



PRODI SARJANA KEPERAWATAN
FIKES UNSURYA

MODUL KETERAMPILAN DASAR KEPERAWATAN

Tahun Ajaran 2024 - 2025



Disusun Oleh:
Tim Pengajar

PRODI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS DIRGANTARA MARSEKAL SURYADARMA

2024



VISI DAN MISI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Visi

“Menjadi Center of Excellence dalam pendidikan ilmu kesehatan yang unggul dalam bidang kesehatan penerbangan tingkat nasional tahun 2030 dan tingkat internasional 2035”

Misi

1. Menyelenggarakan pendidikan ilmu kesehatan secara berkualitas dalam penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan penerbangan untuk menghasilkan lulusan yang mandiri, berkarakter, profesional, dan siap pakai di dunia kerja.
2. Menyelenggarakan penelitian yang berorientasi pada luaran yang berdampak pada kualitas hidup masyarakat dan khususnya di bidang kesehatan penerbangan.
3. Berperan aktif dalam mengembangkan program pengabdian kepada masyarakat dan membina masyarakat melalui kesehatan penerbangan serta berpartisipasi aktif, strategis melalui organisasi profesi, asosiasi pendidikan kesehatan dan pemerintah dibidang kesehatan.
4. Menyelenggarakan tata kelola dan tata pamong yang bertanggung jawab, akuntabel, transparan, dan kredibel.
5. Mengembangkan jejaring kerja sama dengan pemangku kepentingan untuk penguatan penyelenggaraan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

VISI DAN MISI

PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS

Visi

“Menjadi Center of Excellence dalam pendidikan Sarjana Keperawatan dan Program Profesi Ners yang unggul dalam bidang keperawatan gawat darurat dengan kekhususan keperawatan penerbangan di tingkat nasional tahun 2030 dan di tingkat internasional tahun 2035”.

Misi

1. Menyelenggarakan pendidikan keperawatan secara berkualitas dalam penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang keperawatan penerbangan untuk menghasilkan lulusan yang mandiri, berkarakter, professional dan siap pakai di dunia kerja.
2. Menyelenggarakan penelitian yang berorientasi pada luaran dan berdampak pada kualitas hidup masyarakat dan khususnya di bidang keperawatan penerbangan.
3. Berperan aktif dalam mengembangkan program pengabdian kepada masyarakat dan membina masyarakat melalui keperawatan penerbangan serta berpartisipasi aktif, strategis melalui organisasi profesi, asosiasi pendidikan keperawatan dan pemerintah dibidang kesehatan.
4. Menyelenggarakan tata kelola dan tata pamong yang bertanggung jawab, akuntabel, transparan, dan kredibel.
5. Mengembangkan jejaring kerja sama baik dalam dan luar negeri untuk penguatan penyelenggaraan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

KATA PENGANTAR

Segala Puji bagi Allah SWT atas karunia-Nya sehingga Buku Panduan Mata Kuliah Keterampilan Dasar Keperawatan ini bisa kami terbitkan sebagai panduan bagi dosen dan mahasiswa. Mata kuliah ini membahas tentang Keterampilan Dasar Keperawatan.

Setelah mempelajari mata kuliah Keterampilan Dasar Keperawatan, diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan tentang konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/ praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan manusia. Evaluasi dilakukan untuk menilai pencapaian kompetensi, dilakukan dengan menggunakan evaluasi formatif dan sumatif yang terdiri dari ujian Tengah semester (UTS) dan ujian akhir semester (UAS).

Jakarta, Januari 2024

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
Visi Misi Fakultas	iv
Visi Misi Prodi	v
Daftar Isi	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Deskripsi Modul	1
B. Capaian Pembelajaran Luaran (CPL) Program Studi	1
C. Capaian Pembelajaran Mata kuliah (CPMK).....	2
D. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (sub CPMK).....	2
E. Diagram Alur Pembelajaran Mata Kuliah.....	4
BAB II PROGRAM PEMBELAJARAN.....	5
A. Rencana Program Pembelajaran Persemester	5
B. Evaluasi Pembelajaran	24
1. Kreteria Penilaian... ..	24
2. Nilai Lulus Pratikum	25
3. Kriteria Boleh Mengikuti ujian	26
4. Aktifitas Pembelajaran.....	27
5. Aktivitas Pembelajaran Mingguan	30
C. Rincian Penugasan.....	42

Topik 1. <i>Konsep pengendalian infeksi dasar</i>	50
Topik 2. <i>Safe patient handling</i>	64
Topik 4. <i>Emerging di seases</i>	76
Topik 5. <i>Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital (TTV)</i>	80
Topik 8. <i>Pemeriksaan Fisik Head To Toe</i>	87
Topik 12. <i>Konsep integritas kulit</i>	107

