

Program Studi
Sarjana Terapan Kebidanan



MODUL PRAKTIK 2

KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

2019



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKARAYA**

VISI

“Menghasilkan Lulusan Sarja Terpan Kebidanan
yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal
Menuju daya saing Global Tahun 2024 Dengan
Unggulan Kebidanan Komunitas”

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan Sarjana Terapan Kebidanan Yang berkualitas mengikuti perkembangan IPTEK berbasis kearifan Lokal dengan keunggulan Kebidanan Komunitas.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas.
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui pemberdayaan masyarakat dibidang kesehata ibu dan anak serta Kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan Produktifitas kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan perasana untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi

MODUL 2
BAHAN AJAR CETAK
KEBIDANAN

**KEBUTUHAN
DASAR
MANUSIA**

BAB IV: PRAKTIKUM TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DAN PERAWATAN LUKA	111
Kegiatan Praktikum 1.	
Tindakan Keperawatan Pengkajian Pemeriksaan Fisik Integritas Kulit dan Luka	113
Latihan	115
Ringkasan	117
Tes 1	117
Kegiatan Praktikum 2.	
Tindakan Keperawatan Pencegahan Kerusakan Kulit (Skin breakdown prevention).....	119
Latihan	121
Ringkasan	123
Tes 2	123
Kegiatan Praktikum 3.	
Tindakan Keperawatan Merawat Luka/ Mengganti Balutan Luka	125
Latihan	128
Ringkasan	132
Tes 3	132
Kegiatan Praktikum 4.	
Tindakan Keperawatan Irigasi Luka.....	134
Latihan	136
Ringkasan	139
Tes 4	139

Kegiatan Praktikum 5.	
Tindakan Keperawatan Mengangkat Jahitan Luka.....	141
Latihan	143
Ringkasan	145
Tes 5	145
KUNCI JAWABAN TES	147
DAFTAR PUSTAKA	148
BAB V: PRAKTIKUM TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PSIKOSOSIAL	149
Kegiatan Praktikum 1.	
Strategi Membina Hubungan Saling Percaya.....	151
Latihan	152
Ringkasan	153
Tes 1	153
Kegiatan Praktikum 2.	
Tindakan Keperawatan Teknik Memberikan Penguatan (Reinforcement) pada Klien	155
Latihan	157
Ringkasan	158
Tes 2	158
Kegiatan Praktikum 3.	
Tindakan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Konsep Diri.....	160
Latihan	161
Ringkasan	162
Tes 3	162
Kegiatan Praktikum 4.	
Tindakan Keperawatan Perawatan Jenazah.....	164
Latihan	166
Ringkasan	169
Tes 4	170

Kegiatan Praktikum 5.	
Tindakan Keperawatan Klien Pada Tahapan Berduka.....	172
Latihan	173
Ringkasan	175
Tes 5	175
KUNCI JAWABAN TES	177
DAFTAR PUSTAKA	178

MODUL 3

PRAKTIKUM TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI

Sunarsih Rahayu, S.Kep.,Ns.,M.Kep

PENDAHULUAN

Selamat anda telah berhasil mempelajari modul 2 tentang praktikum “Tindakan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit”. Selanjutnya, anda akan mempelajari modul 3 tentang praktikum “Tindakan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi”.

Peran dan kompetensi perawat dalam tindakan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada klien mutlak diperlukan, karena nutrisi dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan, serta mempertahankan status nutrisi tetap baik. Dengan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi secara benar maka risiko maupun dampak akibat kekurangan atau ketidakakuratan pemenuhan kebutuhan tersebut dapat dicegah atau diatasi secara cepat dan tepat.

Dalam modul 3 ini anda akan mempelajari tentang praktikum tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

Setelah mempelajari modul 3 ini, anda diharapkan mampu mendemonstrasikan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi :

1. Mendemonstrasikan tindakan keperawatan pengukuran antropometri.
2. Mendemonstrasikan tindakan keperawatan membantu klien makan sendiri.
3. Mendemonstrasikan tindakan keperawatan membantu klien yang tidak mampu makan sendiri (menyuap).
4. Mendemonstrasikan tindakan keperawatan memberi makan lewat selang sonde (nasogastrik).

Pemahaman anda terhadap modul praktikum tindakan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi ini secara umum dapat diketahui bagaimana nanti anda dapat mendemonstrasikan setiap tindakan pada probandus maupun manikin di laboratorium keperawatan.

Agar anda dapat memahami modul praktikum ini dengan mudah, maka modul praktikum ini dibagi menjadi empat (4) Kegiatan praktikum, yaitu :

1. Kegiatan Praktikum 1 :
Membahas tentang tindakan keperawatan pengukuran antropometri, yang meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.
2. Kegiatan Praktikum 2 :

Membahas tentang tindakan keperawatan membantu klien makan sendiri, yang meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.

3. Kegiatan Praktikum 3 :

Membahas tentang tindakan keperawatan membantu klien yang tidak mampu makan sendiri (menyuap), yang meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.

4. Kegiatan Praktikum 4 :

Membahas tentang tindakan keperawatan memberi makan lewat selang sonde (nasogastrik), yang meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.

Untuk dapat memahami materi pada setiap kegiatan praktikum, anda dapat mempelajari modul praktikum ini secara berurutan dari kegiatan praktikum 1 sampai 4. Pada setiap kegiatan praktikum dalam modul praktikum ini, anda akan menemukan tes, untuk itu jangan lupa mengerjakannya. Untuk menilai kemajuan belajar anda, sebaiknya anda tidak melihat penilaian ketrampilan terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan tes.

Waktu untuk menyelesaikan modul ini adalah 8 minggu. Gunakan waktu tersebut dengan sebaik-baiknya. Anda dinyatakan berhasil apabila memperoleh nilai $\geq 75\%$ dapat menyelesaikan tugas yang diberikan.

Saya yakin anda dapat memahami modul ini dengan baik !

Selamat belajar Semoga berhasil!

Kegiatan Praktikum 1

Tindakan Keperawatan Melakukan Pengukuran Antropometri

Bacalah dan pahami materi pada kegiatan praktikum ini yang berisi tentang tindakan keperawatan melakukan pengukuran antropometri.

Pengukuran antropometri

1. Pengertian :
Pengukuran antropometri adalah pengukuran ukuran tubuh yang meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkaran pergelangan tangan, lingkaran lengan bagian tengah atas, lipatan kulit tricep, dan lingkaran otot lengan bagian tengah atas.
2. Tujuan :
 - a. Mengetahui batas normal atau tidak normal ukuran tubuh
 - b. Menentukan status gizi
3. Peralatan :
 - a. Timbangan berat badan
 - b. Pengukur tinggi badan
 - c. Pengukur lingkaran lengan atas
 - d. Pita pengukur/metlin
 - e. Jangka skinfold
 - f. Kertas dan ballpoint
4. Langkah-langkah :
 - a. Tahap pra interaksi :
 - 1) Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
 - 2) Cuci tangan
 - 3) Siapkan alat
 - b. Tahap orientasi :
 - 1) Beri salam, panggil klien dengan namanya
 - 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya
 - c. Tahap kerja :
 - 1) Pastikan standard fungsi alat sebelum digunakan
 - 2) Timbang berat badan
 - a) Letakkan timbangan di tempat yang datar atau tidak mudah bergoyang
 - b) Setel timbangan pada angka nol
 - c) Timbang klien (pakaian tipis atau minimal). Klien berdiri di atas timbangan injak.

- d) Lihat jarum timbangan sampai berhenti / di tengah-tengah antara gerakan jarum ke kanan dan ke kiri, baca angka yang ditunjukkan oleh jarum timbangan atau angka timbangan.
 - e) Catat hasilnya
 - 3) Ukur tinggi badan
 - a) Klien tidak memakai sandal / sepatu
 - b) Klien berdiri tegak menghadap ke depan, punggung, pantat dan tumit menempel pada tiang pengukur
 - c) Turunkan batas atas pengukur sampai menempel di ubun-ubun
 - d) Baca angka pada batas tersebut
 - e) Catat hasilnya
 - 4) Ukur lingkaran pergelangan tangan
 - a) Lingkarkan alat pengukur (metlin) pada pergelangan tangan, tidak longgar dan tidak ketat.
 - b) Baca angka pada pertemuan dengan angka nol.
 - c) Untuk mengetahui perkiraan ukuran kerangka, bagi tinggi badan dengan lingkaran pergelangan tangan.
 - d) Catat hasilnya
 - 5) Ukur lingkaran lengan bagian tengah atas (MAC)
 - a) Relaksasikan lengan non dominan klien
 - b) Ukur lingkarannya pada titik tengah, antara ujung dari prosesus akromial skapula dan prosesus olekranon ulna, dengan menggunakan metlin, tidak longgar tidak ketat.
 - c) Baca angka pada pertemuan dengan angka nol.
 - d) Catat hasilnya.
 - 6) Ukur lipatan kulit tricep (TSF)
 - a) Pegang lipatan panjang dari kulit dan lemak kira-kira 1 cm dari titik tengah MAC dengan ibu jari dan jari tengah. Jepitan dari jangka lengkungan lipatan kulit standar ditempatkan pada sisi lain dari lipatan lemak.
 - b) Ukur area anatomi lain : bicep, skapula, dan otot abdominal.
 - c) Catat hasilnya.
 - 7) Ukur lingkaran otot lengan bagian tengah atas
 - Hitung dari pengukuran antropometrik MAC dan TSF.
 - $MAMC = MAC - (TSF \times 3,14)$.
 - Catat hasilnya.
5. Tahap terminasi :
- a. Evaluasi hasil / respon klien
 - b. Dokumentasikan hasilnya
 - c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - d. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat

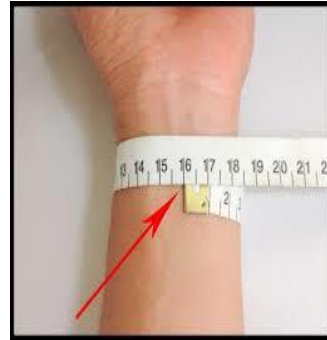
e. Cuci tangan



Gambar. Menimbang BB



Gambar. Mengukur TB



Gambar. Mengukur lingkaran pergelangan tangan



A



B

Gambar. Mengukur lipatan kulit tricep : A. Perut; B. Lengan

Armsleeve			
SIZE	PERGELANGAN TANGAN	LENGAN BAWAH	LENGAN ATAS
S	14cm - 20cm (5 ^{3/8} " - 7 ^{5/8} "	18cm - 23cm (7" - 7 ^{5/8} "	22cm - 40cm (8 ^{1/2} " - 15 ^{1/2} "
M	16cm - 22cm (6 ^{1/8} " - 8 ^{1/2} "	23cm - 29cm (9 ^{1/4} " - 11 ^{1/4} "	27cm - 45cm (10 ^{5/8} " - 17 ^{3/4} "
L	18cm - 24cm (6 ^{7/8} " - 9 ^{1/4} "	29cm - 34cm (11 ^{3/8} " - 13 ^{1/2} "	33cm - 51cm (12 ^{3/4} " - 19 ^{7/8} "

Gambar. Ukuran lengan

Bagus! anda telah menyelesaikan kegiatan praktikum 1. Untuk mengukur tingkat pemahaman dan ketrampilan anda, kerjakanlah tes 1 berikut ini! Anda sebaiknya tidak melihat penilaian ketrampilan terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan tes ini.

Latihan 1

Petunjuk : Demonstrasikan tindakan keperawatan pengukuran antropometri pada probandus!

FORMAT PENILAIAN PRAKTEK LABORATORIUM PENGUKURAN ANTROPOMETRI

Nama :

NIM :

ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A. Tahap Pra Interaksi 1. Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat		
B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya		
C. Tahap Kerja 1. Memastikan standard fungsi alat sebelum digunakan 2. Menimbang berat badan* a. Meletakkan timbangan di tempat yang datar atau tidak mudah bergoyang b. Menyetel timbangan pada angka nol c. Menimbang klien (pakaian tipis atau minimal). Klien berdiri di atas timbangan injak. d. Melihat jarum timbangan sampai berhenti / di tengah-tengah antara gerakan jarum ke kanan dan ke kiri, membaca angka yang ditunjukkan oleh jarum timbangan atau angka timbangan. e. Mencatat hasilnya 3. Mengukur tinggi badan* a. Menganjurkan klien untuk tidak memakai sandal / sepatu b. Menganjurkan klien berdiri tegak menghadap ke depan, punggung, pantat dan tumit menempel pada tiang pengukur c. Menurunkan batas atas pengukur sampai menempel di ubun-ubun		

<p>d. Membaca angka pada batas tersebut e. Mencatat hasilnya</p> <p>4. Mengukur lingkaran pergelangan tangan*</p> <p>a. Melingkarkan alat pengukur (metlin) pada pergelangan tangan, tidak longgar dan tidak ketat. b. Membaca angka pada pertemuan dengan angka nol. c. Membagi tinggi badan dengan lingkaran pergelangan tangan, untuk mengetahui perkiraan ukuran kerangka, d. Mencatat hasilnya</p> <p>5. Mengukur lingkaran lengan bagian tengah atas (MAC)*</p> <p>a. Merelaksasikan lengan non dominan klien b. Mengukur lingkaran pada titik tengah, antara ujung dari prosesus akromial skapula dan prosesus olekranon ulna, dengan menggunakan metlin, tidak longgar tidak ketat. c. Membaca angka pada pertemuan dengan angka nol. d. Mencatat hasilnya.</p> <p>6. Mengukur lipatan kulit tricep (TSF)*</p> <p>a. Memegang lipatan panjang dari kulit dan lemak kira-kira 1 cm dari titik tengah MAC dengan ibu jari dan jari tengah. Menempatkan jepitan dari jangka lengkungan lipatan kulit standar pada sisi lain dari lipatan lemak. b. Mengukur area anatomi lain : bisep, skapula, dan otot abdominal. c. Mencatat hasilnya.</p> <p>7. Mengukur lingkaran otot lengan bagian tengah atas*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menghitung dari pengukuran antropometrik MAC dan TSF. - $MAMC = MAC - (TSF \times 3,14)$. - Mencatat hasilnya. 		
<p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi hasil / respon klien 2. Mendokumentasikan hasilnya 3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat 5. Mencuci tangan 		

.....,

Evaluatur

.....

Kriteria Penilaian :

1. Lulus/kompeten : jika semua langkah-langkah prosedur dikerjakan semua.
2. Lulus dengan perbaikan/kurang kompeten : jika ada langkah-langkah selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.
3. Tidak lulus/tidak kompeten : jika ada salah satu langkah-langkah yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.

Tes 1

Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih satu jawaban paling benar!

- 1) Apakah yang dimaksud dengan pengukuran antropometri?
 - A. Pengukuran ukuran tubuh
 - B. Pengukuran perkembangan
 - C. Pengukuran fungsi sel tubuh
 - D. Pengukuran perkembangan motorik
- 2) Apakah salah satu tujuan pengukuran antropometri?
 - A. Mengetahui fungsi tubuh
 - B. Mengetahui perkembangan
 - C. Mengetahui kesiapan mental
 - D. Menentukan status gizi/nutrisi
- 3) Apakah alat yang digunakan untuk mengukur lipatan kulit tricep?
 - A. Metlin
 - B. Timbangan
 - C. Jangka skinfold
 - D. Pengukur lingkaran lengan atas
- 4) Dimanakah meletakkan alat pengukur untuk mengukur lingkaran lengan bagian tengah atas?
 - A. Pergelangan tangan
 - B. Pangkal lengan atas
 - C. Pertengahan lengan atas
 - D. Pertengahan lengan bawah
- 5) Bagaimana cara membaca jarum timbangan dalam menentukan hasil penimbangan berat badan menggunakan timbangan injak?
 - A. Melihat jarum timbangan yang bergerak pertama kali ke arah kiri
 - B. Melihat jarum timbangan yang bergerak pertama kali ke arah kanan

✂ ■ Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

- C. Melihat jarum timbangan yang bergerak pertama kali ke arah kiri ditambah ke arah kanan
- D. Melihat jarum timbangan sampai berhenti/di tengah-tengah antara gerakan jarum ke kanan dan ke kiri

Sekarang anda telah selesai mengerjakan tes 1, cocokkanlah jawaban anda dengan format penilaian praktikum tindakan keperawatan memasang infus yang terdapat pada bagian akhir kegiatan praktikum ini dan berilah nilai untuk mengetahui tingkat penguasaan anda. Kalau anda lulus, anda dapat meneruskan ke kegiatan praktikum 2, tetapi kalau anda lulus dengan perbaikan atau tidak lulus, anda harus mengulang kegiatan praktikum 1, terutama bagian yang belum anda kuasai.

Kegiatan Praktikum 2

Tindakan Keperawatan Membantu Klien Makan Sendiri

Bacalah dan pahami materi pada kegiatan praktikum ini yang berisi tentang tindakan keperawatan membantu klien makan sendiri!

Membantu Klien Makan Sendiri

1. Pengertian :
Membantu klien makan sendiri adalah membantu klien yang secara fisik mampu untuk makan nutrisi oral sendiri.
2. Tujuan :
 - a. Untuk mempertahankan status nutrisi klien.
 - b. Klien berpartisipasi kooperatif dalam makan.
3. Peralatan :
 - a. Peralatan makan : sendok, garpu, piring, mangkuk, gelas, sedotan
 - b. Serbet
 - c. Makanan dan minuman dalam tempatnya
 - d. Baki / Table stand
 - e. Air cuci tangan dalam tempatnya.
4. Langkah-langkah :
 - a. Tahap pra interaksi :
 - 1) Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
 - 2) Cuci tangan
 - 3) Siapkan alat
 - b. Tahap orientasi :
 - 1) Beri salam, panggil klien dengan namanya
 - 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya
 - c. Tahap kerja :
 - 1) Siapkan baki atau table stand, letakkan peralatan makan (sendok, garpu, sedotan, serbet), serta makanan dan minuman dalam tempatnya di atas baki atau table stand.
 - 2) Tanyakan apakah klien siap makan
 - 3) Atur posisi klien (duduk di atas tempat tidur dan bersandar/duduk di sisi tempat tidur/duduk di kursi)
 - 4) Tempatkan/atur makanan di depan klien
 - 5) Letakkan serbet di dada atau di atas paha.
 - 6) Beritahu klien tidak minum seluruh cairan di awal makan.

