, misalnya terjadi robekan pada uretra. Kondisi ini dapat ditemukan pada pasien laki-laki yang mengalami trauma pelvis atau *straddle-type injury*. Gejala yang dapat ditemukan pada pemeriksaan fisik adalah ditemukannya prostat yang meninggi (high-riding) atau edema, hematoma di perineum, atau keluarnya darah dari lubang uretra. Apabila kondisi ini ditemukan maka harus dilakukan pemeriksaan uretrogram untuk menghindari terjadinya robekan pada uretra sebelum dilakukan pemasangan kateter.

E. Alat dan Bahan

- a. Handshoen steril
- b. Handschoen on steril
- c. Kateter steril sesuai ukuran dan jenis
- d. Urobag
- e. Doek lubang steril
- f. Jelly
- g. Lidokain 1% dicampur jelly (perbandingan 1 :1) masukkan dalam spuit (tanpa jarum)
- h. Larutan antiseptic + kassa steril
- i. Perlak dan pengalas
- j. Pinset anatomis
- k. Bengkok
- l. Spuit 10 cc berisi aquades
- m. Urinal bag
- n. Plester / hypavik
- o. Gunting
- p. Sampiran

F. Prosedur

1. Tahap Pra Interaksi

- a. Melakukan pengecekan program terapi
- b. Mencuci tangan
- c. Menyiapkan alat

2. Tahap Orientasi

- a. Memberikan salam dan menyapa nama pasien
- b. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
- c. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien

3. Tahap Kerja

- a. Menjaga privacy Pasien dengan memasang sampiran dan selimut extra
- b. Mengatur posisi pasien dalam posisi terlentang dan melepaskan pakaian bawah
- c. Memasang perlak dan pengalas
- d. Memasang pispot di bawah bokong pasien

- e. Menyiapkan plester fiksasi kateter dan label waktu pemasangan kateter, membuka kemasan luar kateter dengan tetap mempertahankan kesterilannya, menyiapkan pelumas pada kasa steril dan dijaga kesterilannya.
- f. Memakai sarung tangan
- g. Tangan tidak dominan pegang penis pakai kasa steril, desinfeksi dengan tangan dominan dengan menggunakan kapas sublimat/betadin sol pada meatus uretra.
- h. Mengganti sarung tangan steril, memasang duk steril
- i. Masukkan jelly anestesi atau pelumas pada uretra kira-kira 10 cc, tahan ujung penis dan meatus uretra dengan ibu jari dan telunjuk untuk mencegah refluk jelly, tunggu sebentar kira-kira 5 menit agar efek anestesi bekerja.
- j. Pilih foley kateter sesuai ukuran, (besar : 18 dan 20, kecil : 8 dan 10 french catheter) atau sesuai persediaan
- k. Masukkan foley kateter ke uretra secara perlahan dengan sedikit mengangkat penis hingga urin keluar (klien dianjurkan tarik napas panjang)
- l. Menampung urin pada botol bila diperlukan untuk pemeriksaan
- m. Mendorong lagi foley kateter kira-kira 5 cm ke dalam
- n. bladder (1-2 inc)
- o. Kembungkan balon dengan cairan aquadest sesuai ukuran, kira-kira 20 cc
- p. Menarik kateter dengan perlahan sampai terasa ada tahanan dan meletakkannya di atas abdomen bagian bawah.
- q. Menyambungkan kateter dengan urine bag
- r. Melepas duk, pengalas dan sarung tangan
- s. Memfiksasi kateter di atas abdomen bagian bawah
- t. Menempel label waktu pemasangan kateter

4. Tahap Terminasi

- a. Melakukan evaluasi tindakan yang baru dilakukan
- b. Merapikan pasien dan lingkungan
- c. Berpamitan dengan klien
- d. Membereskan alat-alat dan kembalikan alat ketempat semula
- e. Mencuci tangan