Daftar Pustaka

PENDAHULUAN

A. Deskripsi Modul

Mata kuliah Keterampilan Dasar Keperawatan ini membahas tentang prosedur keperawatan yang menjadi dasar ilmiah dalam praktik keperawatan yang mencakup pengukuran tanda-tanda vital, pengkajian keperawatan dan pemeriksaan fisik, pengendalian infeksi dan prosedur pemberian medikasi serta perawatan luka. Mata kuliah ini memiliki bobot 4 SKS dengan rincian 1 SKS teori, 1 SKS praktikum dan 2 SKS praktik lapangan/ klinik. Berbagai pengalaman belajar akan diterapkan dalam mata kuliah ini, diantaranya *mini lecture*, *collaborative learning (CL)*, *small group discussion (SGD)*, *discovery learning (DL)*, *problem based learning (PBL)*, *video based learning (VBL)* dan praktik laboratorium mandiri melalui hybrid menggunakan *Elearning SPADA Hang Tuah Pekandaru* pada selama masa pandemi COVID-19. .

B. Capaian Pembelajaran Luaran (CPL) Program Studi

1. Bertaqwa kepada Tuhan YME, menunjukkan sikap profesional dan berkarakter, prinsip etik, perspektif hukum dan budaya dalam keperawatan (CPL 1)
2. Mampu menguasai IPTEK dan keterampilan umum pada bidang keilmuannya (CPL 2)
3. Mampu memahami dan menguasai konsep nilai-nilai kemanusiaan dan ilmu keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan berdasarkan pendekatan proses keperawatan(Pengetahuan) (CPL 3)
4. Mampu memberikan asuhan keperawatan secara profesional pada tatanan

laboratorium dan lapangan (klinik dan komunitas) untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan keselamatan klien yang peka budaya dan menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari system klien (CPL 4)

5. Mampu melaksanakan edukasi dengan keterampilan komunikasi dalam asuhan keperawatan dan informasi ilmiah (CPL 5)
6. Mampu meningkatkan keahlian profesional dibidang keperawatan melalui pembelajaran seumur hidup (CPL 9)

C. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

1. Menyusun rencana asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi keperawatan (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 5, CPL 9)
2. Mahasiswa diharapkan memiliki kemampuan professional dalam melakukan keterampilan dasar 111 profesi keperawatan(CPL 2, CPL 3, CPL 4)

D. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mengikuti proses pembelajaran selama 14 (empat belas) minggu mahasiswa diharapkan mampu:

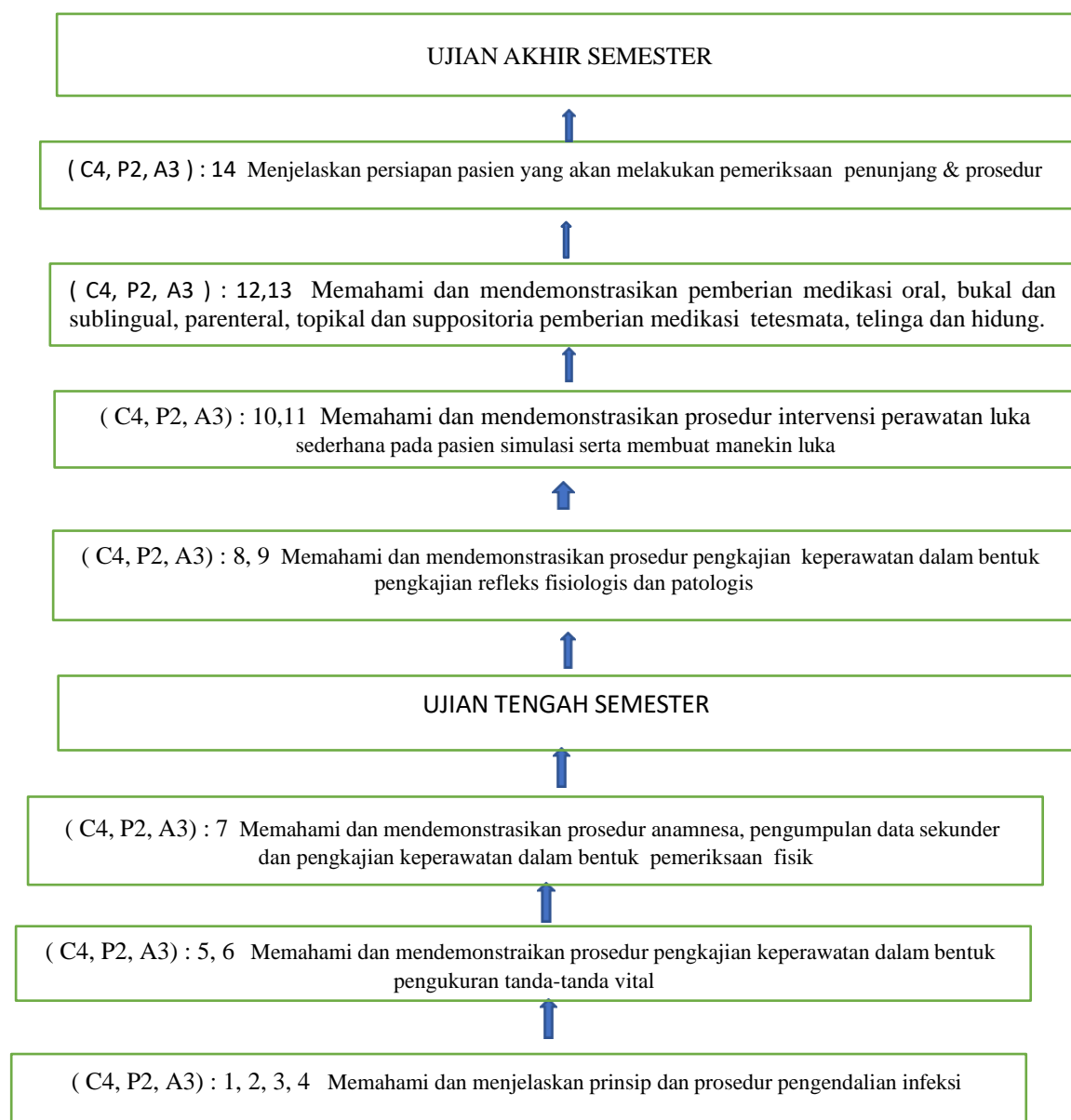
- A. Memahami dan menjelaskan prinsip dan prosedur pengendalian infeksi (C 4, P2,A3) (CPMK 1)
- B. Memahami dan mendemonstrasikan prosedur pengkajian keperawatan dalam bentuk pengukuran tanda-tanda vital (C 4, P2,A3) (CPMK 2)
- C. Memahami dan mendemonstrasikan prosedur anamnesa, pengumpulan

- data sekunder dan pengkajian keperawatan dalam bentuk pemeriksaan fisik (C 4, P2,A3) (CPMK 2)
- D. Memahami dan mendemonstrasikan prosedur pengkajian keperawatan dalam bentuk pengkajian refleks fisiologis dan patologis (C4, P2, A3). (CPMK 2)
- E. Menjelaskan persiapan pasien yang akan melakukan pemeriksaan penunjang & prosedur persiapannya (C 4, P2, A3). (CPMK 1)
- F. Memahami dan menjelaskan prinsip dan prosedur *patient safety* (C 4, P2, A3). (CPMK 1)
- G. Memahami dan mendemonstrasikan pemberian medikasi oral, bukal dan sublingual, parenteral, topikal dan suppositoria pemberian medikasi tetesmata, telinga dan hidung (C 4, P2, A3). (CPMK 2)
- H. Memahami dan mendemonstrasikan prosedur intervensi perawatan luka sederhana pada pasien simulasi serta membuat manekin luka (C 4, P2, A3). (CPMK 1)

E. Diagram Alur Pemebelajaran Matakuliah

CPMK KETERAMPILAN DASAR KEPERAWATAN:

1. Menyusun rencana asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi keperawatan (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 5, CPL 9)
2. Mahasiswa diharapkan memiliki kemampuan professional dalam melakukan keterampilan dasar 111 profesi keperawatan(CPL 2, CPL 3, CPL 4)



A. EVALUASI PEMBELAJARAN

1. KRITERIA PENILAIAN

Sistem penilaian pencapaian kompetensi yang dikembangkan mengacu pada aktivitas pembelajaran didasarkan pada pencapaian aspek kognitif, psikomotor dan afektif yang terdiri dari:

I. Teori

No.	Indikator Penilaian	Persentase Penilaian
1.	Penugasan : a. Kelompok b. Individu	20% 25%
2.	Ujian Tengah Semester (UTS)	25%
3.	Ujian Akhir Semester (UAS)	25%
4.	<i>Softskill</i>	5%
	TOTAL	100%

II. Skill Lab

No.	Indikator Penilaian	Persentase Penilaian
1.	Nilai Skill lab a. OSCE b. Penugasan vidio	60% 40%
	Total	100%

Sedangkan untuk skill laboratorium, sistem penilaian adalah 60% OSCE dan vidio mandiri, 40% .