✂ ■ **Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2** ✂ ■

- 7) Gunakan makanan sebagai kesempatan untuk memberi pendidikan pada klien (topik yang berhubungan dengan nutrisi, latihan post operasi, perencanaan pulang)
 - 8) Persilakan klien makan, dan perawat kembali setelah 10 – 20 menit
 - 9) Bantu klien untuk mencuci tangan dan perawatan mulut
 - 10) Bantu klien pada posisi istirahat yang nyaman.
- d. Tahap terminasi :
- 1) Evaluasi hasil / respon klien
 - 2) Dokumentasikan hasilnya
 - 3) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - 4) Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
 - 5) Cuci tangan



Gambar. Membantu pasien makan sendiri

Bagus! anda telah menyelesaikan kegiatan praktikum 2. Untuk mengukur tingkat pemahaman dan ketrampilan anda, kerjakanlah tes 2 berikut ini! Anda sebaiknya tidak melihat penilaian ketrampilan terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan tes ini.

Latihan 2

Petunjuk : Demonstrasikan tindakan keperawatan membantu klien makan sendiri pada probandus!

FORMAT PENILAIAN PRAKTEK LABORATORIUM
MEMBANTU KLIEN MAKAN SENDIRI

Nama :

NIM :

ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A. Tahap Pra Interaksi		
1. Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien		

<ul style="list-style-type: none"> 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat 		
<p>B. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya 		
<p>C. Tahap Kerja</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan baki atau table stand, meletakkan peralatan makan (sendok, garpu, sedotan, serbet), serta makanan dan minuman dalam tempatnya di atas baki atau table stand. 2. Menanyakan apakah klien siap makan 3. Mengatur posisi klien (duduk di atas tempat tidur dan bersandar/duduk di sisi tempat tidur/duduk di kursi)* 4. Menempatkan/mengatur makanan di depan klien* 5. Meletakkan serbet di dada atau di atas paha. 6. Memberitahu klien tidak minum seluruh cairan di awal makan. 7. Menggunakan makanan sebagai kesempatan untuk memberi pendidikan pada klien (topik yang berhubungan dengan nutrisi, latihan post operasi, perencanaan pulang) 8. Mempersilakan klien makan, dan perawat kembali setelah 10 – 20 menit* 9. Membantu klien untuk mencuci tangan dan perawatan mulut 10. Membantu klien pada posisi istirahat yang nyaman. 		
<p>D. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi hasil / respon klien 2. Mendokumentasikan hasilnya 3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat 5. Mencuci tangan 		

.....,

Evaluator

.....

Kriteria Penilaian :

1. Lulus/kompeten : jika semua langkah-langkah prosedur dikerjakan semua.
2. Lulus dengan perbaikan/kurang kompeten : jika ada langkah-langkah selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.
3. Tidak lulus/tidak kompeten : jika ada salah satu langkah-langkah yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.

Tes 2

Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih satu jawaban paling benar!

- 1) Apakah yang dimaksud dengan membantu klien makan sendiri
 - A. Memberikan makanan kepada klien melalui selang sonde
 - B. Membantu keluarga klien memberikan makanan melalui selang sonde
 - C. Membantu klien yang secara fisik mampu untuk makan nutrisi oral sendiri
 - D. Membantu klien yang secara fisik tidak mampu untuk makan nutrisi oral sendiri
- 2) Bagaimana posisi klien yang mampu makan sendiri pada saat makan?
 - A. Posisi semi fowler
 - B. Posisi supine kepala 30-45 derajat
 - C. Posisi supine kepala diganjal bantal
 - D. Duduk di atas tempat tidur dan bersandar
- 3) Berapa lama kira-kira perawat meninggalkan klien untuk memberi kesempatan klien makan?
 - A. 5 menit
 - B. 20 menit
 - C. 1 jam
 - D. 2 jam

Sekarang anda telah selesai mengerjakan tes 2, cocokkanlah jawaban anda dengan format penilaian praktikum tindakan keperawatan memasang infus yang terdapat pada bagian akhir kegiatan praktikum ini dan berilah nilai untuk mengetahui tingkat penguasaan anda. Kalau anda lulus, anda dapat meneruskan ke kegiatan praktikum 3, tetapi kalau anda lulus dengan perbaikan atau tidak lulus, anda harus mengulang kegiatan praktikum 2, terutama bagian yang belum anda kuasai.

Kegiatan Praktikum 3

Tindakan Keperawatan Membantu Klien Yang Tidak Mampu Makan Sendiri (Menyuap)

Bacalah dan pahami materi pada kegiatan praktikum ini yang berisi tentang tindakan keperawatan membantu klien yang tidak mampu makan sendiri (menyuap)!

Membantu Klien Yang Tidak Mampu Makan Sendiri (Menyuap)

1. Pengertian :
Membantu klien makan sendiri adalah membantu klien yang secara fisik mampu untuk makan nutrisi oral sendiri.
2. Tujuan :
 - a. Untuk mempertahankan status nutrisi klien.
 - b. Klien berpartisipasi kooperatif dalam makan.
3. Peralatan :
 - a. Peralatan makan : sendok, garpu, piring, mangkok, gelas, sedotan
 - b. Serbet
 - c. Makanan dan minuman dalam tempatnya
 - d. Baki / Table stand
 - e. Air cuci tangan dalam tempatnya.
4. Langkah-langkah :
 - a. Tahap pra interaksi :
 - 1) Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
 - 2) Cuci tangan
 - 3) Siapkan alat
 - b. Tahap orientasi :
 - 1) Beri salam, panggil klien dengan namanya
 - 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya
 - c. Tahap kerja :
 - 1) Siapkan baki atau table stand, letakkan peralatan makan (sendok, garpu, sedotan, serbet), serta makanan dan minuman dalam tempatnya di atas baki atau table stand.
 - 2) Tanyakan apakah klien siap makan, dan potong makanan kecil-kecil
 - 3) Atur posisi klien (supinasi/semi fowler/fowler)
 - 4) Tempatkan/atur makanan di meja atau di depan klien
 - 5) Letakkan serbet di dada klien.
 - 6) Beri cairan sesuai permintaan. Beritahu klien tidak minum seluruh cairan di awal makan.

✂ ■ Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

- 7) Suapi klien sedikit demi sedikit
 - 8) Motivasi klien untuk menghabiskan porsi makannya
 - 9) Bicara pada klien selama makan
 - 10) Gunakan makanan sebagai kesempatan untuk memberi pendidikan pada klien (topik yang berhubungan dengan nutrisi, latihan post operasi, perencanaan pulang)
 - 11) Bantu klien untuk perawatan mulut
 - 12) Bantu klien pada posisi istirahat yang nyaman
- d. Tahap terminasi :
- 1) Evaluasi hasil / respon klien
 - 2) Dokumentasikan hasilnya
 - 3) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - 4) Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
 - 5) Cuci tangan



Gambar. Membantu pasien makan (menyuap)

Bagus! anda telah menyelesaikan kegiatan praktikum 3. Untuk mengukur tingkat pemahaman dan ketrampilan anda, kerjakanlah tes 3 berikut ini! Anda sebaiknya tidak melihat penilaian ketrampilan terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan tes ini.

Latihan 3

Petunjuk : Demonstrasikan tindakan keperawatan membantu klien yang tidak mampu makan sendiri (menyuap) pada probandus!

FORMAT PENILAIAN PRAKTEK LABORATORIUM
MEMBANTU KLIEN YANG TIDAK MAMPU MAKAN SENDIRI (MENYUAP)

Nama :

NIM :

ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A. Tahap Pra Interaksi 1. Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat		
B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya		
C. Tahap Kerja 1. Menyiapkan baki atau table stand, meletakkan peralatan makan (sendok, garpu, sedotan, serbet), serta makanan dan minuman dalam tempatnya di atas baki atau table stand. 2. Menanyakan apakah klien siap makan, dan potong makanan kecil-kecil 3. Mengatur posisi klien (supinasi/semi fowler/fowler)* 4. Menempatkan/mengatur makanan di meja atau di depan klien 5. Meletakkan serbet di dada klien. 6. Memberi cairan sesuai permintaan. Memberitahu klien tidak minum seluruh cairan di awal makan. 7. Menyuyapi klien sedikit demi sedikit* 8. Memotivasi klien untuk menghabiskan porsi makannya 9. Berbicara pada klien selama makan 10. Menggunakan makanan sebagai kesempatan untuk memberi pendidikan pada klien (topik yang berhubungan dengan nutrisi, latihan post operasi, perencanaan pulang) 11. Membantu klien untuk perawatan mulut 12. Membantu klien pada posisi istirahat yang nyaman		
D. Tahap Terminasi		

1. Mengevaluasi hasil / respon klien		
2. Mendokumentasikan hasilnya		
3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
4. Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat		
5. Mencuci tangan		

.....,

Evaluator

.....

Kriteria Penilaian :

1. Lulus/kompeten : jika semua langkah-langkah prosedur dikerjakan semua.
2. Lulus dengan perbaikan/kurang kompeten : jika ada langkah-langkah selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.
3. Tidak lulus/tidak kompeten : jika ada salah satu langkah-langkah yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.

Tes 3

Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih satu jawaban paling benar!

- 1) Apakah yang dimaksud dengan menyuap?
 - A. Memberikan makanan kepada klien melalui selang sonde
 - B. Membantu keluarga klien memberikan makanan melalui selang sonde
 - C. Membantu klien yang secara fisik mampu untuk makan nutrisi oral sendiri
 - D. Membantu klien yang secara fisik tidak mampu untuk makan nutrisi oral sendiri
- 2) Bagaimana posisi klien yang secara fisik tidak mampu untuk makan sendiri pada saat makan?
 - A. Semi fowler
 - B. Duduk di kursi
 - C. Berbaring tanpa bantal
 - D. Duduk, kaki di tepi tempat tidur

Kegiatan Praktikum 4

Tindakan Keperawatan Memberikan Makan Lewat Selang Sonde (Nasogastrik)

Bacalah dan pahami materi pada kegiatan praktikum ini yang berisi tentang tindakan keperawatan memberikan makan lewat selang sonde (nasogastrik)!

Memberikan makan lewat selang sonde (nasogastrik)

1. Pengertian :
Memberikan makan lewat selang sonde (nasogastrik) adalah memasukkan makanan cair atau obat melalui selang nasogastrik
2. Tujuan :
 - a. Mempertahankan status nutrisi
 - b. Memberikan obat
3. Peralatan :
 - a. Air matang
 - b. Makanan cair / obat
 - c. Corong
 - d. Spuit 5 cc atau 10 cc
 - e. Tisu
 - f. Perlak atau pengalas
 - g. Bengkok
 - h. Handschoon
4. Langkah-langkah :
 - a. Tahap pra interaksi :
 - 1) Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
 - 2) Cuci tangan
 - 3) Siapkan alat
 - b. Tahap orientasi :
 - 1) Beri salam, panggil klien dengan namanya
 - 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya
 - c. Tahap kerja :
 - 1) Jaga privacy pasien
 - 2) Atur posisi pasien dalam posisi semi fowler / fowler (jika tidak ada kontraindikasi).
 - 3) Pakai handschoon
 - 4) Pasang pengalas di atas dada
 - 5) Pastikan letak nasogastrik tube dengan cara mengaspirasi sekresi lambung dan cek residu lambung

❌ ■ Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2 ❌ ■

- 6) Pasang corong atau spuit
 - 7) Masukkan air matang, buka klem, tinggikan selang 30 cm dari hidung, klem kembali sebelum air habis atau isi kembali sebelum habis. Jika air sulit masuk, bantu dengan mendorong plunger spuit secara perlahan.
 - 8) Masukkan makanan cair, buka klem, tinggikan selang 30 cm dari hidung, klem kembali sebelum makanan habis atau isi kembali sebelum habis. Jika makanan sulit masuk, bantu dengan mendorong plunger spuit secara perlahan.
 - 9) Masukkan obat yang sudah diencerkan sesuai advis. Jika obat sulit masuk, bantu dengan mendorong plunger spuit secara perlahan.
 - 10) Masukkan air matang, buka klem, tinggikan selang 30 cm dari hidung, klem kembali sebelum air habis atau isi kembali sebelum habis. Jika air sulit masuk, bantu dengan mendorong plunger spuit secara perlahan.
 - 11) Tutup ujung nasogastrik dengan spuit atau klem
 - 12) Bersihkan sisa makanan pada pasien
 - 13) Rapikan pasien
- d. Tahap terminasi :
- 1) Evaluasi hasil / respon klien
 - 2) Dokumentasikan hasilnya
 - 3) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - 4) Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
 - 5) Cuci tangan



Gambar. Memberi makan lewat selang nasogastrik

Bagus! anda telah menyelesaikan kegiatan praktikum 4. Untuk mengukur tingkat pemahaman dan ketrampilan anda, kerjakanlah tes 4 berikut ini! Anda sebaiknya tidak melihat penilaian ketrampilan terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan tes ini.

Latihan 4

Petunjuk : Demonstrasikan tindakan keperawatan memberikan makan lewat selang sonde (nasogastrik) pada manikin!

Penilaian :

- Lulus/kompeten : jika semua langkah-langkah tindakan dikerjakan semua.
- Lulus dengan perbaikan/kurang kompeten : jika ada langkah-langkah tindakan selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.
- Tidak lulus/tidak kompeten : jika ada salah satu langkah-langkah tindakan yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.

FORMAT PENILAIAN PRAKTEK LABORATORIUM
MEMBERIKAN MAKAN LEWAT SELANG SONDE (NASOGASTRIK)

Nama :

NIM :

ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A. Tahap Pra Interaksi 1. Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat		
B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya		
C. Tahap Kerja 1. Menjaga privacy pasien 2. Mengatur posisi pasien dalam posisi semi fowler / fowler (jika tidak ada kontraindikasi). 3. Memakai handschoon 4. Memasang pengalas di atas dada 5. Memastikan letak nasogastrik tube dengan cara mengaspirasi sekresi lambung dan cek residu lambung.* 6. Memasang corong atau spuit.* 7. Memasukkan air matang, membuka klem, meninggikan selang 30 cm dari hidung, mengklem kembali sebelum air habis atau isi kembali sebelum habis. Jika air sulit masuk, bantu dengan mendorong plunger spuit secara perlahan.*		

<p>8. Memasukkan makanan cair, membuka klem, meninggikan selang 30 cm dari hidung, mengklem kembali sebelum makanan habis atau isi kembali sebelum habis. Jika makanan sulit masuk, bantu dengan mendorong plunger spuit secara perlahan.*</p> <p>9. Memasukkan obat yang sudah diencerkan sesuai advis. Jika obat sulit masuk, bantu dengan mendorong plunger spuit secara perlahan.</p> <p>10. Memasukkan air matang, membuka klem, meninggikan selang 30 cm dari hidung, mengklem kembali sebelum air habis atau isi kembali sebelum habis. Jika air sulit masuk, bantu dengan mendorong plunger spuit secara perlahan.*</p> <p>11. Menutup ujung nasogastrik dengan spuit atau klem*</p> <p>12. Membersihkan sisa makanan pada pasien</p> <p>13. Merapikan pasien</p>		
<p>D. Tahap Terminasi</p> <p>1. Mengevaluasi hasil / respon klien</p> <p>2. Mendokumentasikan hasilnya</p> <p>3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</p> <p>4. Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat</p> <p>5. Mencuci tangan</p>		

.....,

Evaluator

.....

Kriteria Penilaian :

1. Lulus/kompeten : jika semua langkah-langkah prosedur dikerjakan semua.
2. Lulus dengan perbaikan/kurang kompeten : jika ada langkah-langkah selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.
3. Tidak lulus/tidak kompeten : jika ada salah satu langkah-langkah yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.

Tes 4

Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih satu jawaban paling benar!

- 1) Bagaimana posisi klien saat pemberian makan lewat sonde jika tidak ada kontraindikasi?
 - A. Semi Fowler
 - B. Supine 30-40%
 - C. Berbaring tanpa bantal
 - D. Supine kepala diganjal bantal

- 2) Apakah cairan makanan yang pertama kali dimasukkan pada pemberian makan lewat selang sonde?
 - A. Obat
 - B. Susu
 - C. Makanan cair
 - D. Air putih matang

- 3) Bagaimana posisi selang saat makanan dimasukkan melalui selang sonde?
 - A. Sejajar dengan hidung
 - B. Ditinggikan 10 cm dari hidung
 - C. Ditinggikan 30 cm dari hidung
 - D. Ditinggikan 60 cm dari hidung

- 4) Bagaimana konsistensi makanan yang dimasukkan lewat selang sonde?
 - A. Cair
 - B. Lunak
 - C. Setengah padat
 - D. Padat

Sekarang anda telah selesai mengerjakan tes 4, cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban yang terdapat pada bagian akhir modul ini dan berilah nilai untuk mengetahui tingkat penguasaan anda. Kalau anda lulus, anda dapat meneruskan ke kegiatan praktikum 2, tetapi kalau anda lulus dengan perbaikan atau tidak lulus, anda harus mengulang kegiatan praktikum 4, terutama bagian yang belum anda kuasai.

Daftar Pustaka

- Craven,R.F., Hirnle,C.J., 2000., Fundamentals of Nursing : Human Health and Function., Third Edition., Philadelphia : JB. Lippincott Company.
- Potter,P.A., Perry,A.G., 1994., Clinical Nursing Skill & Techniques., Buku 1., Third Edition., St.Louis, Missouri : Mosby-Year. Book Inc.
- Potter,P.A., Perry,A.G., 1994., Clinical Nursing Skill & Techniques., Buku 2., Third Edition., St.Louis, Missouri : Mosby-Year. Book Inc.
- Potter,P.A., Perry,A.G., 2010., Fundamentals of Nursing : Fundamental Keperawatan., Buku 3., Edisi 7., Jakarta : EGC.
- Potter,P.A., Perry,A.G., 2000., Pocket Guide to Basic Skill and Procedures (3rd ed)., Toronto : Mosby.
- Potter,P.A., Perry,A.G., 2006., Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik., Edisi 4., Volume 2., Jakarta : EGC
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., 2002, Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth, Alih Bahasa : Monica Ester, Jakarta : EGC.