- f. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan perawatan

G. Pemasangan Kateter Urine

1. Pria

- a. Memperkenalkan diri
- b. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan
- c. Siapkan alat disamping klien
- d. Siapkan ruangan dan pasang sampiran
- e. Cuci tangan
- f. Atur posisi pasien dengan terlentang abduksi
- g. Pasang pengalas
- h. Pasang selimut, daerah genitalia terbuka
- i. Pasa handschoen on steril
- j. Letakkan bengkak diantara kedua paha
- k. Cukur rambut pubis
- l. Lepas sarung tangan dan ganti dengan sarung tangan steril
- m. Pasang doek lubang steril
- n. Pegang penis dengan tangan kiri lalu preputium ditarik ke pangkalnya dan bersihkan dengan kassa dan antiseptic dengan tangan kanan
- o. Beri jelly pada ujung kateter (12,5 – 17,5 cm). Pemasangan indwelling pada pria : jelly dan lidokain dengan perbandingan 1 : 1 masukkan kedalam uretra dengan spuit tanpa jarum
- p. Ujung uretra ditekan dengan ujung jari kurang lebih 3-5 menit sambil di masase
- q. Masukkan kateter pelan – pelan, batang penis diarahkan tegak lurus dengan bidang horisontal sambil anjurkan untuk menarik napas. Perhatikan ekspresi klien
- r. Jika tertahan jangan dipaksa
- s. Setelah kateter masuk isi balon dengan cara aquades bila untuk indwelling, fiksasi ujung kateter di paha pasien. Pasang urobag disamping tempat tidur
- t. Lihat respon klien dan rapikan alat
- u. Cuci tangan
- v. Dokumentasikan tindakan

2. Wanita

- a. Memperkenalkan diri
- b. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- c. Siapkan alat di samping klien
- d. Siapkan ruangan dan pasang sampiran
- e. Cuci tangan
- f. Atur posisi pasien dengan telentang abduksi
- g. Berdiri disebelah kanan tempat tidur klien
- h. Pasang pengalas
- i. Pasang selimut, daerah genetalia terbuka
- j. Pasang handschoen on steril
- k. Letakkan bnengkok diantara kedua paha
- l. Cukur rambut pubis
- m. Lepas sarung tangan dang anti dengan sarung tangan steril
- n. Pasang doek
- o. Bersikan vulva dengan kasa, buka labia mayoer, dengan ibu jari dan telunjuk tangan kiri, bersihkan bagian dalam
- p. Beri jelly pada ujung kateter (2,5 – 5 cm) lalu masukkan pelan – pelan ujung kateter pada meatus uretra sambil pasien dianjurkan menarik napas. Perhaikan respon klien
- q. Setelah kateter masuk isi balon dengan cairan aquades 10 cc
- r. Fiksasi
- s. Sambung dengan urobag
- t. Rapikan alat
- u. Buka handchoen dan cuci tangan
- v. Dokumentasikan tindakan

3. Penugasan dan Umpan Balik

Mempelajari dan menjalankan suatu peran yang ditugaskan kepadanya sesuai kompetensi yang ada dalam RPS:

- ✓ Mahasiswa dibagi 5 kelompok (tiap kelompok terdiri atas 7-10 mahasiswa)
- ✓ Setiap kelompok diberi kesempatan untuk belajar SOP di laboratorium secara bergantian (sesuai jadwal), apabila merasa kurang expert maka diberi kesempatan

belajar dilaboratorium secara mandiri dengan kontrak terlebih dahulu pada PJ
Laboratorium

- ✓ Pelaksanaan ujian komprehensif (+ lab) jadwal menyusul

DAFTAR PUSTAKA

1. Ackley, B. J. & Ladwig, G. B. (2013). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*, 10e. Mosby Elsevier.
2. Barber B, Robertson D, (2012). *Essential of Pharmacology for Nurses, 2nd edition*, Belland Bain Ltd, Glasgow
3. Bulechek, G. M. & Butcher, H. K. McCloskey Dochterman, J. M. & Wagner, C. (2012). *Nursing Interventions Classification (NIC)*, 6e. Philadelphia: Mosby Elsevier
4. Dudek, S. G. (2013). *Nutrition Essentials for Nursing Practice, 7th*. Lippincott: William Wilkins
5. Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Maas, M. L. & Swanson, S. (2011). *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Supporting Critical Reasoning and Quality Care*, 3e. Philadelphia: Mosby Elsevier
6. Lewis S.L, Dirksen S. R, Heitkemper M.M, Bucher L, Harding M. M, (2014). *Medical Surgical Nursing, Assessment and Management of Clinical Problems*. Canada: Elsevier.
7. McCance, K.L. & Huether, S. E. (2013). *Pathophysiology: The Biologic Basis for Disease in Adults and Children, 7e*. Elsevier