III. Penilaian Praktik Lapangan

Penilaian praktik lapangan antara lain: Soft Skill 20%, Pre & Post

Confrence 10%, Laporan Pendahuluan (LP) 15%, Kasus Kelolaan 20%, Seminar 15%, Keterampilan 20%.

2. NILAI LULUS PRAKTIKUM

Sistem penilaian berdasarkan acuan STIKes Hang Tuah Pekanbaru dalam nilai angka mutu, huruf mutu, dan bobot. Nilai batas lulus untuk setiap matakuliah adalah C.

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
85-100	A	4,00	Sangat Baik
80-84	A ⁻	3,70	Sangat Baik
75-79	B ⁺	3,30	Baik
70-74	B	3,00	Baik
65-69	B ⁻	2,70	Cukup
60-64	C ⁺	2,30	Cukup
55-59	C	2,00	Cukup
50-54	C ⁻	1,70	Kurang
40-49	D	1,00	Sangat Kurang
0-40	E	0,00	Gagal

Keterangan:

Batas kelulusan nilai C (55-59)

3. KRITERIA BOLEH MENGIKUTI UJIAN

1. Kehadiran minimal 75%
2. Presensi kehadiran praktikum (*skill* laboratorium) dan praktik lapangan wajib 100%
3. Telah mengumpulkan semua tugas yang telah diberikan baik tertulis maupun tidak tertulis.

4. JENIS SOAL MCQ

Ujian	Topik	Tujuan			Jumlah soal
		C2	C3	C4	
UTS	Prinsip dan prosedur pengendalian infeksi dasar	5	5		10
	Prinsip dan prosedur <i>patient safety handling</i>		5	5	10
	Infeksi nosokomial & <i>Emerging disease</i>		10	10	20
	Pengukuran tanda-tanda vital		10	5	15
	Pengkajian keperawatan (anamesa dan pengumpulan data sekunder), Jenis pemeriksaan fisik (<i>head toe toe</i> , Persistem & Terfokus dan Refleks fisiologis dan patologis (seminar)		5	5	10
UAS	Pengkajian keperawatan: Pemeriksaan fisik <i>Head to toe</i> dan pemeriksaan refleks		15	10	25
	Prinsip pemberian medikasi		10	10	20
	Konsep luka dan prosedur perawatan luka		8	7	15
	Persiapan pasien untuk pemeriksaan penunjang dan prosedur persiapan pemeriksaan penunjang (Seminar)		5	5	10
TOTAL					135

AKTIVITAS PEMBELAJARAN

Mata kuliah Keterampilan Dasar Keperawatan terdiri dari 14 (empat belas) minggu pembelajaran yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan manusia. Aktivitas pembelajaran disusun sesuai dengan tujuan pembelajaran yang akan dicapai. Kuliah yang di laksanakan pada masa pandemi Covid - 19 dengan menggunakan metode hibryd. Aktivitas pembelajaran yang akan digunakan untuk mencapai tujuan pembelajaran pada mata kuliah ini diantaranya:

1. Belajar mandiri (*Discovery Learning*)

Belajar mandiri (*Discovery Learning*) sebagai bagian dari pembelajaran orang dewasa (*adult learning*) dilakukan oleh mahasiswa sebelum atau sesudah dilaksanakannya kuliah pakar. Mahasiswa dapat belajar secara mandiri dengan menggunakan berbagai sumber belajar eksternal yaitu : perpustakaan, *website* (internet & intranet), jurnal, dan lain sebagainya. Melalui belajar mandiri diharapkan dapat membantu meningkatkan kesiapan dan pemahaman mahasiswa terhadap topik-topik dalam mata kuliah ini melalui berbagai sumber informasi.

2. Kuliah pakar (*Mini Lecture*)

Metode kuliah pakar/ *Mini Lecture* berbentuk penjelasan pengajar kepada mahasiswa dan biasanya diikuti dengan tanya jawab tentang isi pelajaran

yang belum jelas. Hal-hal yang perlu dipersiapkan pengajar yaitu daftar topik yang akan diajarkan dan media visual atau materi pembelajaran. Selama kuliah pakar seluruh dosen diwajibkan menggunakan pendekatan *student centered learning* (SCL).

3. Praktikum/*Skills* Laboratorium

Keperawatan merupakan praktik keterampilan keperawatan di laboratorium keperawatan dengan menggunakan probandus/ manikin untuk simulasi keterampilan klinik keperawatan. Jenis keterampilan keperawatan klinik pada Mata kuliah Keterampilan Dasar Keperawatan yaitu:

- a. Pencegahan infeksi dasar: cuci tangan septic, cuci tangan aseptik, pemasangan *glove* steril dan pemasangan *gown* steril
- b. Pengukuran tanda-tanda vital
- c. Pemeriksaan fisik *head to toe*
- d. Pemeriksaan refleks patologis & fisiologis
- e. Pemasangan *restraintt*
- f. Pemberian medikasi oral, bukal dan sublingual, parenteral (intravena, intramuskular, subkutan & intradermal), topikal dan suppositoria pemberian medikasi tetes mata, telinga dan hidung
- g. Perawatan Luka Sederhana.