MODUL 4

PRAKTIKUM TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DAN PERAWATAN LUKA

Addi Mardi Harnanto, MN.

PENDAHULUAN

Selamat anda telah berhasil mempelajari Kebutuhan Dasar Manusia II modul 1 sampai 3 dan tentunya ini adalah upaya anda yang sungguh-sungguh dan serius. Selanjutnya, anda akan mempelajari modul 4 tentang praktikum “Tindakan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Integritas Kulit dan Perawatan Luka”.

Peran dan kompetensi perawat dalam tindakan keperawatan pemenuhan kebutuhan integritas kulit dan perawatan luka mutlak diperlukan, karena kulit merupakan mekanisme pertahanan tubuh primer yang mampu mencegah invasi mikroorganisme patogen. Dengan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan gangguan integritas kulit dan perawatan luka secara benar maka risiko akibat gangguan pemenuhan kebutuhan gangguan integritas kulit dan perawatan luka dapat dicegah atau diatasi secara cepat dan tepat.

Dalam modul 4 ini, anda akan mempelajari tentang praktikum tindakan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan gangguan integritas kulit dan perawatan luka.

Setelah mempelajari modul 4 ini, anda diharapkan mampu mendemonstrasikan tindakan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan Gangguan Integritas Kulit dan Perawatan Luka:

1. Mendemonstrasikan pengkajian pemeriksaan fisik integritas kulit dan luka.
2. Mendemonstrasikan Pencegahan Kerusakan Kulit (Skin breakdown prevention).
3. Mendemonstrasikan merawat luka/ mengganti balutan luka.
4. Mendemonstrasikan tindakan irigasi luka.
5. Mendemonstrasikan teknik melepas/ mengangkat jahitan (hecting up).

Pemahaman anda terhadap modul praktikum tindakan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan gangguan integritas kulit dan perawatan luka ini secara umum dapat diketahui bagaimana nanti anda dapat mendemonstrasikan setiap tindakan pada probandus maupun manikin di laboratorium keperawatan.

Agar anda dapat memahami modul praktikum ini dengan mudah, maka modul praktikum ini dibagi menjadi enam (5) kegiatan praktikum, yaitu :

✂ ■ Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

1. Kegiatan Praktikum 1 :
Membahas tentang tindakan keperawatan pengkajian pemeriksaan fisik integritas kulit dan luka, yang meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.
2. Kegiatan Praktikum 2 :
Membahas tentang tindakan keperawatan pencegahan kerusakan kulit (skin breakdown prevention), meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.
3. Kegiatan Praktikum 3 :
Membahas tentang tindakan keperawatan merawat luka/ mengganti balutan luka, meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.
4. Kegiatan Praktikum 4 :
Membahas tentang tindakan keperawatan irigasi luka, meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.
5. Kegiatan Praktikum 5 :
Membahas tentang tindakan keperawatan teknik melepas/ mengangkat jahitan (hecting up), meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.

Untuk memahami materi pada setiap kegiatan praktikum, anda dapat mempelajari modul praktikum ini secara berurutan dari kegiatan praktikum 1 sampai 5. Pada setiap kegiatan praktikum dalam modul praktikum ini, anda akan menemukan latihan dan tes, untuk itu jangan lupa mengerjakannya. Untuk menilai kemajuan belajar anda, sebaiknya anda tidak melihat penilaian ketrampilan dan kunci jawaban terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan tes.

Waktu untuk menyelesaikan modul praktikum ini adalah 8 minggu. Gunakan waktu tersebut dengan sebaik-baiknya. Anda dinyatakan berhasil apabila memperoleh nilai $\geq 75\%$ dapat menyelesaikan tugas yang diberikan.

Saya yakin anda dapat memahami modul ini dengan baik !

Selamat belajar Semoga berhasil!

Kegiatan Praktikum 1

Tindakan Keperawatan Pengkajian Pemeriksaan Fisik Integritas Kulit dan Luka

Mari kita bersama-sama mempelajari tindakan keperawatan pengkajian pemeriksaan fisik integritas kulit dan luka dengan metode inspeksi dan palpasi.

Pengkajian Pemeriksaan Fisik Integritas Kulit

1. Pengertian :
Pengkajian integritas kulit adalah pemeriksaan keutuhan sistem integumen dengan cara inspeksi dan palpasi.
2. Tujuan :
Mendapatkan data tentang integritas kulit dan luka yang meliputi:
 - a. Tanda-tanda kerusakan atau lesi pada kulit.
 - b. Warna kulit.
 - c. Warna membrane mukosa.
 - d. Penurunan turgor kulit.
 - e. Tekstur kulit.
 - f. Status higienitas.
 - g. Peningkatan atau penurunan pigmentasi atau discoloration.
 - h. Keluhan klien yang meliputi gatal, kesemutan (tingling) dan mati rasa (numbness).
2. Peralatan :
 - a. Lampu penerangan.
 - b. Selimut mandi.
 - c. Gown.
 - d. Sarung tangan disposibel yang bersih.
3. Langkah-langkah :
 - a. Tahap pra interaksi :
 - 1) Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
 - 2) Cuci tangan
 - 3) Siapkan alat
 - b. Tahap orientasi :
 - 1) Beri salam, panggil klien dengan namanya
 - 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya
 - c. Tahap kerja :
 - 1) Buka pakaian pasien (jika diperlukan) dan selimuti pasien dengan selimut mandi.
 - 2) Segera lakukan observasi dengan membandingkan warna kulit pasien dengan warna kulit normal sesuai dengan ras klien. Observasi adanya warna

keputihan (pallor), kemerahan (flushing), kekuningan (jaundice), keabuan (ashen) atau kebiru-biruan (cyanosis).

- 3) Bandingkan warna kulit klien dengan warna kulit normal sesuai dengan ras.
 - 4) Letakkan ibu jari atau punggung telapak tangan anda pada kulit klien untuk merasakan suhu pasien.
 - 5) Korelasikan ketidaknormalan perubahan warna kulit dengan suhu.
 - 6) Observasi area yang terlihat sangat kering, lembab, kerutan (wringkling), mengelupas (flaking) dan tekstur kulit secara umum.
 - 7) Cubit kulit klien dengan ibu jari dan jari telunjuk anda untuk mengobservasi pergerakan dan kecepatan pengembalian keposisi semula untuk mengkaji turgor kulit (status hidrasi dapat diindikasikan dari turgor atau elastisitas kulit).
 - 8) Tekan kulit pasien pada area ankle dengan ibu jari anda dan lepaskan. Setelah tekanan dilepaskan, lakukan observasi terhadap cekungan yang dihasilkan (1+ sampai 5+ mengindikasikan edema 1cm sampai dengan 5 cm).
 - 9) Pada saat memeriksa suhu dan tekstur kulit, catat respon pasien terhadap suhu panas, dingin, sentuhan dan tekanan.
 - 10) Observasi jumlah minyak, kelembapan dan kotoran pada permukaan kulit.
 - 11) Catat munculnya bau badan yang menyengat atau bau dari lipatan kulit.
 - 12) Observasi adanya ketombe dan rambut menggunakan sisir disposibel.
 - 13) Observasi area yang mengalami luka. Apabila memeriksa luka, gunakan sarung tangan (gloves).
 - 14) Cek adanya perubahan warna kulit (skin discolorations) diantaranya: ecchymosis, petechiae, purpura, erythema dan penurunan pigmentasi. Tanda-tanda ini menunjukkan adanya penyakit seperti leukemia, kekurangan vitamin atau haemophilia.
- d. Tahap Terminasi
- 1) Mengevaluasi hasil / respon klien
 - 2) Mendokumentasikan hasilnya
 - 3) Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - 4) Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat
 - 5) Mencuci tangan

Bagus! anda telah menyelesaikan kegiatan praktikum 1. Untuk mengukur tingkat pemahaman dan ketrampilan anda, kerjakanlah tes 1 berikut ini! Anda sebaiknya tidak melihat penilaian ketrampilan terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan tes ini.

Latihan 1

Demonstrasikan tindakan keperawatan pengkajian pemeriksaan fisik integritas kulit dan luka pada manikin atau probandus!

FORMAT PENILAIAN PRAKTIKUM

PENGAJIAN PEMERIKSAAN FISIK INTEGRITAS KULIT DAN LUKA

Nama :

NIM :

ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A. Tahap Pra Interaksi 1. Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat		
B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya		
C. Tahap Kerja 1. Buka pakaian pasien (jika diperlukan) dan selimuti pasien dengan selimut mandi. 2. Segera lakukan observasi dengan membandingkan warna kulit pasien dengan warna kulit normal sesuai dengan ras klien. Observasi adanya warna keputihan (<i>pallor</i>), kemerahan (<i>flushing</i>), kekuningan (<i>jaundice</i>), keabu-abuan (<i>ashen</i>) atau kebiru-biruan (<i>cyanosis</i>). 3. Bandingkan warna kulit klien dengan warna kulit normal sesuai dengan ras. 4. Letakkan ibu jari atau punggung telapak tangan anda pada kulit klien untuk merasakan suhu pasien. 5. Korelasikan ketidaknormalan perubahan warna kulit dengan suhu. 6. Observasi area yang terlihat sangat kering, lembab, kerutan (<i>wrinkling</i>), mengelupas (<i>flaking</i>) dan tekstur kulit secara umum. 7. Cubit kulit klien dengan ibu jari dan jari telunjuk anda untuk mengobservasi pergerakan dan kecepatan		

<p>pengembalian keposisi semula untuk mengkaji turgor kulit (status hidrasi dapat diindikasikan dari turgor atau elastisitas kulit).</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Tekan kulit pasien pada area ankle dengan ibu jari anda dan lepaskan. Setelah tekanan dilepaskan, lakukan observasi terhadap cekungan yang dihasilkan (1+ sampai 5+ mengindikasikan edema 1cm sampai dengan 5 cm). 9. Pada saat memeriksa suhu dan tekstur kulit, catat respon pasien terhadap suhu panas, dingin, sentuhan dan tekanan. 10. Observasi jumlah minyak, kelembapan dan kotoran pada permukaan kulit. 11. Catat munculnya bau badan yang menyengat atau bau dari lipatan kulit. 12. Observasi adanya ketombe dan ketubrukan rambut menggunakan sisir disposibel. 13. Observasi area yang mengalami luka. Apabila memeriksa luka, gunakan sarung tangan (<i>gloves</i>). 14. Cek adanya perubahan warna kulit (<i>skin discolorations</i>) diantaranya: ecchymosis, petechiae, purpura, erythema dan penurunan pigmentasi). Tanda-tanda ini menunjukkan adanya penyakit seperti leukemia, kekurangan vitamin atau haemophilia. 15. Merapikan klien 		
<p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi hasil / respon klien 2. Mendokumentasikan hasilnya 3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat 5. Mencuci tangan 		

.....,

Evaluator

.....

Kriteria Penilaian :

- 1. Lulus/kompeten : jika semua langkah-langkah prosedur dikerjakan semua.*
- 2. Lulus dengan perbaikan/kurang kompeten : jika ada langkah-langkah selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.*
- 3. Tidak lulus/tidak kompeten : jika ada salah satu langkah-langkah yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.*

Ringkasan

Pengkajian integritas kulit adalah pemeriksaan keutuhan sistem integumen dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Tujuan pengkajian integritas kulit adalah mendapatkan data tentang integritas kulit dan luka yang meliputi tanda-tanda kerusakan atau lesi pada kulit, warna kulit, warna membran mukosa, penurunan turgor kulit, tekstur kulit, status higienitas, peningkatan atau penurunan pigmentasi atau *discoloration*, keluhan klien yang meliputi gatal, kesemutan (*tingling*) dan mati rasa (*numbness*).

Tes 1

Petunjuk: Pilihlah jawaban yang paling benar dengan memberikan tanda silang (X) pada lembar jawaban yang telah disediakan pada lampiran modul ini!

- 1) Pemeriksaan fisik keutuhan sistem integumen dapat dilakukan dengan teknik
 - A. Palpasi.
 - B. Perkusi.
 - C. Auskultasi.
 - D. Radiologi.
- 2) Data yang tidak didapat dari hasil pemeriksaan fisik pengkajian integritas kulit adalah
 - A. Tanda pasti infeksi kulit.
 - B. Lesi pada kulit.
 - C. Warna kulit.
 - D. Warna membran mukosa, penurunan turgor kulit.
- 3) Alat yang tidak digunakan dalam pengkajian fisik kulit adalah
 - A. Lampu penerangan.
 - B. Selimut mandi.
 - C. Stetoskop.
 - D. Sarung tangan disposibel yang bersih.

- 4) Mencubit kulit klien dengan ibu jari dan jari telunjuk adalah prosedur untuk mengkaji
 - A. Turgor kulit.
 - B. Anemia.
 - C. Jaundice.
 - D. Edema.

- 5) Menekan kulit pasien pada area ankle dengan ibu jari anda dan melepaskannya adalah teknik untuk memeriksa
 - A. Turgor kulit.
 - B. Anemia.
 - C. Jaundice.
 - D. Edema.

Petunjuk Penulisan Laporan Praktik

Laporan praktikum berisikan seperti berikut:

- 1) Pendahuluan: memuat latar belakang dan tujuan praktikum.
- 2) Tinjauan Pustaka: memuat teori praktikum yang telah diketahui hingga saat ini.
- 3) Alat, bahan dan cara kerja: berisikan alat dan bahan yang digunakan, serta prosedur yang dilakukan.
- 4) Hasil dan pembahasan: berisikan hasil-hasil yang diperoleh dan membandingkan hasil-hasil penelitian terdahulu.
- 5) Kesimpulan.
- 6) Daftar pustaka.

Sekarang anda telah selesai mengerjakan tes 1, cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban yang terdapat pada bagian akhir modul ini dan berilah nilai untuk mengetahui tingkat penguasaan anda. Kalau anda lulus, anda dapat meneruskan ke kegiatan praktikum 2, tetapi kalau anda lulus dengan perbaikan atau tidak lulus, anda harus mengulang kegiatan praktikum 1, terutama bagian yang belum anda kuasai.

Kegiatan Praktikum 2

Tindakan Keperawatan Pencegahan Kerusakan Kulit (Skin breakdown prevention)

Nah, sekarang anda lanjutkan mempelajari tindakan keperawatan pencegahan kerusakan kulit (skin breakdown).

Pencegahan Kerusakan Kulit (Skin breakdown)

1. Pengertian
Pencegahan kerusakan kulit adalah tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencegah kerusakan kulit diantaranya luka tekan (pressure ulcer).
2. Tujuan :
 - a. Meningkatkan kesehatan integritas kulit.
 - b. Mencegah kerusakan pada kulit.
 - c. Mencegah resiko infeksi.
3. Peralatan :
 - a. Lotion kulit
 - b. Kasur anti tekanan (Pressure-relieving mattress)
 - c. Sarung tangan disposibel yang bersih.
4. Langkah-langkah :
 - a. Tahap pra interaksi :
 - 1) Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
 - 2) Cuci tangan
 - 3) Siapkan alat
 - b. Tahap orientasi :
 - 1) Beri salam, panggil klien dengan namanya
 - 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya
 - c. Tahap kerja :
 - 1) Inspeksi kulit secara reguler untuk mengkaji tanda-tanda iskemia, hiperemia dan area yang rusak.
 - 2) Rubah posisi tidur klien minimal dua (2) jam sekali untuk merotasi weight-bearing area.
 - 3) Lakukan masase kulit pasien dan pressure-prone areas jika kulit tidak memerah, ketika pasien merubah posisi. (Masase akan memperburuk kondisi kulit apabila dilakukan pada área yang memerah).
 - 4) Lumasi kulit yang kering menggunakan cream atau skin sealants untuk mencegah resiko kerusakan kulit.
 - 5) Gunakan lotion di area sakrum (sacrum), siku (elbows) dan tumit (heels) beberapa kali dalam sehari pada pasien tirah baring.

✂ ■ Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

- 6) Bersihkan kulit menggunakan air hangat dan bahan cleansing dengan mild pH-balanced.
 - 7) Lindungi kulit sehat dari skresi drainase.
 - 8) Gunakan bantalan pelindung pada siku dan tumit apabila diperlukan.
 - 9) Pertahankan bahan linen dalam keadaan bersih, kering dan tidak ada kerutan.
 - 10) Dorong pasien untuk melakukan latihan aktif atau latihan range of motion (ROM).
 - 11) Dorong pasien untuk mengkonsumsi makanan well-balance diit dengan mengkonsumsi makanan tinggi protein dan minum air putih yang banyak (jika tidak ada kontra indikasi).
 - 12) Ajarkan klien dan keluarga untuk mencegah daerah terkena tekanan dan mencegah pembentukan ulkus dekubitus (pressure ulcer).
 - 13) Rapikan klien.
- d. Tahap terminasi :
- 1) Evaluasi hasil / respon klien
 - 2) Dokumentasikan hasilnya
 - 3) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - 4) Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
 - 5) Cuci tangan

Bagus! anda telah menyelesaikan kegiatan praktikum 2. Untuk mengukur tingkat pemahaman dan ketrampilan anda, kerjakanlah tes 2 berikut ini! Anda sebaiknya tidak melihat penilaian ketrampilan terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan tes ini.

Latihan

Demonstrasikan tindakan keperawatan pencegahan kerusakan kulit pada probandus!

FORMAT PENILAIAN PRAKTIKUM

PENCEGAHAN KERUSAKAN KULIT

(SKIN BREAKDOWN PREVENTION)

Nama :

NIM :

ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
<p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat 		
<p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya 		
<p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi kulit secara reguler untuk mengkaji tanda-tanda iskemia, hiperemia dan area yang rusak. 2. Rubah posisi tidur klien minimal dua (2) jam sekali untuk merotasi <i>weight-bearing area</i>. 3. Lakukan masase kulit pasien dan <i>pressure-prone areas</i> jika kulit tidak memerah, ketika pasien merubah posisi. (Masase akan memperburuk kondisi kulit apabila dilakukan pada área yang memerah). 4. Lumasi kulit yang kering menggunakan cream atau skin sealants untuk mencegah resiko kerusakan kulit. 5. Gunakan lotion di area sakrum (<i>sacrum</i>), siku (<i>elbows</i>) dan tumit (<i>heels</i>) beberapa kali dalam sehari pada pasien tirah baring. 6. Bersihkan kulit menggunakan air hangat dan bahan cleansing dengan <i>mild pH-balanced</i>. 		

<ol style="list-style-type: none"> 7. Lindungi kulit sehat dari skresi drainase. 8. Gunakan bantalan pelindung pada siku dan tumit apabila diperlukan. 9. Pertahankan bahan linen dalam keadaan bersih, kering dan tidak ada kerutan. 10. Dorong pasien untuk melakukan latihan aktif atau latihan <i>range of motion</i> (ROM). 11. Dorong pasien untuk mengkonsumsi makanan well-balance diit dengan mengkonsumsi makanan tinggi protein dan minum air putih yang banyak (jika tidak ada kontra indikasi). 12. Ajarkan klien dan keluarga untuk mencegah daerah terkena tekanan dan mencegah pembentukan ulkus dekubitus (<i>pressure ulcer</i>). 13. Rapikan klien. 		
<p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi hasil / respon klien 2. Mendokumentasikan hasilnya 3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat 5. Mencuci tangan 		

.....,

Evaluator

.....

Kriteria Penilaian :

1. *Lulus/kompeten : jika semua langkah-langkah prosedur dikerjakan semua.*
2. *Lulus dengan perbaikan/kurang kompeten : jika ada langkah-langkah selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.*
3. *Tidak lulus/tidak kompeten : jika ada salah satu langkah-langkah yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.*

Ringkasan

Tindakan keperawatan pencegahan kerusakan kulit adalah tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencegah kerusakan kulit diantaranya luka tekan (pressure ulcer). Tujuan dari tindakan keperawatan pencegahan kerusakan kulit adalah meningkatkan kesehatan integritas kulit, mencegah kerusakan pada kulit dan mencegah resiko infeksi.

Tes 2

Petunjuk: Pilihlah jawaban yang paling benar dengan memberikan tanda silang (X) pada lembar jawaban yang telah disediakan pada lampiran modul ini!

- 1) Tujuan dari tindakan keperawatan pencegahan kerusakan kulit adalah untuk
 - A. Meningkatkan kesehatan integritas kulit.
 - B. Mengobati kerusakan pada kulit.
 - C. Memberikan terapi infeksi.
 - D. Meningkatkan sirkulasi darah.

- 2) Alat dan bahan yang tidak perlu disiapkan dalam tindakan keperawatan pencegahan kerusakan integritas kulit adalah
 - A. Lotion kulit.
 - B. Kasur anti tekanan (Pressure-relieving mattress).
 - C. Sarung tangan disposibel yang bersih.
 - D. Salep antibiotic topical.

- 3) Inspeksi kulit secara reguler adalah untuk mengkaji tanda-tanda
 - A. Turgor kulit.
 - B. Elastisitas.
 - C. Iskemia.
 - D. Kelembaban.

- 4) Membersihkan kulit sebaiknya menggunakan
 - A. Air hangat.
 - B. Air es.
 - C. Air dengan kandungan disinfektan.
 - D. Cairan fisiologis.

- 5) Menganjurkan klien untuk merubah posisi tidur setiap 2 jam adalah bertujuan untuk
 - A. Mencegah penekanan.
 - B. Memfasilitasi kerja jantung.
 - C. Memaksimalkan kapasitas paru.
 - D. Meminimalkan penggunaan energy.

Petunjuk Penulisan Laporan Praktik

Laporan praktikum berisikan seperti berikut:

- 1) Pendahuluan: memuat latar belakang dan tujuan praktikum.
- 2) Tinjauan Pustaka: memuat teori praktikum yang telah diketahui hingga saat ini.
- 3) Alat, bahan dan cara kerja: berisikan alat dan bahan yang digunakan, serta prosedur yang dilakukan.
- 4) Hasil dan pembahasan: berisikan hasil-hasil yang diperoleh dan membandingkan hasil-hasil penelitian terdahulu.
- 5) Kesimpulan.
- 6) Daftar pustaka.

Kegiatan Praktikum 3

Tindakan Keperawatan Merawat Luka/ Mengganti Balutan Luka

Sekarang, silakan anda pelajari tindakan keperawatan merawat luka/ mengganti balutan luka.

Merawat Luka/ Mengganti Balutan Luka

1. Pengertian :
Merawat luka/ mengganti balutan luka adalah adalah suatu tindakan keperawatan untuk mengganti balutan dalam perawatan luka untuk mencegah infeksi silang dengan cara menjaga agar luka tetap dalam keadaan bersih.
2. Tujuan :
 - a. Menghilangkan sekresi yang menumpuk dan jaringan mati pada luka insisi.
 - b. Mengurangi pertumbuhan mikroorganisme pada luka/insisi.
 - c. untuk membersihkan luka.
 - d. memberi rasa aman dan nyaman.
 - e. membantu mempercepat penyembuhan.
3. Peralatan :
 - a. Alat-alat yang steril:
 - 1) pinset anatomi 2 buah
 - 2) pinset chirurgi 1 buah
 - 3) gunting runcing bila ingin mengangkat jahitan
 - 4) kom kecil 2 buah masing-masing berisi: sublimate submencurothroom / alcohol atau kompres yang baru (menurut kebutuhan)
 - 5) kapas beberapa gelintir
 - 6) kain kasa secukupnya
 - 7) bengkok / kapas bersih di dalam bengkok
 - 8) potongan plastik (bila luka di kompres)
 - 9) duk penutup
 - b. Alat-alat yang tidak steril:
 - 1) Gunting
 - 2) Perban
 - 3) Plester
 - 4) pembalut
4. Langkah-langkah :
 - a. Tahap pra interaksi :
 - 1) Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
 - 2) Cuci tangan

- 3) Siapkan alat
- b. Tahap orientasi :
 - 1) Beri salam, panggil klien dengan namanya
 - 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan, dan instruksikan klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril.
 - 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya
- c. Tahap kerja :
 - 1) Cuci tangan.
 - 2) Kaji tingkat kenyamanan klien.
 - 3) Tinjau ulang instruksi penggantian balutan.
 - 4) Tutup ruangan atau tirai dan jendela.
 - 5) Posisikan klien di tempat yang nyaman, dan tutupi dengan selimut khusus untuk memaparkan area luka.
 - 6) Letakkan kantung sekali pakai di antara area kerja. Lipat ujungnya untuk membuat mangkuk.
 - 7) Gunakan masker dan pelindung mata (google) jika memungkinkan terjadi cipratan.
 - 8) Pakai sarung tangan sekali pakai, dan singkirkan selang, balutan atau tali.
 - 9) Angkat plester; tarik balutan searah paralel pada kulit menuju balutan; angkat plester yang masih melekat pada kulit.
 - 10) Dengan tangan yang masih memakai sarung tangan sekali pakai, buang semua kasa balutan dalam satu waktu, hati-hati agar tidak menarik drainase atau selang. Catatan pada pembukaan balutan adalah:
 - a. Jika balutan menempel pada balutan basah kering, jangan melembabkan balutan, tarik balutan dengan perlahan dan ingatkan klien atas ketidaknyamananyang mungkin akan diirasakan.
 - b. Jika balutan menempel di balutan kering, lembabkan dengan larutan saline lalu angkat.
 - 11) Observasi karakter dan jumlah drainase balutan dan penampakkan luka.
 - 12) Lipat balutan yang mengandung drainase, dan buka sarung tangan sekali pakai pada bagian luarnya. Dengan balutan kecil, buka sarung tangan dengan bagian dalam di luar. Buang sarung tangan dan balutan yang kotor pada kantung sekali pakai. Cuci tangan.
 - 13) Buka nampan balutan steril atau peralatan steril lainnya yang terpisah. Letakkan di meja atau troli di samping tempat tidur.
 - 14) Bersihkan luka (jika terdapat instruksi) dengan prosedur:
 - a. Tuang larutan yang diinstruksikan ke dalam tabung irigasi steril.
 - b. Pakai sarung tangan steril. Letakkan bantalan tahan air di bawah tubuh yang terdapat luka. Gunakan suntikan, alirkan larutan pada area luka.
 - c. Terus lakukan aliran irigasi hingga bersih.
 - d. Keringkan kulit dan sekitarnya.

❗ ■ Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2 ❗ ■

- e. Beberapa pembersih yang diresepkan dijadikan satu pada botol semprot. Semprotkan luka untuk membersihkan debris.
- 15) Berikan balutan
- a. Balutan Kering
 - Pakai sarung tangan steril.
 - Inspeksi penampilan, drain, drainase dan integritas pada kulit.
 - Bersihkan luka dengan larutan (bersihkan dari area yang terkontaminasi sedikit ke area yang paling terkontaminasi).
 - Keringkan area dengan kasa.
 - Berikan balutan kering steril yang menutupi luka.
 - Berikan penutup balutan jika diinstruksikan.
 - b. Balutan Basah
 - Pasang sarung tangan steril
 - Kaji penampilan area sekitar luka.
 - Bersihkan dasar luka dengan normal saline atau pembersih luka lainnya. Kaji dasar luka.
 - Lembabkan kasa dengan kasa yang diinstruksikan. Peras kelebihan larutan.
 - Letakkan satu lapis kasa langsung di atas permukaan luka. Jika luka dalam, masukkan balutan ke dasar luka dengan tangan atau forceps hingga semua permukaan luka kontak dengan kasa. Jika ada lorong luka, gunakan aplikator berujung kapas untuk meletakkan kasa pada area yang berlorong. Pastikan kasa tidak menyentuh kulit di sekitarnya.
 - Tutupi dengan kasa kering yang steril dan penutup balutan.
- 16) Fiksasi balutan
- a. Gunakan plester non alergi untuk memfiksasi balutan.
 - b. Gunakan teknik ikatan Montgomery:
 - Paparkan permukaan plester pada masing-masing ikatan.
 - Letakkan ikatan berlawanan dari balutan.
 - Letakkan plester tepat di atas kulit, atau gunakan barrier kulit.
 - Fiksasi balutan dengan meletakkan tali di atasnya.
 - c. Untuk balutan pada ekstremitas, fiksasi balutan dengan kasa gulung atau jarring elastis.
- 17) Buka sarung tangan dan buang ke kantong. Lepaskan masker dan pelindung mata.
- 18) Catat tanggal dan waktu penggantian balutan menggunakan tinta (bukan spidol) pada plester.
- 19) Rapihan semua alat dan cuci tangan.
- 20) Bantu klien ke posisi yang nyaman.

- d. Tahap terminasi :
- 1) Evaluasi hasil / respon klien
 - 2) Dokumentasikan hasilnya
 - 3) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - 4) Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
 - 5) Cuci tangan

Latihan 3

Demonstrasikan tindakan merawat luka/ mengganti balutan luka pada manikin atau probandus!

FORMAT PENILAIAN PRAKTIKUM

**TINDAKAN KEPERAWATAN MERAWAT LUKA/
MENGANTI BALUTAN LUKA**

Nama :

NIM :

ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
<p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat 		
<p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya 		
<p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan. 2. Kaji tingkat kenyamanan klien. 3. Tinjau ulang instruksi penggantian balutan. 4. Tutup ruangan atau tirai dan jendela. 5. Posisikan klien di tempat yang nyaman, dan tutupi dengan selimut khusus untuk memaparkan area luka. 		

<p>6. Letakkan kantung sekali pakai di antara area kerja. Lipat ujungnya untuk membuat mangkuk.</p> <p>7. Gunakan masker dan pelindung mata (google) jika memungkinkan terjadi cipratan.</p> <p>8. Pakai sarung tangan sekali pakai, dan singkirkan selang, balutan atau tali.</p> <p>9. Angkat plester; tarik balutan searah paralel pada kulit menuju balutan; angkat plester yang masih melekat pada kulit.</p> <p>10. Dengan tangan yang masih memakai sarung tangan sekali pakai, buang semua kasa balutan dalam satu waktu, hati-hati agar tidak menarik drainase atau selang. Catatan pada pembukaan balutan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jika balutan menempel pada balutan basah kering, jangan melembabkan balutan, tarik balutan dengan perlahandan ingatkan klien atas ketidaknyamananyang mungkin akan diirasakan. b. Jika balutan menempel di balutan kering, lembabkan dengan larutan saline lalu angkat. <p>11. Observasi karakter dan jumlah drainase balutan dan penampakkan luka.</p> <p>12. Lipat balutan yang mengandung drainase, dan buka sarung tangan sekali pakai pada bagian luarnya. Dengan balutan kecil, buka sarung tangan dengan bagian dalam di luar. Buang sarung tangan dan balutan yang kotor pada kantung sekali pakai. Cuci tangan.</p> <p>13. Buka nampan balutan steril atau peralatan steril lainnya yang terpisah. Letakkan di meja atau troli di samping tempat tidur.</p> <p>14. Bersihkan luka (jika terdapat instruksi) dengan prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tuang larutan yang diinstruksikan ke dalam tabung irigasi steril. b. Pakai sarung tangan steril. Letakkan bantalan tahan air di bawah tubuh yang terdapat luka. Gunakan suntikan, alirkan larutan pada area luka. c. Terus lakukan aliran irigasi hingga bersih. d. Keringkan kulit dan sekitarnya. 		
---	--	--

<p>e. Beberapa pembersih yang diresepkan dijadikan satu pada botol semprot. Semprotkan luka untuk membersihkan debris.</p> <p>2. Berikan balutan</p> <p>a. Balutan Kering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pakai sarung tangan steril. - Inspeksi penampilan, drain, drainase dan integritas pada kulit. - Bersihkan luka dengan larutan (bersihkan dari area yang terkontaminasi sedikit ke area yang paling terkontaminasi). - Keringkan area dengan kasa. - Berikan balutan kering steril yang menutupi luka. - Berikan penutup balutan jika diinstruksikan. <p>b. Balutan Basah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasang sarung tangan steril - Kaji penampilan area sekitar luka. - Bersihkan dasar luka dengan normal saline atau pembersih luka lainnya. Kaji dasar luka. - Lembabkan kasa dengan kasa yang diinstruksikan. Peras kelebihan larutan. - Letakkan satu lapis kasa langsung di atas permukaan luka. Jika luka dalam, masukkan balutan ke dasar luka dengan tangan atau forceps hingga semua permukaan luka kontak dengan kasa. Jika ada lorong luka, gunakan aplikator berujung kapas untuk meletakkan kasa pada area yang berlorong. Pastikan kasa tidak menyentuh kulit di sekitarnya. - Tutupi dengan kasa kering yang steril dan penutup balutan. <p>3. Fiksasi balutan</p> <p>a. Gunakan plester non alergi untuk memfiksasi balutan.</p> <p>b. Gunakan teknik ikatan Montgomery:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paparkan permukaan plester pada masing-masing ikatan. 		
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> - <i>Letakkan ikatan berlawanan dari balutan.</i> - <i>Letakkan plester tepat di atas kulit, atau gunakan barrier kulit.</i> - <i>Fiksasi balutan dengan meletakkan tali di atasnya.</i> <p><i>c. Untuk balutaan pada ekstremitas, fiksasi balutan dengan kasa gulung atau jarring elastis.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. <i>Buka sarung tangan dan buang ke kantong. Lepaskan masker dan pelindung mata.</i> 5. <i>Catat tanggal dan waktu penggantian balutan menggunakan tinta (bukan spidol) pada plester.</i> 6. <i>Rapikan semua alat dan cuci tangan.</i> 7. <i>Bantu klien ke posisi yang nyaman.</i> 		
<p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. <i>Mengevaluasi hasil / respon klien</i> 7. <i>Mendokumentasikan hasilnya</i> 8. <i>Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</i> 9. <i>Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat</i> 10. <i>Mencuci tangan</i> 		

.....,

Evaluator

.....

Kriteria Penilaian :

1. *Lulus/kompeten : jika semua langkah-langkah prosedur dikerjakan semua.*
2. *Lulus dengan perbaikan/kurang kompeten : jika ada langkah-langkah selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.*
3. *Tidak lulus/tidak kompeten : jika ada salah satu langkah-langkah yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.*

Sekarang anda telah selesai mengerjakan latihan pada kegiatan praktikum 3, cocokkanlah jawaban anda dengan format penilaian praktikum tindakan perawatan luka/ ganti balutan yang terdapat pada bagian akhir kegiatan praktikum ini dan berilah nilai untuk mengetahui tingkat penguasaan anda. Kalau anda lulus, anda dapat meneruskan ke kegiatan

praktikum 4, tetapi kalau anda lulus dengan perbaikan atau tidak lulus, anda harus mengulang kegiatan praktikum 3, terutama bagian yang belum anda kuasai.

Ringkasan

Merawat luka/ mengganti balutan luka adalah adalah suatu tindakan keperawatan untuk mengganti balutan dalam perawatan luka untuk mencegah infeksi silang dengan cara menjaga agar luka tetap dalam keadaan bersih. Tujuan prosedur ini adalah untuk menghilangkan sekresi yang menumpuk dan jaringan mati pada luka insisi, mengurangi pertumbuhan mikroorganisme pada luka/insisi, membersihkan luka, memberi rasa aman dan nyaman dan membantu mempercepat penyembuhan.

Tes 3

Petunjuk: Pilihlah jawaban yang paling benar dengan memberikan tanda silang (X) pada lembar jawaban yang telah disediakan pada lampiran modul ini!

- 1) Tujuan dari tindakan perawatan luka/ ganti balut adalah untuk
 - A. Menghilangkan sekresi yang menumpuk dan jaringan mati pada luka insisi.
 - B. Menggantikan tindakan pengobatan.
 - C. Menghentikan perdarahan.
 - D. Menstranfer keterampilan kepada klien.

- 2) Maksud menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada klien adalah
 - A. Agar klien dapat melaksanakan tindakan sendiri.
 - B. Agar klien kooperatif dalam tindakan.
 - C. Agar klien merasa diperhatikan.
 - D. Agar klien menyadari jika dirinya memiliki masalah kesehatan.

- 3) Tujuan menggunakan google saat melaksanakan perawatan luka adalah untuk ...
 - A. Mencegah percikan eksudat ke mata Perawat.
 - B. Mencegah kotaminasi droplet.
 - C. Meningkatkan ketajaman pandangan Perawat.
 - D. Mencegah airborne transmittion.