4. Seminar (*Small Group Discussion*)

Metode seminar *Small Group Discussion* (SGD) berbentuk kegiatan belajar bagi kelompok mahasiswa untuk membahas tugas yang umumnya berupa tugas makalah dalam kelompok. Seminar dilakukan pada akhir penugasan yang ditujukan agar mahasiswa menyajikan hasil diskusi dalam kelompok.

5. Penugasan (*Project Based Learning/ PjBL*)

Penugasan (*Project Based Learning/ PjBL*) merupakan metode yang digunakan dengan tujuan mahasiswa mencari informasi serta menyelesaikan tugas/ *project* secara berkelompok dan mandiri sesuai dengan topik yang akan dipelajari. Penugasan diberikan tentang topik yang akan dipelajari untuk kemudian dibahas baik berupa kuliah pakar/ *Mini Lecture* ataupun seminar.

6. Praktik Lapangan/ *field Study*

Proses pembelajaran praktik lapangan/*field Study* merupakan rangkaian pembelajaran dengan cara studi lapangan yaitu mengumpulkan data secara langsung ke lapangan/ suatu instansi tertentu dengan kegiatan yang terdiri dari *pre* dan *post conference*, laporan pendahuluan, observasi/pengamatan langsung, *bed side teaching*, dan seminar kasus.

TOPIK 1

PENGENDALIAN INFEKSI

A. Rantai Proses Infeksi

Infeksi merupakan invasi tubuh oleh patogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit. Infeksi juga disebut asimtomatik apabila mikroorganisme gagal dan menyebabkan cedera yang serius terhadap sel atau jaringan. Penyakit akan timbul jika patogen berbiak dan menyebabkan perubahan pada jaringan normal. (Potter & Perry 2005)

Infeksi merupakan pembiakan mikroorganisme pada jaringan tubuh, terutama yang menyebabkan cedera seluler lokal akibat kompetisi metabolisme, toksin, replikasi intra selular, atau respon antigen-antibodi. (Kamus Saku Kedokteran Dorland: 1998).

1. Rantai infeksi proses terjadinya infeksi seperti rantai yang saling terkait antar berbagai faktor yang mempengaruhi, yaitu agen infeksi, reservoir, portal of exit, cara penularan, portal of entry dan host/ pejamu yang rentan.

a. Agen Infeksi

Microorganisme yang termasuk dalam agen infeksi antara lain bakteri, virus, jamur dan protozoa. Mikroorganisme di kulit bisa merupakan flora transient maupun resident. Organisme transient normalnya ada dan jumlahnya stabil, organisme ini bisa hidup dan berbiak di kulit. Organisme transien melekat pada kulit saat seseorang kontak dengan obyek atau orang lain dalam aktivitas normal. Organisme ini siap ditularkan, kecuali dihilangkan dengan cuci tangan. Organisme residen tidak dengan mudah bisa dihilangkan melalui cuci tangan dengan sabun dan deterjen biasa kecuali bila gosokan dilakukan dengan seksama. Mikroorganisme dapat menyebabkan infeksi tergantung pada: jumlah mikroorganisme, virulensi

(kemampuan menyebabkan penyakit), kemampuan untuk masuk dan bertahan hidup dalam host serta kerentanan dari host/penjamu.

b. Reservoir (Sumber Mikroorganisme)

Adalah tempat dimana mikroorganisme patogen dapat hidup baik berkembang biak atau tidak. Yang bisa berperan sebagai reservoir adalah manusia, binatang, makanan, air, serangga dan benda lain. Kebanyakan reservoir adalah tubuh manusia, misalnya di kulit, mukosa, cairan maupun drainase. Adanya mikroorganisme patogen dalam tubuh tidak selalu menyebabkan penyakit pada hostnya. Sehingga reservoir yang di dalamnya terdapat mikroorganisme patogen bisa menyebabkan orang lain menjadi sakit (carier). Kuman akan hidup dan berkembang biak dalam reservoir jika karakteristik reservoirnya cocok dengan kuman. Karakteristik tersebut yaitu oksigen, air, suhu, pH, dan pencahayaan

c. Portal Of Exit (Jalan Keluar)