- 4) Kasa penutup luka setelah dibersihkan sebaiknya dalam kondisi
 - A. Kering.
 - B. Basah.
 - C. Lembab.
 - D. Lembut.

- 5) Teknik ikatan Montgomery adalah
- A. Paparkan permukaan plester pada masing-masing ikatan.
 - B. Letakkan ikatan satu arah dengan balutan.
 - C. Letakkan plester tepat di atas kulit dan jangan gunakan barrier kulit.
 - D. Fiksasi balutan dengan meletakkan tali di bawahnya.

Petunjuk Penulisan Laporan Praktik

Laporan praktikum berisikan seperti berikut:

- 1) Pendahuluan: memuat latar belakang dan tujuan praktikum.
- 2) Tinjauan Pustaka: memuat teori praktikum yang telah diketahui hingga saat ini.
- 3) Alat, bahan dan cara kerja: berisikan alat dan bahan yang digunakan, serta prosedur yang dilakukan.
- 4) Hasil dan pembahasan: berisikan hasil-hasil yang diperoleh dan membandingkan hasil-hasil penelitian terdahulu.
- 5) Kesimpulan.
- 6) Daftar pustaka.

Sekarang anda telah selesai mengerjakan tes 3, cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban yang terdapat pada bagian akhir modul ini dan berilah nilai untuk mengetahui tingkat penguasaan anda. Kalau anda lulus, anda dapat meneruskan ke kegiatan praktikum4, tetapi kalau anda lulus dengan perbaikan atau tidak lulus, anda harus mengulang kegiatan praktikum 3, terutama bagian yang belum anda kuasai.

Kegiatan Praktikum 4

Tindakan Keperawatan Irigasi Luka

Tindakan keperawatan selanjutnya adalah irigasi luka. Baca dan pelajari materi tersebut untuk menambah pemahaman anda.

Irigasi Luka

1. Pengertian :
Irigasi adalah salah satu metode membersihkan luka dengan cara menggunakan suntikan irigasi untuk mengalirkan cairan dengan tekanan rendah.
2. Tujuan :
 - a. Membersihkan debris dan eksudat luka.
 - b. Membersihkan luka terbuka dan dalam, luka pada bagian tubuh yang tidak dapat diakses seperti lubang telinga.
 - c. Mebersihkan luka pada bagian tubuh yang sensitive misalnya pada konjungtiva.
3. Peralatan dan bahan:
 - a. Zat yang digunakan untuk mengirigasi/ larutan pembersih (volume 1,2 sampai 2 kali dari volume luka yang diperkirakan).
 - b. Syringe 35 ml, irigasi steril dengan angiokateter halus steril atau jarum 19 gauge (Rolstad & Ovington dalam Perry & Potter, 2009).
 - c. Sarung tangan bersih.
 - d. Sarung tangan steril.
 - e. Perlak anti air, jika dibutuhkan.
 - f. Persediaan balutan.
 - g. Kantung anti air sekali pakai.
 - h. Gouwn, kaca mata, masker bila beresiko terciprat.
4. Langkah-langkah :
 - a. Tahap pra interaksi :
 - 1) Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
 - 2) Cuci tangan
 - 3) Siapkan alat
 - b. Tahap orientasi :
 - 1) Beri salam, panggil klien dengan namanya
 - 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya
 - c. Tahap kerja :
 - 1) Kaji tingkat nyeri klien, berikan analgetika yang diinstruksikan 30-45 menit sebelum dimulainya prosedur irigasi luka.
 - 2) Melihat kembali catatan medis terhadap instruksi pemberi layanan kesehatan untuk irigasi luka terbuka dan jenis cairan yang digunakan.

- 3) Kaji tanda dan gejala yang tercatat yang berhubungan dengan luka terbuka klien, diantaranya:
 - a) Kondisi kulit dan luka.
 - b) Peningkatan suhu tubuh.
 - c) Drainase luka (jumlah dan warna).
 - d) Bau.
 - e) Konsistensi drainase.
 - f) Ukuran luka, termasuk kedalamannya, panjang dan lebar.
- 4) Jelaskan prosedur irigasi luka dan pembersihannya.
- 5) Cuci tangan.
- 6) Berikan posisi yang nyaman bagi klien untuk memungkinkan gaya gravitasi terhadap aliran larutan irigasi melalui luka dan ke dalam wadah pengumpul. Posisikan klien sehingga klien berposisi vertikal terhadap wadah pengumpul.
- 7) Hangatkan larutan irigasi mendekati suhu tubuh.
- 8) Bentuk kantung anti air yang dapat dimasukkan ke dalam dan tempatkan di dekat tempat tidur.
- 9) Tutup pintu kamar atau tirai tempat tidur.
- 10) Memakai gown, masker dan kaca mata pelindung.
- 11) Pasang sarung tangan bersih, angkat balutan kotor dan buang ke kantong anti air. Buang sarung tangan.
- 12) Siapkan alat-alat dan buka set steril.
- 13) Pasang sarung tangan steril.
- 14) Irigasi luka dengan pembukaan lebar:
 - a) Mengisi syringe 35 ml dengan larutan irigasi.
 - b) Pasang jarum 19 gauge atau angiokateter.
 - c) Pegang ujung syringe 2,5 cm (1 inchi) di atas ujung luka yang paling atas dan disekitar luka yang telah dibersihkan.
 - d) Memberikan tekanan secara terus menerus, bilas luka. Ulangi langkah 14 a, b, c hingga larutan drainase masuk ke dalam wadah bersih.
- 15) Untuk mengirigasi luka dengan pembukaan yang sangat kecil:
 - a) Pasang angiokateter yang halus untuk mengisi syringe irigasi.
 - b) Lumasi ujung kateter dengan larutan irigasi. Dengan hati-hati, masukkan ujung kateter dan tarik sekitar 1 cm (0,5 inch).
 - c) Gunakan tekanan yang pelandan terus menerus, bilas luka.
 - d) Menjepit kateter di bawah syringe sambil menjaga kateter tetap di tempatnya.
 - e) Angkat dan isi kembali syringe. Hubungkan kembali dengan kateter, dan ulangi hingga larutan drainase yang mengalir ke dalam wadah terlihat bersih.
- 16) Ambil kultur jika diperlukan, setelah membersihkan larutan gram nonbakteriostatik.

- 17) Keringkan tepian luka dengan kasa.
 - 18) Lakukan tindakan penggantian balutan dengan tepat.
 - 19) Lepas sarung tangan, masker, kaca mata dan gown.
 - 20) Buang peralatan sekali pakaidan persediaan yang terlihat kotor.
 - 21) Cuci tangan.
 - 22) Bantu klien mengambil posisi yang nyaman.
 - 23) Kaji tipe jaringan pada dasar luka.
 - 24) Periksa baluutan secara berkala.
 - 25) Evaluasi integritas kulit.
 - 26) Amati klienakan tanda-tanda ketidaknyamanan.
 - 27) Amati adanya sisadari zat-zat yang mengirigasi.
- d. Tahap terminasi :
- 1) Evaluasi hasil / respon klien
 - 2) Dokumentasikan hasilnya
 - 3) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - 4) Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
 - 5) Cuci tangan

Anda telah menyelesaikan kegiatan praktikum 4. Untuk mengukur tingkat pemahaman dan ketrampilan anda, kerjakanlah latihan berikut ini! Anda sebaiknya tidak melihat penilaian ketrampilan terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan tes ini.

Latihan 4

Demonstrasikan tindakan keperawatan irigasi luka pada manikin!

FORMAT PENILAIAN PRAKTIKUM

IRIGASI LUKA

Nama :

NIM :

ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A. Tahap Pra Interaksi		
1. Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien		
2. Mencuci tangan		
3. Menyiapkan alat		

<p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya 		
<p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat nyeri klien, berikan analgesic yang diinstruksikan 30-45 menit sebelum dimulainya prosedur irigasi luka. 2. Melihat kembali catatan medis terhadap instruksi pemberi layanan kesehatan untuk irigasi luka terbuka dan jenis cairan yang digunakan. 3. Kaji tanda dan gejala yang tercatat yang berhubungan dengan luka terbuka klien, diantaranya: <ol style="list-style-type: none"> a. Kondisi kulit dan luka. b. Peningkatan suhu tubuh. c. Drainase luka (jumlah dan warna). d. Bau. e. Konsistensi drainase. f. Ukuran luka, termasuk kedalamannya, panjang dan lebar. 4. Jelaskan prosedur irigasi luka dan pembersihannya. 5. Cuci tangan. 6. Berikan posisi yang nyaman bagi klien untuk memungkinkan gaya gravitasi terhadap aliran larutan irigasi melalui luka dan ke dalam wadah pengumpul. Posisikan klien sehingga klien berposisi vertical terhadap wadah pengumpul. 7. Hangatkan larutan irigasi mendekati suhu tubuh. 8. Bentuk kantung anti air yang dapat dimasukkan ke dalam dan tempatkan di dekat tempat tidur. 9. Tutup pintu kamar atau tirai tempat tidur. 10. Memakai gown, masker dan kaca mata pelindung. 11. Pasang sarung tangan bersih, angkat balutan kotor dan buang ke kantong anti air. Buang sarung tangan. 12. Siapkan alat-alat dan buka set steril. 13. Pasang sarung tangan steril. 14. Irigasi luka dengan pembukaan lebar: <ol style="list-style-type: none"> a. Mengisi syringe 35 ml dengan larutan irigasi. b. Pasang jarum 19 gauge atau angiokateter. 		

<ul style="list-style-type: none"> c. Pegang ujung syringe 2,5 cm (1 inchi) di atas ujung luka yang paling atas dan disekitar luka yang telah dibersihkan. d. Memberikan tekanan secara terus meneru, bilas luka. Ulangi langkah 14 a, b, c hingga larutan drainase masuk ke dalam wadah bersih. 15. Untuk mengirigasi luka dengan pembukaan yang sangat kecil: <ul style="list-style-type: none"> a. Pasang angiokateter yang halus untuk mengisi syringe irigasi. b. Lumasi ujung kateter dengan larutan irigasi. Dengan hati-hati, masukkan ujung kateter dan tarik sekitar 1 cm (0,5 inch). c. Gunakan tekanan yang pelandan terus menerus, bilas luka. d. Menjepit kateter di bawah syringe sambil menjaga kateter tetap di tempatnya. e. Angkat da nisi kembali syringe. Hubungkan kembali dengan kateter, dan ulangi hingga larutan drainase yang mengalir ke dalam wadah terlihat bersih. 16. Ambil kultur jika diperlukan, setelah membersihkan larutan gram nonbakteriostatik. 17. Keringkan tepian luka dengan kasa. 18. Lakukan tindakan penggantian balutan dengan tepat. 19. Lepas sarung tangan, masker, kaca mata dan gown. 20. Buang peralatan sekali pakaidan persediaan yang terlihat kotor. 21. Cuci tangan. 22. Bantu klien mengambil posisi yang nyaman. 23. Kaji tipe jaringan pada dasar luka. 24. Periksa baluutan secara berkala. 25. Evaluasi integritas kulit. 26. Amati klienakan tanda-tanda ketidaknyamanan. 27. Amati adanya sisadari zat-zat yang mengirigasi. 		
<p>D. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. <i>Mengevaluasi hasil / respon klien</i> 2. <i>Mendokumentasikan hasilnya</i> 3. <i>Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</i> 		

4. Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat		
5. Mencuci tangan		

.....,

Evaluator

.....

Kriteria Penilaian :

1. *Lulus/kompeten : jika semua langkah-langkah prosedur dikerjakan semua.*
2. *Lulus dengan perbaikan/kurang kompeten : jika ada langkah-langkah selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.*
3. *Tidak lulus/tidak kompeten : jika ada salah satu langkah-langkah yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.*

Ringkasan

Irigasi adalah salah satu metode membersihkan luka dengan cara menggunakan suntikan irigasi untuk mengalirkan cairan dengan tekanan rendah. Tujuan irigasi luka adalah untuk membersihkan debris dan eksudat luka, membersihkan luka terbuka dan dalam luka pada bagian tubuh yang tidak dapat diakses seperti lubang telinga dan membersihkan luka pada bagian tubuh yang sensitif misalnya pada konjungtiva.

Tes 4

Petunjuk: Pilihlah jawaban yang paling benar dengan memberikan tanda silang (X) pada lembar jawaban yang telah disediakan pada lampiran modul ini!

- 1) Tujuan dari tindakan irigasi luka adalah untuk
 - A. membersihkan debris dan eksudat luka.
 - B. membersihkan luka tertutup.
 - C. membersihkan patah tulang.
 - D. Membersihkan luka operasi.

- 2) Alat yang dipakai untuk melakukan irigasi cairan ke luka adalah
 - A. Syringe 5 ml.
 - B. Syringe 10 ml.

- C. Syringe 35 ml.
 - D. Syringe 50 ml.
- 3) Pemberian analgetika yang diinstruksikan sebelum dimulainya prosedur irigasi luka sebaiknya dilakukan pada
- A. 30-45 menit.
 - B. 25-30 menit.
 - C. 15-25 menit.
 - D. 5 menit.
- 4) Cairan irigasi idealnya mendekati
- A. Suhu tubuh.
 - B. Suhu ruangan.
 - C. 10°C.
 - D. 50°C.
- 5) Pernyataan yang sesuai dengan prosedur pelaksanaan irigasi luka dengan pembukaan lebar adalah
- A. Pasang jarum 19 gauge atau angiokateter.
 - B. Pasang jarum 22 gauge atau angiokateter.
 - C. Pasang jarum 24 gauge atau angiokateter.
 - D. Pasang jarum 26 gauge atau angiokateter

Petunjuk Penulisan Laporan Praktik

Laporan praktikum berisikan seperti berikut:

- 1) Pendahuluan: memuat latar belakang dan tujuan praktikum.
- 2) Tinjauan Pustaka: memuat teori praktikum yang telah diketahui hingga saat ini.
- 3) Alat, bahan dan cara kerja: berisikan alat dan bahan yang digunakan, serta prosedur yang dilakukan.
- 4) Hasil dan pembahasan: berisikan hasil-hasil yang diperoleh dan membandingkan hasil-hasil penelitian terdahulu.
- 5) Kesimpulan.
- 6) Daftar pustaka.

Sekarang anda telah selesai mengerjakan tes 4, cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban yang terdapat pada bagian akhir modul ini dan berilah nilai untuk mengetahui tingkat penguasaan anda. Kalau anda lulus, anda dapat meneruskan ke kegiatan praktikum 5, tetapi kalau anda lulus dengan perbaikan atau tidak lulus, anda harus mengulang kegiatan praktikum 4, terutama bagian yang belum anda kuasai.

Kegiatan Praktikum 5

Tindakan Keperawatan Mengangkat Jahitan Luka

Pelajarilah tindakan keperawatan mengangkat jahitan luka.

Mengangkat Jahitan Luka

1. Pengertian
Membuka jahitan luka klien saat luka sudah mulai menutup dan terbentuk jaringan konektif atau berdasarkan instruksi medik.
2. Tujuan :
 - a) Mencegah terjadinya infeksi dari benang.
 - b) Mencegah tertinggalnya benang.
3. Peralatan :
 - a) Set angkat jahitan steril (pinset anatomis, kasa, dan lidi kapas).
 - b) Kasa steril tambahan atau bantalan penutup (kalau perlu).
 - c) Handscoen bersih dan handscoen steril.
 - d) Handuk.
 - e) Bethadine, alkohol 70%, kapas bulat, dan lidi kapas steril.
 - f) Nierbeken/bengkok.
 - g) Korentang steril.
 - h) Kantong plastik tempat sampah.
 - i) Baki instrumen/meja dorong dan perlak / pengalas.
4. Langkah-langkah :
 - a. Tahap pra interaksi :
 - 1) Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
 - 2) Cuci tangan
 - 3) Siapkan alat
 - b. Tahap orientasi :
 - 1) Beri salam, panggil klien dengan namanya
 - 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - 3) Beri kesempatan pada klien untuk bertanya
 - c. Tahap kerja :
 - 1) Mengkaji program/ instruksi medik untuk prosedur pengangkatan jahitan.
 - 2) Mengkaji jenis jahitan atau benang yang digunakan.
 - 3) Mengkaji lokasi dan kondisi luka.
 - 4) Mengkaji tingkat toleransi klien terhadap nyeri dan waktu pemberian obat anti nyeri terakhir.
 - 5) Mengkaji riwayat alergi terhadap obat atau plester.
 - 6) Menyiapkan dan mendekatkan peralatan.
 - 7) Membuka set angkat jahitan.

- 8) Menambahkan kasa steril dan lidi kapas steril secukupnya kedalam set ganti balut.
 - 9) Memakai handscoen bersih.
 - 10) Meletakkan handuk menutup bagian tubuh privasi klien yang terbuka.
 - 11) Meletakkan perlak dibawah luka.
 - 12) Mengatur posisi yang nyaman dan tepat untuk perawatan luka.
 - 13) Membuka plester searah tumbuhnya rambut dan membuka balutan secara hati-hati, masukkan balutan kotor kedalam kantong plastik yang sudah disediakan.
 - 14) Membuka handscoen bersih dan ganti dengan handscoen steril.
 - 15) Membersihkan sekitar luka dengan alkohol swab. Beri bethadine pada luka, dengan arah dari daerah bersih ke arah kotor.
 - 16) Memegang pinset anatomis dengan tangan yang tidak dominan dan gunting pada tangan yang dominan.
 - 17) Mengangkat simpul benang dengan pinset dan memasukkan ujung gunting disela-sela antara benang dengan kulit.
 - 18) Menggunting benang jahitan dan tarik secara perlahan-lahan.
 - 19) Menggunting sisa benang yang ada dengan prosedur yang sama satu-persatu, sambil diobservasi adanya luka jahitan yang masih belum tertutup.
 - 20) Membersihkan darah yang mengering pada daerah bekas jahitan dengan cairan antiseptic/ bethadine.
 - 21) Menutup luka dengan kasa steril, lalu fiksasi dengan plester.
 - 22) Membereskan alat-alat dan merapihkan klien.
5. Tahap terminasi :
- a. Evaluasi hasil/ respon klien
 - b. Dokumentasikan hasilnya
 - c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - d. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
 - e. Cuci tangan

Bagus! anda telah menyelesaikan kegiatan praktikum 5. Untuk mengetahui pemahaman dan ketrampilan anda, kerjakan latihan ini! Anda sebaiknya tidak melihat penilaian ketrampilan terlebih dahulu sebelum mengerjakan tes ini.

Latihan 5

Demonstrasikan tindakan keperawatan mengangkat jahitan luka pada manikin!

FORMAT PENILAIAN PRAKTIKUM

MENGANGKAT JAHITAN LUKA

Nama :

NIM :

ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A. Tahap Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat 		
B. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya 		
C. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji program/ instruksi onge untuk prosedur pengangkatan jahitan. 2. Mengkaji jenis jahitan atau benang yang digunakan. 3. Mengkaji lokasi dan kondisi luka. 4. Mengkaji tingkat toleransi klien terhadap nyeri dan waktu pemberian obat anti nyeri terakhir. 5. Mengkaji riwayat alergi terhadap obat atau plester. 6. Menyiapkan dan mendekatkan peralatan. 7. Membuka set angkat jahitan. 8. Menambahkan kasa steril dan lidi kapas steril secukupnya kedalam set ganti balut. 9. Memakai handscoen bersih. 10. Meletakkan handuk menutup bagian tubuh privasi klien yang terbuka. 11. Meletakkan perlak dibawah luka. 12. Mengatur posisi yang nyaman dan tepat untuk perawatan luka. 		

<ol style="list-style-type: none"> 13. Membuka plester searah tumbuhnya rambut dan membuka balutan secara hati-hati, masukkan balutan kotor kedalam kantong ongeri yang sudah disediakan. 14. Membuka handscoen bersih ongering dengan handscoen steril. 15. Membersihkan sekitar luka dengan ongeri swab. Beri bethadine pada luka, dengan arah dari daerah bersih ongeri kotor. 16. Memegang pinset anatomis dengan tangan yang tidak dominan dan gunting pada tangan yang dominan. 17. Mengangkat simpul benang dengan pinset dan memasukkan ujung gunting disela-sela antara benang dengan kulit. 18. Menggunting benang jahitan dan tarik secara perlahan-lahan. 19. Menggunting sisa benang yang ada dengan prosedur yang sama satu-persatu, sambil diobservasi adanya luka jahitan yang masih belum tertutup. 20. Membersihkan darah yang ongering pada daerah bekas jahitan dengan cairan antiseptic/ bethadine. 21. Menutup luka dengan kasa steril, lalu fiksasi dengan plester. 22. Membereskan alat-alat dan merapihkan klien. 		
<p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi hasil / respon klien 2. Mendokumentasikan hasilnya 3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat 6. Mencuci tangan 		

.....,

Evaluator

.....

Kriteria Penilaian :

1. Lulus/kompeten : jika semua langkah-langkah prosedur dikerjakan semua.
2. Lulus dengan perbaikan/kurang kompeten : jika ada langkah-langkah selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.
3. Tidak lulus/tidak kompeten : jika ada salah satu langkah-langkah yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.

Ringkasan

Mengangkat jahitan luka adalah membuka jahitan luka klien saat luka sudah mulai menutup dan terbentuk jaringan konektif atau berdasarkan instruksi medik. Tujuan prosedur ini adalah untuk mencegah terjadinya infeksi dari benang dan mencegah tertinggalnya benang.

Tes 5

Petunjuk: Pilihlah jawaban yang paling benar dengan memberikan tanda silang (X) pada lembar jawaban yang telah disediakan pada lampiran modul ini!

- 1) Tujuan prosedur mengangkat jahitan adalah untuk
 - A. mencegah terjadinya infeksi dari benang.
 - B. mencegah perdarahan.
 - C. mencegah peradangan.
 - D. mencegah komplikasi penyembuhan luka.
- 2) Membuka plester sebaiknya
 - A. searah tumbuhnya rambut.
 - B. mendekati pusat luka.
 - C. menjauhi pusat luka
 - D. ke arah proksimal.
- 3) Membersihkan area sekitar jahitan luka adalah menggunakan
 - A. Alcohol.
 - B. Betadin.
 - C. Nacl.
 - D. Perhidrol.
- 4) Memotong benang jahit adalah dengan mengangkat simpul benang dengan pinset dan memasukkan ujung gunting pada
 - A. disela-sela antara benang dengan kulit.
 - B. pada tengah-tengah simpul.
 - C. pada dua sisi simpul.
 - D. bebas di semua tempat.

- 5) Setelah benang jahitan diangkat, yang dilakukan terhadap luka adalah
- A. ditutup dengan kasa steril.
 - B. ditutup dengan kasa bersih.
 - C. ditutup dengan roll verband.
 - D. dibiarkan terbuka.

Petunjuk Penulisan Laporan Praktik

Laporan praktikum berisikan seperti berikut:

- 1) Pendahuluan: memuat latar belakang dan tujuan praktikum.
- 2) Tinjauan Pustaka: memuat teori praktikum yang telah diketahui hingga saat ini.
- 3) Alat, bahan dan cara kerja: berisikan alat dan bahan yang digunakan, serta prosedur yang dilakukan.
- 4) Hasil dan pembahasan: berisikan hasil-hasil yang diperoleh dan membandingkan hasil-hasil penelitian terdahulu.
- 5) Kesimpulan.
- 6) Daftar pustaka.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

1. A
2. A
3. C
4. A
5. D

Tes 2

1. A
2. D
3. C
4. A
5. A

Tes 3

1. A
2. B
3. A
4. C
5. A

Tes 4

1. A
2. C
3. A
4. A
5. A

Tes 5

1. A
2. A
3. A
4. A
5. A

Daftar Pustaka

- Craven, R.F. & Hirnle, C.J. (2000). *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function.*, Third Edition., Philadelphia : JB. Lippincott Company.
- Potter, P.A., Perry. A.G., & Ostendorf, W. (2014). *Clinical Nursing Skill & Techniques.* 8th Edition., St.Louis, Missouri : Mosby-Year. Book Inc.
- Potter, P.A. & Perry,A.G. (2010). *Fundamentals of Nursing: Fundamental Keperawatan.*, Buku 3., Edisi 7., Jakarta : EGC.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2000). *Pocket Guide to Basic Skill and Procedures (3rd ed).* Toronto: Mosby.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik.*, Edisi 4., Volume 2., Jakarta : EGC
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth*, Alih Bahasa: Monica Ester. Jakarta: EGC.
- Smith, S.F. (2004). *Clinical Nursing Skills. Basic To Advanced Skills.* New Jersey: Pearson Prentice Hall.

MODUL 5

PRAKTIKUM TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PSIKOSOSIAL

Addi Mardi Harnanto, MN.

PENDAHULUAN

Selamat anda telah berhasil mempelajari Kebutuhan Dasar Manusia II modul 1 sampai 4 dan tentunya ini adalah upaya anda yang sungguh-sungguh dan serius. Selanjutnya, anda akan mempelajari modul 5 tentang praktikum “Tindakan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Psikososial”.

Peran dan kompetensi perawat dalam tindakan keperawatan pemenuhan kebutuhan psikososial mutlak diperlukan, karena oksigen merupakan kebutuhan fisiologis yang penting. Dengan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan psikososial secara benar maka risiko akibat gangguan pemenuhan kebutuhan psikososial dapat dicegah atau diatasi secara cepat dan tepat.

Dalam modul5 ini, anda akan mempelajari tentang praktikum tindakan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan psikososial.

Setelah mempelajari modul 5 ini, anda diharapkan mampu mendemonstrasikan tindakan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan psikososial:

1. Mendemonstrasikan strategi membina hubungan saling percaya.
2. Mendemonstrasikan teknik memberikan penguatan (reinforcement) pada klien.
3. Mendemonstrasikan tindakan keperawatan pada klien dengann gangguan konsep diri.
4. Mendemonstrasikan tindakan perawatan jenazah.
5. Mendemonstrasikan tindakan keperawatan klien pada tahapan berduka.

Pemahaman anda terhadap modul praktikum tindakan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan psikososial ini secara umum dapat diketahui bagaimana nanti anda dapat mendemonstrasikan setiap tindakan pada probandus maupun manikin di laboratorium keperawatan.

Agar anda dapat memahami modul praktikum ini dengan mudah, maka modul praktikum ini dibagi menjadi lima (5) kegiatan praktikum, yaitu :

1. Kegiatan Praktikum 1:
Membahas tentang strategi membina hubungan saling percaya, yang meliputi pengertian, tujuandan langkah-langkah.
2. Kegiatan Praktikum 2:
Membahas tentang teknik memberikan penguatan (reinforcement) pada klien, meliputi pengertian, tujuan dan langkah-langkah.

3. Kegiatan Praktikum 3:
Membahas tentang tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan konsep diri, meliputi pengertian, tujuan dan langkah-langkah.
4. Kegiatan Praktikum 4 :
Membahas tentang tindakan perawatan jenazah, meliputi pengertian, tujuan, peralatan, dan langkah-langkah.
5. Kegiatan Praktikum 5 :
Membahas tentang tindakan keperawatan klien pada tahapan berduka, meliputi pengertian, tujuan dan langkah-langkah.

Untuk memahami materi pada setiap kegiatan praktikum, anda dapat mempelajari modul praktikum ini secara berurutan dari kegiatan praktikum 1 sampai 10. Pada setiap kegiatan praktikum dalam modul praktikum ini, anda akan menemukan tes, untuk itu jangan lupa mengerjakannya. Untuk menilai kemajuan belajar anda, sebaiknya anda tidak melihat penilaian ketrampilan terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan tes.

Waktu untuk menyelesaikan modul praktikum ini adalah 8 minggu. Gunakan waktu tersebut dengan sebaik-baiknya. Anda dinyatakan berhasil apabila memperoleh nilai $\geq 75\%$ dapat menyelesaikan tugas yang diberikan.

Saya yakin anda dapat memahami modul ini dengan baik !

Selamat belajar Semoga berhasil!

Kegiatan Praktikum 1

Strategi Membina Hubungan Saling Percaya

Mari kita bersama-sama mempelajari tindakan keperawatan strategi membina hubungan saling percaya antara Perawat dengan klien dan keluarga. Hubungan saling percaya kedua belah pihak merupakan prinsip dasar dalam berkomunikasi sehingga diharapkan mampu meningkatkan hubungan mutualisma dalam peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

Strategi Membina Hubungan Saling Percaya

1. Pengertian:
Membina hubungan saling percaya antara perawat, klien dan keluarga merupakan suatu upaya untuk meningkatkan kualitas komunikasi dengan tujuan mendapatkan data tentang perkembangan klien dan secara bersama-sama dapat menentukan intervensi keperawatan yang baik bagi klien.
2. Tujuan:
Klien dan keluarga dapat kooperatif dalam proses keperawatan.
3. Langkah-langkah:
 - a. Menyapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.
 - b. Memperkenalkan diri dengan sopan.
 - c. Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien.
 - d. Menjelaskan tujuan pertemuan.
 - e. Selalu menjaga sikap dan perbuatan yang jujur dan menepati janji.
 - f. Menunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya.
 - g. Memberikan perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.

Bagus! anda telah menyelesaikan kegiatan praktikum 1. Untuk mengukur tingkat pemahaman dan ketrampilan anda, kerjakanlah latihan berikut ini! Anda sebaiknya tidak melihat penilaian ketrampilan terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan tes ini.

Latihan 1

Demonstrasikan tindakan keperawatan strategi membina hubungan saling percaya pada probandus atau teman sendiri secara bergantian!

FORMAT PENILAIAN PRAKTIKUM

STRATEGI MEMBINA HUBUNGAN SALING PERCAYA

Nama :

NIM :

ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
1. Menyapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.		
2. Memperkenalkan diri dengan sopan.		
3. Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien.		
4. Menjelaskan tujuan pertemuan.		
5. Selalu menjaga sikap dan perbuatan yang jujur dan menepati janji.		
6. Menunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya.		
7. Memberikan perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.		

.....

Evaluator

.....

Kriteria Penilaian :

1. Lulus/kompeten : jika semua langkah-langkah prosedur dikerjakan semua.
2. Lulus dengan perbaikan/kurang kompeten : jika ada langkah-langkah selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.
3. Tidak lulus/tidak kompeten: jika ada salah satu langkah-langkah yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.

Ringkasan

Membina hubungan saling percaya antara perawat, klien dan keluarga merupakan suatu upaya untuk meningkatkan kualitas komunikasi dengan tujuan mendapatkan data tentang perkembangan klien dan secara bersama-sama dapat menentukan intervensi keperawatan yang baik bagi klien. Tujuan prosedur ini adalah klien dan keluarga dapat kooperatif dalam proses keperawatan.

Tes 1

Petunjuk: Pilihlah jawaban yang paling benar dengan memberikan tanda silang (X) pada lembar jawaban yang telah disediakan pada lampiran modul ini!

- 1) Tujuan utama prosedur membina hubungan saling percaya adalah
 - A. Klien kooperatif dalam proses keperawatan.
 - B. Klien merasa nyaman.
 - C. Klien merasa penurunan rasa nyeri.
 - D. Klien dapat menggunakan sumber-sumber yang ada di lingkungan.
- 2) Prosedur membina hubungan saling percaya sebaiknya dilaksanakan pada
 - A. Awal interaksi.
 - B. Fase kerja
 - C. Fase terminas.
 - D. Pada semua fase.
- 3) Pernyataan yang benar tentang prosedur membina hubungan saling percaya adalah
 - A. Perawat tidak harus memperkenalkan diri karena telah mengenakan *name tag*.
 - B. Perawat hanya dapat menyapa secara verbal.
 - C. Tidak perlu menanyakan nama panggilan klien.
 - D. Menunjukkan sikap empati kepada klien.
- 4) Contoh sikap empati pada klien adalah
 - A. Ikut menangis saat klien menangis.
 - B. Meratapi kondisi klien.

- C. Menjadi pendengar yang baik saat klien berbicara.
 - D. Menyalahkan tindakan klien.
- 5) Jika memanggil klien sebaiknya menggunakan
- A. nama lengkap.
 - B. nama panggilan.
 - C. tuan atau nyonya.
 - D. kawan.

Petunjuk Penulisan Laporan Praktik

Laporan praktikum berisikan seperti berikut:

- 1) Pendahuluan: memuat latar belakang dan tujuan praktikum.
- 2) Tinjauan Pustaka: memuat teori praktikum yang telah diketahui hingga saat ini.
- 3) Alat, bahan dan cara kerja: berisikan alat dan bahan yang digunakan, serta prosedur yang dilakukan.
- 4) Hasil dan pembahasan: berisikan hasil-hasil yang diperoleh dan membandingkan hasil-hasil penelitian terdahulu.
- 5) Kesimpulan.
- 6) Daftar pustaka.

Sekarang anda telah selesai mengerjakan tes 1, cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban yang terdapat pada bagian akhir modul ini dan berilah nilai untuk mengetahui tingkat penguasaan anda. Kalau anda lulus, anda dapat meneruskan ke kegiatan praktikum 2, tetapi kalau anda lulus dengan perbaikan atau tidak lulus, anda harus mengulang kegiatan praktikum 1, terutama bagian yang belum anda kuasai.

Kegiatan Praktikum 2

Tindakan Keperawatan Teknik Memberikan Penguatan (Reinforcement) pada Klien

Kita sering lupa memberikan pujian kepada klien saat klien mampu melaksanakan instruksi keperawatan kita. Hal ini akan menyebabkan klien tidak termotivasi melaksanakan instruksi-instruksi kita selanjutnya. Nah sekarang saatnya kita belajar memberikan teknik penguatan supaya klien merasa dihargai dan termotivasi serta kooperatif dalam menjalankan semua tindakan keperawatan. Baca dan pelajari materi tersebut untuk menambah pemahaman anda.

Teknik Memberikan Penguatan (Reinforcement) pada Klien

1. Pengertian:
Penguatan (reinforcement) adalah respon yang diberikan perawat, baik bersifat verbal ataupun nonverbal untuk mendorong klien mengadakan pengulangan suatu tindakan. Penguatan berpengaruh besar terhadap pembentukan sikap positif terhadap proses keperawatan dan bertujuan untuk meningkatkan perhatian klien terhadap keterlibatan dalam proses keperawatan. Dengan adanya penguatan, usaha klien merasa dihargai karena klien terdorong untuk terlibat dalam proses keperawatan. Selain itu penguatan dapat membina dan mengembangkan tingkah laku klien yang produktif.
2. Tujuan:
Penguatan (reinforcement) tersebut dimaksudkan sebagai ganjaran kepada klien agar lebih giat berpartisipasi dalam interaksi proses keperawatan.
3. Langkah-langkah :
 - a. Penguatan verbal
Biasanya diungkapkan atau diutarakan dengan menggunakan kata-kata pujian, penghargaan, persetujuan, dan sebagainya, misalnya “bagus, bagus sekali, betul, pintar, ya, seratus buat kamu.”
 - b. Penguatan nonverbal
 - 1) Penguatan dengan gerak isyarat.
Penguatan dengan gerak isyarat dapat dilakukan perawat dengan anggukan atau gelengan kepala, senyuman, kerut kening, acungan jempol, wajah mendung, wajah cerah, sorot mata yang sejuk bersahabat atau tajam menantang.
 - 2) Penguatan dengan pendekatan.
Penguatan dengan pendekatan dapat digunakan perawat untuk mendekati klien guna menyatakan perhatian terhadap tingkah laku atau penampilan klien. Misalnya perawat berdiri di samping klien, berjalan menuju klien,

duduk dekat seorang atau sekelompok klien, atau berjalan di sisi klien. Penguatan ini berfungsi menambah penguatan verbal.