Mikroorganisme yang hidup di dalam reservoir harus menemukan jalan keluar (portal of exit untuk masuk ke dalam host dan menyebabkan infeksi. Sebelum menimbulkan infeksi, mikroorganisme harus keluar terlebih dahulu dari reservoirnya. Jika reservoirnya manusia, kuman dapat keluar melalui saluran pernapasan, pencernaan, perkemihan, genitalia, kulit dan membrane mukosa yang rusak serta darah.

d. Cara Penularan (Transmission)

Kuman dapat menular atau berpindah ke orang lain dengan berbagai cara seperti kontak langsung dengan penderita melalui oral, fekal, kulit atau darahnya; kontak tidak langsung melalui jarum atau balutan bekas luka penderita; peralatan yang terkontaminasi; makanan yang diolah tidak tepat; melalui vektor nyamuk atau lalat.

e. Portal Masuk (Port de Entry)

Sebelum seseorang terinfeksi, mikroorganisme harus masuk dalam

tubuh. Kulit merupakan barrier pelindung tubuh terhadap masuknya kuman infeksius. Rusaknya kulit atau ketidakutuhan kulit dapat menjadi portal masuk. Mikroba dapat masuk ke dalam tubuh melalui rute atau jalan yang sama dengan portal keluar. Faktor-faktor yang menurunkan daya tahan tubuh memperbesar kesempatan patogen masuk ke dalam tubuh.

f. Daya Tahan Hospes (Manusia)

Seseorang terkena infeksi bergantung pada kerentanan terhadap agen infeksius. Kerentanan bergantung pada derajat ketahanan tubuh individu terhadap patogen. Meskipun seseorang secara konstan kontak dengan mikroorganisme dalam jumlah yang besar, infeksi tidak akan terjadi sampai individu rentan terhadap kekuatan dan jumlah mikroorganisme tersebut. Beberapa faktor yang mempengaruhi kerentanan tubuh terhadap kuman yaitu usia, keturunan, stress (fisik dan emosional), status nutrisi, terapi medis, pemberian obat dan penyakit penyerta.

2. Proses Infeksi

Infeksi terjadi secara progresif dan beratnya infeksi pada klien tergantung dari tingkat infeksi, patogenesitas mikroorganisme dan kerentanan penjamu. Dengan proses perawatan yang tepat, maka akan meminimalisir penyebaran dan meminimalkan penyakit. Perkembangan infeksi mempengaruhi tingkat asuhan keperawatan yang diberikan.

Berbagai komponen dari sistem imun memberikan jaringan kompleks mekanisme yang sangat baik, yang jika utuh, berfungsi mempertahankan tubuh terhadap mikroorganisme asing dan sel-sel ganas. Pada beberapa keadaan, komponen-komponen baik respon spesifik maupun nonspesifik bisa gagal dan hal tersebut mengakibatkan kerusakan pertahanan hospes. Orang-orang yang mendapat infeksi yang disebabkan oleh defisiensi dalam pertahanan dari segi hospesnya disebut hospes yang melemah. Sedangkan

orang-orang dengan kerusakan mayor yang berhubungan dengan respon imun spesifik disebut hospes yang terimunopreses.

Efek dan gejala nyata yang berhubungan dengan kelainan pertahanan hospes bervariasi berdasarkan pada sistem imun yang rusak. Ciri-ciri umum yang berkaitan dengan hospes yang melemah adalah: infeksi berulang, infeksi kronik, ruam kulit, diare,

kerusakan pertumbuhan dan meningkatnya kerentanan terhadap kanker tertentu.

Secara umum proses infeksi adalah sebagai berikut:

a. Periode/ Masa Inkubasi

Interval antara masuknya patogen ke dalam tubuh dan munculnya gejala pertama.

Contoh: flu 1-3 hari, campak 2-3 minggu, mumps/gondongan 18 hari

b. Tahap Prodromal

Interval dari awitan tanda dan gejala nonspesifik (malaise, demam ringan, kelelahan) sampai gejala yang spesifik. Selama masa ini, mikroorganisme tumbuh dan berkembang biak dan klien lebih mampu menyebarkan penyakit ke orang lain.

c. Tahap Sakit

Klien memanifestasikan tanda dan gejala yang spesifik terhadap jenis infeksi. Contoh: demam dimanifestasikan dengan sakit tenggorokan, mumps dimanifestasikan dengan sakit telinga, demam tinggi, pembengkakan kelenjar parotid dan saliva.

d. Pemulihan

Interval saat munculnya gejala akut infeksi

3. Tipe Infeksi

- a. Kolonisasi : Merupakan suatu proses dimana benih mikroorganisme menjadi flora yang menetap/flora residen. Mikroorganisme bisa

tumbuh dan berkembang biak tetapi tidak dapat menimbulkan penyakit. Infeksi terjadi ketika mikroorganisme yang menetap tadi sukses menginvasi/menyerang bagian tubuh host/manusia yang sistem pertahanannya tidak efektif dan patogen menyebabkan kerusakan jaringan.