- 3) Penguatan dengan sentuhan (contact).
Perawat dapat menyatakan persetujuan dan penghargaan terhadap usaha dan penampilan klien dengan cara menepuk-nepuk bahu atau pundak klien, berjabat tangan, mengangkat tangan klien yang telah berhasil melaksanakan suatu intervensi keperawatan misalnya dapat menghabiskan porsi makanan sesuai dengan terapi diitnya. Penggunaannya harus dipertimbangkan dengan saksama agar sesuai dengan usia, jenis kelamin siswa, dan latar belakang kebudayaan setempat. Sentuhan harus melalui persetujuan klien.
- 4) Penguatan dengan kegiatan yang menyenangkan.
Perawat dapat menggunakan kegiatan-kegiatan atau tugas-tugas yang disenangi oleh klien sebagai penguatan. Misalnya seorang klien yang menunjukkan kemajuan dalam suatu latihan fisik ditunjuk sebagai pengarah latihan bagi klien yang lain.
- 5) Penguatan berupa simbol atau benda.
Penguatan ini dilakukan dengan cara menggunakan berbagai simbol berupa benda seperti kartu bergambar, bintang plastik, lencana, ataupun komentar tertulis pada buku klien. Hal ini jangan terlalu sering digunakan agar tidak sampai terjadi kebiasaan klien mengharap sesuatu sebagai imbalan.
- 6) Tidak menyalahkan klien.
Jika klien memberikan jawaban yang hanya sebagian saja benar, perawat hendaknya tidak langsung menyalahkan klien. Dalam keadaan seperti ini perawat sebaiknya menggunakan atau memberikan penguatan tak penuh (partial). Umpamanya, bila seorang klien hanya memberikan jawaban sebagian benar, sebaiknya perawat menyatakan, "Ya, jawabanmu sudah baik, tetapi masih perlu disempurnakan," sehingga klien tersebut mengetahui bahwa jawabannya tidak seluruhnya salah dan ia mendapat dorongan untuk menyempurnakannya.

Anda telah menyelesaikan kegiatan praktikum 2. Untuk mengukur tingkat pemahaman dan ketrampilan anda, kerjakanlah latihan berikut ini! Anda sebaiknya tidak melihat penilaian ketrampilan terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan latihan ini.

Latihan 2

Demonstrasikan tindakan keperawatan teknik memberikan penguatan (reinforcement) pada probandus atau teman Anda secara bergantian!

FORMAT PENILAIAN PRAKTIKUM

TEKNIK MEMBERIKAN PENGUATAN (*REINFORCEMENT*)

PADA KLIEN

Nama :

NIM :

ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
1. Penguatan verbal		
2. Penguatan nonverbal		
3. Penguatan gerak isyarat.		
4. Penguatan pendekatan perawat mendekati klien untuk menyatakan perhatian dan kesenangannya terhadap suatu tindakan keperawatan.		
5. Penguatan dengan sentuhan (contact).		
6. Penguatan dengan kegiatan yang menyenangkan		
7. Penguatan berupa simbol atau benda.		
8. Tidak menyalahkan klien.		

.....

Evaluator

.....

Kriteria Penilaian :

1. Lulus/kompeten : jika semua langkah-langkah prosedur dikerjakan semua.
2. Lulus dengan perbaikan/kurang kompeten : jika ada langkah-langkah selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.
3. Tidak lulus/tidak kompeten : jika ada salah satu langkah-langkah yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.

Ringkasan

Penguatan (*reinforcement*) adalah respon yang diberikan perawat, baik bersifat verbal ataupun nonverbal untuk mendorong klien mengadakan pengulangan suatu tindakan. Penguatan berpengaruh besar terhadap pembentukan sikap positif terhadap proses keperawatan dan bertujuan untuk meningkatkan perhatian klien terhadap keterlibatan dalam proses keperawatan. Dengan adanya penguatan, usaha klien merasa dihargai karena klien terdorong untuk terlibat dalam proses keperawatan. Selain itu penguatan dapat membina dan mengembangkan tingkah laku klien yang produktif. Tujuan prosedur ini adalah sebagai ganjaran kepada klien agar lebih giat berpartisipasi dalam interaksi proses keperawatan.

Tes 2

Petunjuk: Pilihlah jawaban yang paling benar dengan memberikan tanda silang (X) pada lembar jawaban yang telah disediakan pada lampiran modul ini!

- 1) Penguatan (*reinforcement*) adalah respon yang diberikan perawat, baik bersifat verbal ataupun nonverbal untuk mendorong klien mengadakan
 - A. pengulangan suatu tindakan.
 - B. komunikasi yang efektif.
 - C. penerimaan keadaan.
 - D. Pendekatan.
- 2) Penguatan biasanya diungkapkan atau diutarakan dengan menggunakan kata-kata pujian. Contoh kata-kata pujian adalah
 - A. "Bagus."
 - B. "Jangan lakukan itu."
 - C. "Stop."
 - D. "Jangan ulangi lagi."
- 3) Penguatan dengan pendekatan dapat dilakukan dengan
 - A. Mendekati klien saat klien sedang melakukan latihan.
 - B. Memberikan barang yang disukai klien.

- C. Memanggil nama klien.
 - D. Memberikan tepuk tangan saat klien berhasil menyelesaikan aktivitas.
- 4) Contoh memberikan penguatan dengan sentuhan adalah
- A. Menepuk pundak.
 - B. Memukul ringan pada kepala.
 - C. Menarik telinga.
 - D. Menarik hidung.
- 5) Penguatan dengan cara menggunakan berbagai simbol tidak dapat dilakukan dengan berupa
- A. benda seperti kartu bergambar.
 - B. bintang plastik.
 - C. lencana.
 - D. makanan kesukaan walaupun melanggar diit.

Petunjuk Penulisan Laporan Praktik

Laporan praktikum berisikan seperti berikut:

- 1) Pendahuluan: memuat latar belakang dan tujuan praktikum.
- 2) Tinjauan Pustaka: memuat teori praktikum yang telah diketahui hingga saat ini.
- 3) Alat, bahan dan cara kerja: berisikan alat dan bahan yang digunakan, serta prosedur yang dilakukan.
- 4) Hasil dan pembahasan: berisikan hasil-hasil yang diperoleh dan membandingkan hasil-hasil penelitian terdahulu.
- 5) Kesimpulan.
- 6) Daftar pustaka.

Sekarang anda telah selesai mengerjakan tes 2, cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban yang terdapat pada bagian akhir modul ini dan berilah nilai untuk mengetahui tingkat penguasaan anda. Kalau anda lulus, anda dapat meneruskan ke kegiatan praktikum 3, tetapi kalau anda lulus dengan perbaikan atau tidak lulus, anda harus mengulang kegiatan praktikum 2, terutama bagian yang belum anda kuasai.

Kegiatan Praktikum 3

Tindakan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Konsep Diri

Nah, sekarang anda lanjutkan mempelajari tindakan keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Konsep Diri. Ingat, konsep diri terdiri dari lima komponen yaitu harga diri, gambaran diri, ideal diri, peran dan identitas.

Tindakan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Konsep Diri

1. Pengertian
Tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan konsep diri adalah tindakan perawat dalam membantu klien yang mengalami gangguan harga diri, gambaran diri, ideal diri, peran dan identitas sehingga klien memiliki kembali konsep diri yang ideal.
2. Tujuan:
Membantu klien mencapai konsep diri yang ideal.
3. Langkah-langkah :
 - a. Menyapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
 - b. Memperkenalkan diri dengan sopan
 - c. Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien
 - d. Menjelaskan tujuan pertemuan
 - e. Selalu menjaga sikap dan perbuatan yang jujur dan menepati janji
 - f. Menunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya
 - g. Memberikan perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien

Bagus! anda telah menyelesaikan kegiatan praktikum 3. Untuk mengukur tingkat pemahaman dan ketrampilan anda, kerjakanlah tes 3 berikut ini! Anda sebaiknya tidak melihat penilaian ketrampilan terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan tes ini.

Latihan 3

Demonstrasikan tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan konsep diri pada probandus atau teman Anda!

FORMAT PENILAIAN PRAKTIKUM

TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI

Nama :

NIM :

ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
1. Menyapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.		
2. Memperkenalkan diri dengan sopan.		
3. Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien.		
4. Menjelaskan tujuan pertemuan.		
5. Selalu menjaga sikap dan perbuatan yang jujur dan menepati janji.		
6. Menunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya.		
7. Memberikan perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.		

.....,

Evaluator

.....

Kriteria Penilaian :

1. Lulus/kompeten : jika semua langkah-langkah prosedur dikerjakan semua.
2. Lulus dengan perbaikan/kurang kompeten : jika ada langkah-langkah selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.
3. Tidak lulus/tidak kompeten : jika ada salah satu langkah-langkah yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.

Ringkasan

Tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan konsep diri adalah tindakan perawat dalam membantu klien yang mengalami gangguan harga diri, gambaran diri, ideal diri, peran dan identitas sehingga klien memiliki kembali konsep diri yang ideal. Tujuan prosedur ini adalah membantu klien mencapai konsep diri yang ideal.

Tes 3

Petunjuk: Pilihlah jawaban yang paling benar dengan memberikan tanda silang (X) pada lembar jawaban yang telah disediakan pada lampiran modul ini!

- 1) Seorang klien menyatakan malu rambutnya rontok karena kemoterapi adalah contoh gangguan konsep diri
 - A. Gambaran diri.
 - B. Idel diri.
 - C. Identitas.
 - D. Peran.
- 2) Tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan konsep diri adalah tindakan perawat dalam membantu klien yang mengalami gangguan harga diri, gambaran diri, ideal diri, peran dan identitas sehingga klien memiliki kembali konsep diri yang ideal. Tujuan prosedur ini adalah
 - A. membantu klien mencapai konsep diri yang ideal.
 - B. Membantu klien mencapai kebahagiaan.
 - C. Membantu klien mencapai kesenangan.
 - D. Membantu klien mencapai kesembuhan.
- 3) Tindakan yang tidak boleh dilakukan perawat pada klien dengan gangguan konsep diri adalah
 - A. Menyapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.
 - B. Memperkenalkan diri dengan sopan.
 - C. Menanyakan hanya nama lengkap klien.
 - D. Menjelaskan tujuan pertemuan.

- 4) Memberikan perhatian kepada klien dapat dilakukan dengan cara
 - A. Menyapa klien selalu dengan nama.
 - B. Selalu menggurui klien.
 - C. Menanyakan hanya nama lengkap klien.
 - D. Langsung menyalahkan klien apabila melakukan kesalahan.

- 5) Apabila melakukan kontrak dengan klien sebaiknya perawat
 - A. Selalu menepati janji.
 - B. Dapat merubah waktu sepihak.
 - C. Tidak usah memberitahukan kepada klien apabila berhalangan hadir.
 - D. Selalu berkomunikasi dengan klien apabila terjadi perubahan kontrak.

Petunjuk Penulisan Laporan Praktik

Laporan praktikum berisikan seperti berikut:

- 1) Pendahuluan: memuat latar belakang dan tujuan praktikum.
- 2) Tinjauan Pustaka: memuat teori praktikum yang telah diketahui hingga saat ini.
- 3) Alat, bahan dan cara kerja: berisikan alat dan bahan yang digunakan, serta prosedur yang dilakukan.
- 4) Hasil dan pembahasan: berisikan hasil-hasil yang diperoleh dan membandingkan hasil-hasil penelitian terdahulu.
- 5) Kesimpulan.
- 6) Daftar pustaka.

Sekarang anda telah selesai mengerjakan tes 3, cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban yang terdapat pada bagian akhir modul ini dan berilah nilai untuk mengetahui tingkat penguasaan anda. Kalau anda lulus, anda dapat meneruskan ke kegiatan praktikum 4, tetapi kalau anda lulus dengan perbaikan atau tidak lulus, anda harus mengulang kegiatan praktikum 3, terutama bagian yang belum anda kuasai.

Kegiatan Praktikum 4

Tindakan Keperawatan Perawatan Jenazah

Pelajarilah tindakan keperawatan perawatan jenazah. Perawatan jenazah dilakukan segera setelah klien dinyatakan meninggal dunia oleh dokter.

Perawatan Jenazah

1. Pengertian
Perawatan jenazah adalah perawatan klien setelah meninggal, perawatan termasuk menyiapkan jenazah untuk diperlihatkan pada keluarga, transportasi ke kamar jenazah dan melakukan disposisi (penyerahan) barang-barang milik klien.
2. Tujuan :
 - a. Penghormatan terhadap jenazah.
 - b. Jenazah menjadi bersih.
 - c. Jenazah dapat ditransport ke kamar jenazah tepat pada waktunya sesuai peraturan yang berlaku.
3. Peralatan :
 - a. Kasa
 - b. Kapas
 - c. Verband gulung
 - d. Kom berisi air hangat
 - e. Waslap
 - f. Pampers
 - g. Plester
 - h. Alat dokumentasi
 - i. Kartu identitas jenazah
 - j. Alat tenun
4. Langkah-langkah :
 - a. Tahap pra interaksi :
 - 1) Identifikasi kebutuhan/ indikasi pasien
 - 2) Siapkan alat
 - b. Tahap orientasi :
 - 3) Beri salam kepada keluarga klien
 - 4) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
 - 5) Beri kesempatan pada keluarga klien untuk bertanya
 - c. Tahap kerja :
 - 1) Cuci tangan dan mengenakan handscoon.
 - 2) Fasilitasi Dokter atau penyelenggara pelayanan kesehatan yang ditunjuk menjelaskan kematian dan dokumen pada saat kematian serta tindakan yang diambil.

- 3) Fasilitasi Dokter atau penyelenggara pelayanan kesehatan yang ditunjuk meminta otopsi. Otopsi terkadang diminta untuk kematian yang terjadi dalam situasi yang jelas.
- 4) Memvalidasi status donor organ atau jaringan yang diminta. Diberikan sifat sensitif dan kompleks pada setiap permintaan, hanya personel yang terlatih secara khusus yang membuat permintaan. Jaga sensitivitas personal, agama, kepercayaan budaya dalam proses tersebut.
- 5) Menyelenggarakan pelayanan keperawatan yang sensitif dan bermartabat bagi klien dan keluarga.
 - a) Catat jika Anda harus mengumpulkan segala jenis specimen.
 - b) Tanyakan apakah keluarga ingin berpartisipasi dalam persiapan jenazah. Jika tidak, tawarkan untuk membuat perencanaan untuk kelompok pendukung bagi keluarga (klien/pemimpin agama keluarga, personel pelayanan spiritual, ata ahli terapi kehilangan) selama persiapan jenazah.
 - c) Tanyakan tentang permintaan keluarga untuk persiapan jenazah, seperti mengenakan pakaian khusus atau perlengkapan keagamaan. Sadari bahwa praktik personal, keagamaan, atau budaya menentukan perlu atau tidaknya mencukur rambut pada wajah pria. Minta izin sebelum mencukur janggut.
 - d) Mengganti semua perlengkapan, tabung, dan selang non-permanen. Catat bahwa otopsi atau donor organ sering menciptakan pengecualian untuk pemindahan, sehingga perlu mengonsultasikan kebijakan agensi dalam situasi tersebut.
 - e) Membersihkan jenazah secara keseluruhan, menjaga standar keamanan untuk cairan tubuh dan kontaminasi ketika diindikasikan. Menyisir rambut klien, atau mempergunakan rambut palsu pribadi.
 - f) Menutup jenazah dengan kain bersih, menempatkan kepala diatas bantal, dan menempatkan tangan di luar kain penutup, jika memungkinkan. Tutup mata dengan memegangnya secara perlahan, tinggalkan gigi palsu dalam mulut untuk mempertahankan bentuk wajah dan tutup segala tanda trauma tubuh atau membungkusnya.
 - g) Mempersiapkan dan membersihkan lingkungan, mengharumkan ruangan jika diperlukan, dan menurunkan penerangan.
 - h) Tawarkan anggota keluarga pilihan untuk melihat jenazah, dan tanyakan jika mereka ingin Anda atau individu pendukung lainnya untuk menemani mereka. Hargai dan hormati pilihan individu.
 - i) Dukung individu yang berduka untuk mengucapkan selamat tinggal dengan cara mereka sendiri, antara lain: kata-kata, sentuhan, bernyanyi, ritual keagamaan atau doa.
 - j) Sediakan lingkungan yang bersifat pribadi dan tidak ramai. Kaji kebutuhan atau keinginan anggota keluarga akan kehadiran Anda pada waktu itu. Jika Anda tinggalkan, katakana pada mereka bagaimana menghubungi Anda.

■ Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2 ■

- k) Tentukan barang milik pribadi mana yang dipakaikan pada jenazah (misalnya symbol pernikahan atau keagamaan), dan memberikan barang pribadi lainnya kepada anggota keluarga. Dokumentasikan waktu, tanggal, deskripsi barang yang dipakai, dan siapa yang menerimanya. Simpan segala barang yang tidak sengaja tertinggal, dan hubungi keluarga untuk instruksi selanjutnya.
 - l) Gunakan identitas label nama pada jenazah, dan kain kafan sesuai dengan kebijakan agensi sebelum memindahkan jenazah. Ikuti prosedur keamanan untuk tindakan pencegahan cairan tubuh atau masalah kontaminasi.
 - m) Lengkapi dokumentasi dalam catatan keperawatan.
 - n) Menjaga kerahasiaan dan martabat ketika memindahkan jenazah ke lokasi lain; menutupi jenazah atau usungan dengan kain bersih.
- d. Tahap terminasi :
- 1) Evaluasi hasil / respon keluarga klien
 - 2) Dokumentasikan hasilnya
 - 3) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - 4) Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat

Bagus! anda telah menyelesaikan kegiatan praktikum 3. Untuk mengetahui pemahaman dan ketrampilan anda, kerjakan latihan ini! Anda sebaiknya tidak melihat penilaian ketrampilan terlebih dahulu sebelum mengerjakan tes ini.

Latihan 4

Demonstrasikan tindakan perawatan jenazah pada manikin atau probandus!