- b. Infeksi lokal : spesifik dan terbatas pada bagian tubuh dimana mikroorganisme tinggal.
- c. Infeksi sistemik : terjadi bila mikroorganisme menyebar ke bagian tubuh yang lain dan menimbulkan kerusakan.
- d. Bakterimia : terjadi ketika dalam darah ditemukan adanya bakteri
- e. Septikemia : multiplikasi bakteri dalam darah sebagai hasil dari infeksi sistemik
- f. Infeksi akut : infeksi yang muncul dalam waktu singkat
- g. Infeksi kronik : infeksi yang terjadi secara lambat dalam periode yang lama (dalam hitungan bulan sampai tahun)

B. Cara Penularan Mikroorganisme

1. Tipe Mikroorganisme Penyebab Infeksi

a. Bakteri

Bakteri merupakan penyebab terbanyak dari infeksi. Ratusan spesies bakteri dapat menyebabkan penyakit pada tubuh manusia dan dapat hidup didalamnya, bakteri bisa masuk melalui udara, air, tanah, makanan, cairan dan jaringan tubuh dan benda mati lainnya

b. Virus

Virus terutama berisi asam nukleat (nucleic acid), karenanya harus masuk dalam sel hidup untuk diproduksi.

c. Fungi

Fungi terdiri dari ragi dan jamur

d. Parasit

Parasit hidup dalam organisme hidup lain, termasuk kelompok parasit adalah protozoa, cacing dan arthropoda.

2. Cara Penularan Mikroorganisme

Proses penyebaran mikroorganisme kedalam tubuh, baik pada manusia maupun hewan dapat melalui berbagai cara di antaranya :

a. Kontak Tubuh

Kuman masuk ke dalam tubuh melalui proses penyebaran secara langsung maupun tidak langsung. Penyebaran secara langsung melalui sentuhan dengan kulit, sedangkan secara tidak langsung dapat melalui benda yang terkontaminasi kuman.

b. Makanan dan Minuman

Terjadinya penyebaran dapat melalui makanan dan minuman yang telah terkontaminasi, seperti pada penyakit tifus abdominalis penyakit infeksi cacing, dan lain-lain.

c. Serangga

Contoh proses penyebaran kuman melalui serangga adalah penyebaran penyakit malaria oleh plasmodium pada nyamuk aedes dan beberapa penyakit saluran pencernaan yang dapat ditularkan melalui lalat.

d. Udara

Proses penyebaran kuman melalui udara dapat dijumpai pada penyebaran penyakit sistem pernapasan (penyebaran kuman tuberkolosis) atau sejenisnya.

3. Cara penularan infeksi

a. Agen Infeksius

Infeksi terjadi akibat adanya mikroorganisme, termasuk bakteri, virus, jamur dan protozoa. Mikroorganisme di kulit dapat merupakan flora residen atau transien. Organisme residen berkembang biak pada lapisan kulit superfisial, namun 10 – 20% mendiami lapisan epidermal. Organisme transien melekat pada kulit saat seseorang kontak dengan orang atau objek lain dalam aktifitas atau kehidupan normal. Kemungkinan bagi mikroorganisme atau parasit untuk menyebabkan penyakit bergantung pada faktor – faktor berikut :

- Organisme dalam jumlah yang cukup
- Virulensi atau kemampuan untuk menyebabkan sakit
- Kemampuan untuk masuk dan hidup dalam pejammu
- Pejammu yang rentan

Beberapa agen yang dapat menyebabkan infeksi, yaitu :

1. Bakteri

Bakteri dapat ditemukan sebagai flora normal dalam tubuh manusia yang sehat. Keberadaan bakteri disini sangat penting dalam melindungi tubuh dari datangnya bakteri patogen. Tetapi pada beberapa kasus dapat menyebabkan infeksi jika manusia tersebut memiliki toleransi yang rendah terhadap mikroorganisme. Contohnya *Escherichia coli* paling banyak dijumpai sebagai penyebab infeksi saluran kemih.