FORMAT PENILAIAN PRAKTIKUM

MERAWAT JENAZAH

Nama :

NIM :

ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
A. Tahap Pra Interaksi		
1. Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien		
2. Menyiapkan alat		
B. Tahap Orientasi		
1. Memberikan salam, panggil keluarga klien dengan namanya		

<ol style="list-style-type: none"> 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya 		
<p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan dan mengenakan <i>handscoon</i>. 2. Fasilitasi Dokter atau penyelenggara pelayanan kesehatan yang ditunjuk menjelaskan kematian dan dokumen pada saat kematian serta tindakan yang diambil. 3. Fasilitasi Dokter atau penyelenggara pelayanan kesehatan yang ditunjuk meminta otopsi. Otopsi terkadang diminta untuk kematian yang terjadi dalam situasi yang jelas. 4. Memvalidasi status donor organ atau jaringan yang diminta. Diberikan sifat sensitive dan kompleks pada setiap permintaan, hanya personel yang terlatih secara khusus yang membuat permintaan. Jaga sensitivitas personal, agama, kepercayaan budaya dalam proses tersebut. 5. Menyelenggarakan pelayanan keperawatan yang sensitive dan bermartabat bagi klien dan keluarga. <ol style="list-style-type: none"> a. Catat jika Anda harus mengumpulkan segala jenis specimen. b. Tanyakan apakah keluarga ingin berpartisipasi dalam persiapan jenazah. Jika tidak, tawarkan untuk membuat perencanaan untuk kelompok pendukung bagi keluarga (klien/pemimpin agama keluarga, personel pelayanan spiritual, ata ahli terapi kehilangan) selama persiapan jenazah. c. Tanyakan tentang permintaan keluarga untuk persiapan jenazah, seperti mengenakan pakaian khusus atau perlengkapan keagamaan. Sadari bahwa praktik personal, keagamaan, atau budaya menentukan perlu atau tidaknya mencukur rambut pada wajah pria. Minta izin sebelum mencukur janggut. d. Mengganti semua perlengkapan, tabung, dan selang non-permanen. Catat bahwa otopsi atau donor organ sering menciptakan pengecualian untuk pemindahan, 		

<p>sehingga perlu mengonsultasikan kebijakan agensi dalam situasi tersebut.</p> <ol style="list-style-type: none"> e. Membersihkan jenazah secara keseluruhan, menjaga standar keamanan untuk cairan tubuh dan kontaminasi ketika diindikasikan. Menyisir rambut klien, atau mempergunakan rambut palsu pribadi. f. Menutup jenazah dengan kain bersih, menempatkan kepala diatas bantal, dan menempatkan tangan di luar kain penutup, jika memungkinkan. Tutup mata dengan memegangnya secara perlahan; tinggalkan gigi palsu dalam mulut untuk mempertahankan bentuk wajah; tutup segala tanda trauma tubuh atau membungkusnya. g. Mempersiapkan dan membersihkan lingkungan, mengharumkan ruangan jika diperlukan, dan menurunkan penerangan. h. Tawarkan anggota keluarga pilihan untuk melihat jenazah, dan tanyakan jika mereka ingin Anda atau individu pendukung lainnya untuk menemani mereka. Hargai dan hormati pilihan individu. i. Dukung individu yang berduka untuk mengucapkan selamat tinggal dengan cara mereka sendiri, antara lain: kata-kata, sentuhan, bernyanyi, ritual keagamaan atau doa. j. Sediakan lingkungan yang bersifat pribadi dan tidak ramai. Kaji kebutuhan atau keinginan anggota keluarga akan kehadiran Anda pada waktu itu. Jika Anda tinggalkan, katakan pada mereka bagaimana menghubungi Anda. k. Tentukan barang milik pribadi mana yang dipakaikan pada jenazah (misalnya symbol pernikahan atau keagamaan), dan memberikan barang pribadi lainnya kepada anggota keluarga. Dokumentasikan waktu, tanggal, deskripsi barang yang dipakai, dan siapa yang menerimanya. Simpan segala barang yang tidak sengaja tertinggal, dan hubungi keluarga untuk instruksi selanjutnya. l. Gunakan identitas label nama pada jenazah, dan kain kafan sesuai dengan kebijakan agensi sebelum 		
--	--	--

<p>memindahkan jenazah. Ikuti prosedur keamanan untuk tindakan pencegahan cairan tubuh atau masalah kontaminasi.</p> <p>m. Lengkapi dokumentasi dalam catatan keperawatan.</p> <p>n. Menjaga kerahasiaan dan martabat ketika memindahkan jenazah ke lokasi lain; menutupi jenazah atau usungan dengan kain bersih.</p> <p>6. Lepas sarung tangan dan buang ke kantong ampah.</p> <p>7. Mencuci tangan.</p>		
<p>D. Tahap Terminasi</p> <p>7. Mengevaluasi hasil / respon klien</p> <p>8. Mendokumentasikan hasilnya</p> <p>9. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</p> <p>10. Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat</p>		

.....,

Evaluator

.....

Kriteria Penilaian :

1. Lulus/kompete : jika semua langkah-langkah prosedur dikerjakan semua.
2. Lulus dengan perbaikan/kurang kompete : jika ada langkah-langkah selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.
3. Tidak lulus/tidak kompeten: jika ada salah satu langkah-langkah yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.

Ringkasan

Perawatan jenazah adalah perawatan klien setelah meninggal, perawatan termasuk menyiapkan jenazah untuk diperlihatkan pada keluarga, transportasi ke kamar jenazah dan melakukan disposisi (penyerahan) barang-barang milik klien. Tujuan prosedur ini adalah untuk penghormatan terhadap jenazah, jenazah menjadi bersih dan jenazah dapat ditransport ke kamar jenazah tepat pada waktunya sesuai peraturan yang berlaku.

Tes 4

Petunjuk: Pilihlah jawaban yang paling benar dengan memberikan tanda silang (X) pada lembar jawaban yang telah disediakan pada lampiran modul ini!

- 1) Bukan merupakan tujuan prosedur perawatan jenazah adalah
 - A. untuk penghormatan terhadap jenazah.
 - B. jenazah menjadi bersih.
 - C. jenazah dapat ditransport ke kamar jenazah tepat pada waktunya sesuai peraturan yang berlaku.
 - D. jenazah dapat dibawa ke rumah duka secepatnya.

- 2) Yang berhak memberikan keterangan kematian resmi di rumah sakit adalah
 - A. Dokter.
 - B. Perawat.
 - C. Rohaniwan.
 - D. Keluarga klien.

- 3) Barang pribadi yang dilepaskan dari jenazah diserahkan kepada
 - A. keluarga.
 - B. rohaniwan.
 - C. staf instalasi forensik.
 - D. dokter yang bertanggung jawab terhadap klien.

- 4) Pemasangan label identitas jenazah dilakukan di
 - A. Ruang perawatan.
 - B. Unit forensik/ kamar jenazah.
 - C. Rumah duka.
 - D. Mobil jenazah.

- 5) Pernyataan yang benar tentang menutupi tubuh jenazah adalah
 - A. Jenazah tidak perlu ditutupi dengan kain sebelum 2 jam.
 - B. Sebelum ditutup, menempatkan kepala tanpa.
 - C. Tutup mata dengan plester secara perlahan.
 - D. Tutup segala tanda trauma tubuh atau membungkusnya.

Sekarang anda telah selesai mengerjakan tes 4, cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban yang terdapat pada bagian akhir modul ini dan berilah nilai untuk mengetahui tingkat penguasaan anda. Kalau anda lulus, anda dapat meneruskan ke kegiatan praktikum 5, tetapi kalau anda lulus dengan perbaikan atau tidak lulus, anda harus mengulang kegiatan praktikum 4, terutama bagian yang belum anda kuasai.

Petunjuk Penulisan Laporan Praktik

Laporan praktikum berisikan seperti berikut:

- 1) Pendahuluan: memuat latar belakang dan tujuan praktikum.
- 2) Tinjauan Pustaka: memuat teori praktikum yang telah diketahui hingga saat ini.
- 3) Alat, bahan dan cara kerja: berisikan alat dan bahan yang digunakan, serta prosedur yang dilakukan.
- 4) Hasil dan pembahasan: berisikan hasil-hasil yang diperoleh dan membandingkan hasil-hasil penelitian terdahulu.
- 5) Kesimpulan.
- 6) Daftar pustaka.

Kegiatan Praktikum 5

Tindakan Keperawatan Klien Pada Tahapan Berduka

Sekarang, silakan anda pelajari tindakan keperawatan klien pada tahapan berduka. Berduka terdiri dari lima tahap diantaranya menolak (denial), marah (anger), tawar menawar (bargaining), tertekan (depression), menerima (acceptance).

Tindakan Keperawatan Klien Pada Tahapan Berduka

1. Pengertian dan tujuan:

Tindakan keperawatan klien pada tahapan berduka adalah tindakan untuk membantu klien yang sedang mengalami tahapan berduka agar segera mencapai tahap penerimaan.

2. Langkah-langkah :

Tahap	Respon perilaku	Tindakan Keperawatan
Menolak (Denial)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menolak untuk percaya bahwa kehilangan terjadi. 2. Tidak siap menerima kenyataan, misal: menggunakan prostesis setelah kehilangan kaki 	<ul style="list-style-type: none"> - Beri support klien secara verbal untuk fungsi pencegahan - Periksa perilaku anda sendiri untuk meyakinkan bahwa anda tidak berbagi pada klien denial
Marah (Anger)	Klien atau keluarga bisa langsung marah kepada perawat atau staf rumah sakit, tentang kejadian yang normalnya tidak akan menggangukannya.	<ul style="list-style-type: none"> - Bantu klien mengerti bahwa marah adalah normal. - Cegah menarik diri atau membalas dendam dengan marah - Melengkapi susunan dan kesinambungan untuk meningkatkan perasaan aman. - Meminta klien mengontrol sebanyak mungkin tentang kehidupannya.
Tawar menawar (Bargaining)	<ul style="list-style-type: none"> - Mencari cara untuk menawar kehilangan. - Mengekspresikan perasaan bersalah atau takut akan hukuman 	<ul style="list-style-type: none"> - Mendengar dengan seksama, dan mendorong klien untuk bicara tentang perasaan bersalah dan rasa takut yang irasional

	terhadap dosa yang lalu, nyata atau imajinasinya	- Jika tepat, tawarkan spiritual support
Tertekan (Depresion)	<ul style="list-style-type: none"> - Berduka cita apa yang telah terjadi dan apa yang tidak dapat terjadi - Bisa berbicara dengan bebas (misal, tentang kehilangan yang lalu: kehilangan pekerjaan), atau bisa juga menarik diri 	<ul style="list-style-type: none"> - Ijinkan klien mengekspresikan perasaan sedihnya. - Lakukan komunikasi non verbal dengan duduk diam tanpa mengharapkan adanya percakapan - Tunjukkan perhatian dengan sentuhan
Menerima (Acceptance)	<ul style="list-style-type: none"> - Bisa menurunnya ketertarikan pada sekitarnya dan support seseorang - Mempunyai keinginan untuk memulai membuat rencana, misal: akan, prothesis, merencanakan kehidupan selanjutnya 	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu keluarga dan teman untuk mengerti klien menurunkan kebutuhan bersosialisasi dan butuh untuk kunjungan yang singkat dan tenang. - Beri semangat klien untuk berpartisipasi sebanyak mungkin dalam program terapi.

Latihan 5

Demonstrasikan tindakan fisioterapi dada pada probandus atau teman Anda!

FORMAT PENILAIAN PRAKTIKUM

TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN PADA TAHAPAN BERDUKA

Nama :

NIM :

ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
1. Menolak (<i>denial</i>)		
a. Beri support klien secara verbal untuk fungsi pencegahan		
b. Periksa perilaku anda sendiri untuk meyakinkan bahwa anda tidak berbagi pada klien denial.		

<p>2. Marah (<i>anger</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bantu klien mengerti bahwa marah adalah normal. b. Cegah menarik diri atau membalas dendam dengan marah c. Melengkapi susunan dan kesinambungan untuk meningkatkan perasaan aman. d. Meminta klien mengontrol sebanyak mungkin tentang kehidupannya. <p>3. Tawar menawar (<i>bargaining</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mendengar dengan seksama, dan mendorong klien untuk bicara tentang perasaan bersalah dan rasa takut yang irasional b. Jika tepat, tawarkan spiritual support <p>4. Tertekan (<i>depression</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ijinkan klien mengekspresikan perasaan sedihnya. b. Lakukan komunikasi non verbal dengan duduk diam tanpa mengharapkan adanya percakapan c. Tunjukkan perhatian dengan sentuhan <p>5. Menerima (<i>acceptance</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Membantu keluarga dan teman untuk mengerti klien menurunkan kebutuhan bersosialisasi dan butuh untuk kunjungan yang singkat dan tenang. b. Beri semangat klien untuk berpartisipasi sebanyak mungkin dalam program terapi. 		
--	--	--

.....

Evaluator

.....

Kriteria Penilaian:

1. Lulus/kompeten: jika semua langkah-langkah prosedur dikerjakan semua.
2. Lulus dengan perbaikan/kurang kompeten: jika ada langkah-langkah selain yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.
3. Tidak lulus/tidak kompeten: jika ada salah satu langkah-langkah yang diberi tanda bintang tidak dikerjakan.

Ringkasan

Tindakan keperawatan klien pada tahapan berduka adalah tindakan untuk membantu klien yang sedang mengalami tahapan berduka agar segera mencapai tahap penerimaan.

Tes 5

Petunjuk: Pilihlah jawaban yang paling benar dengan memberikan tanda silang (X) pada lembar jawaban yang telah disediakan pada lampiran modul ini!

- 1) Tindakan yang tepat bagi klien yang menolak untuk percaya bahwa kehilangan terjadi adalah
 - A. Bantu klien mengerti bahwa marah adalah normal.
 - B. Cegah menarik diri atau membalas dendam dengan marah.
 - C. Melengkapi susunan dan kesinambungan untuk meningkatkan perasaan aman.
 - D. Beri support klien secara verbal untuk fungsi pencegahan.

- 2) Klien atau keluarga bisa langsung marah kepada perawat atau staf rumah sakit dapat terjadi pada tahap
 - A. denial.
 - B. anger.
 - C. bargaining.
 - D. acceptance.

- 3) Membantu keluarga dan teman untuk mengerti klien menurunkan kebutuhan bersosialisasi dan butuh untuk kunjungan yang singkat dan tenang adalah tindakan perawat pada tahap
 - A. denial.
 - B. anger.
 - C. bargaining.
 - D. acceptance.

- 4) Mendengar dengan seksama, dan mendorong klien untuk bicara tentang perasaan bersalah dan rasa takut yang irasional adalah tindakan pada tahap
 - A. denial.
 - B. anger.
 - C. bargaining.
 - D. acceptance.

- 5) Mempunyai keinginan untuk memulai membuat rencana, misal: akan, prosthesis, merencanakan kehidupan selanjutnya adalah tanda klien sudah masuk tahap
- A. denial.
 - B. anger.
 - C. bargaining.
 - D. acceptance.

Petunjuk Penulisan Laporan Praktik

Laporan praktikum berisikan seperti berikut:

- 1) Pendahuluan: memuat latar belakang dan tujuan praktikum.
- 2) Tinjauan Pustaka: memuat teori praktikum yang telah diketahui hingga saat ini.
- 3) Alat, bahan dan cara kerja: berisikan alat dan bahan yang digunakan, serta prosedur yang dilakukan.
- 4) Hasil dan pembahasan: berisikan hasil-hasil yang diperoleh dan membandingkan hasil-hasil penelitian terdahulu.
- 5) Kesimpulan.
- 6) Daftar pustaka.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

1. A.
2. D.
3. D.
4. C.
5. B.

Tes 2

1. D.
2. A.
3. A.
4. A.
5. D.

Tes 3

1. A.
2. A.
3. C.
4. C.
5. A.

Tes 4

1. D.
2. A.
3. A.
4. A.
5. D.

Tes 5

1. D.
2. B.
3. B.
4. C.
5. D.

Daftar Pustaka

- American Psychological Association. (2004). *The Effects of Trauma Do Not Have to Last a Lifetime*. US: APA.
- Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2012). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. Canada: Addison Publishing Co.
- Carpenito, L.J. 2007. *Handbook of Nursing Diagnosis*. Toronto: Lippincot.
- Craven, R.F., Hirnle, C.J., 2000., *Fundamentals of Nursing : Human Health and Function.*, Third Edition., Philadelphia : JB. Lippincott Company.
- Culligan K : Spirituality and healing in medicine, *American Journal*, August 31, 1996.
- Elvira D. 2006. *Disfungsi Seksual pada Perempuan*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Emblen J.D, Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature, *Journal Professional Nursing* 8(1) :41, 1992.
- Gaskin S : The meaning of hope: implications for nursing practice and research, *Journal of Gerontology Nursing* , March 17, 1995.
- Hawari, D. (2008). *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Kübler-Ross, E. (1969) *On Death and Dying*, Routledge, [ISBN 0-415-04015-9](#)
- Miller J.F and Power MJ: Development of an instrument to measure hope, *Nurs Res* 37(1):6, 1988.
- O'neill DP and Kenny EK: Spirituality and chronic illness , *Image Journal Nursing Sch* 30(3):275, 1998.
- Pangkahila, W. 2005. *Disfungsi Seksual Pria*. Pusat Studi Andrologi dan Seksologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Potter, P.A., Perry. A.G., & Ostendorf, W. (2014). *Clinical Nursing Skill & Techniques*. 8th Edition., St.Louis, Missouri : Mosby-Year. Book Inc.
- Potter, P.A., Perry, A.G., (2010). *Fundamentals of Nursing: Fundamental Keperawatan.*, Buku 3., Edisi 7., Jakarta: EGC.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2000). *Pocket Guide to Basic Skill and Procedures* (3rd ed.), Toronto: Mosby.

- Satino. (2005). Konsep Kehilangan, Berduka, Kematian Dan Kebutuhan Spiritual. Jakarta: Depkes RI; Pusdiknakes.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., 2002, KePerawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth, Alih Bahasa : Monica Ester, Jakarta : EGC.
- Stoll, R.I (1979) Guidelines for spiritual assessment, American Journal of Nursing, 79, 1574-1577.
- Sundeen, S.J., Stuart, G.W., & Laraia, M.T. 2007. Stuart and Sundeen's Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Toronto: Mosb.
- Tarwoto dan Wartonah (2003). Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses KePerawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Toth, J.C. (1992) Faith in recovery: Spiritual support after an acute MI, Journal of Christian Nursing, 9(4), 28-31.
- Townsend, M. C. (2005). Essential of Psichiatric mental Hralth Nursing. (3rd Ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Wikipedia. (2015). Kematian. Tersedia pada: <https://id.wikipedia.org/wiki/Kematian>. On-line; 12 November 2015.
- Wilkinson, J.M., 2007., Buku Saku Diagnosis KePerawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC., Edisi 7., Jakarta : EGC.