Bakteri patogen lebih berbahaya dan menyebabkan infeksi secara sporadik maupun endemik. Contohnya : anaerobik Gram-positif, *Clostridium* yang menyebabkan gangrene

2. Virus

Banyak kemungkinan infeksi nosokomial disebabkan oleh berbagai macam virus, termasuk virus hepatitis B dan C dengan media penularan

dari tranfusi, dialisis, suntikan dan endoskopi. Respiratory syncytial virus (RSV), rotavirus dan enterovirus yang ditularkan dari kontak tangan ke mulut atau melalui rute faecal-oral. Hepatitis dan HIV ditularkan melalui pemakaian jarum suntik, dan transfusi darah. Rute penularan untuk virus sama seperti mikroorganisme lainnya. Infeksi gastrointestinal, infeksi traktus respiratorius, penyakit kulit dan dari darah. Virus lain yang sering menyebabkan infeksi nosokomial adalah cytomegalovirus, Ebola, influenza virus, herpes simplex virus, dan varicella-zoster virus, juga dapat ditularkan.

3. Parasit dan Jamur

Beberapa parasit seperti Giardia lamblia dapat dengan mudah menular ke orang dewasa maupun anak-anak. Banyak jamur dan parasit dapat timbul selama pemberian obat antibiotika bakteri dan immunosupresan, contohnya infeksi dari Candida albicans, Aspergillus spp, Cryptococcus neformans, Cryptosporidium.

b. Reservoir

Reservoir adalah tempat patogen mampu bertahan hidup tetapi dapat atau tidak berkembang biak. Reservoir yang paling umum adalah tubuh manusia. Berbagai mikroorganisme hidup pada kulit dan dalam rongga tubuh, cairan dan keluaran. Untuk berkembang biak dengan cepat mikroorganismen memerlukan lingkungan yang sesuai, termasuk makanan, oksigen, air, suhu yang tepat, pH dan cahaya.

- Makanan. Mikroorganisme memerlukan untuk hidup, seperti Clostridium perfringens, mikroba yang menyebabkan gangren gas, berkembang pada materi organik lain, seperti E.coli mengkonsumsi makanan yang tidak dicerna di usus. Organisme lain mendapat makanan dari karbondioksida dan materi organik seperti tanah.

- Oksigen. Bakteri aerob memerlukan oksigen untuk bertahan hidup dan multiplikasi secukupnya untuk menyebabkan sakit. Contohnya adalah *Staphylococcus aureus* dan turunan organisme *Streptococcus* sedangkan bakteri anaerob berkembang biak ketika terdapat atau tidak ada tersedia oksigen bebas. Bakteri ini yang mampu menyebabkan tetanus, gas gangrene dan botulisme.
- Air. Kebanyakan mikroorganisme membutuhkan air atau kelembaban untuk bertahan hidup. Dan ada juga beberapa bakteri yang berubah bentuk, disebut dengan spora, yang resisten terhadap kekeringan.
- Suhu. Mikroorganisme dapat hidup hanya dalam batasan suhu tertentu. Namun beberapa dapat hidup dalam temperatur yang ekstrem yang mungkin fatal bagi manusia. Misalnya virus AIDS, resisten terhadap air mendidih.
- pH. Keasaman suatu lingkungan menentukan kemampuan hidup suatu mikroorganisme. Kebanyakan organisme lebih menyukai lingkungan dalam batasan pH 5-8.
- Cahaya. Mikroorganisme berkembang pesat dalam lingkungan yang gelap seperti di bawah balutan dan dalam rongga tubuh. Sinar ultra violet dapat efektif untuk membunuh beberapa bentuk bakteri.

c. Portal Keluar

Setelah mikroorganisme menemukan tempat untuk tumbuh dan berkembang biak, mereka harus menemukan jalan keluar jika mereka masuk ke pejamu lain dan menyebabkan penyakit. Mikroorganisme dapat keluar melalui berbagai tempat, seperti kulit dan membran mukosa, traktus respiratoris, traktus urinarius, traktus gastrointestinal, traktus reproduktif

dan darah.

d. Cara Penularan

Ada banyak cara penularan mikroorganisme dari reservoir ke pejamu. Penyakit infeksius tertentu cenderung ditularkan secara lebih umum melalui cara yang spesifik. Namun, mikroorganisme yang sama dapat ditularkan melalui satu rute. Meskipun cara utama penularan mikroorganisme adalah tangan dari pemberi layanan kesehatan, hampir semua objek dalam lingkungan dapat menjadi alat penularan patogen. Semua personel rumah sakit yang memberi asuhan langsung dan memberi pelayanan diagnostik dan pendukung harus mengikuti praktik untuk meminimalkan penyebaran infeksi

e. Portal Masuk

Organisme dapat masuk ke dalam tubuh melalui rute yang sama dengan yang digunakan untuk keluar. Misalnya, pada saat jarum yang terkontaminasi mengenai kulit klien, organisme masuk ke dalam tubuh. Setiap obstruksi aliran urine memungkinkan organisme untuk berpindah ke uretra. Kesalahan pemakaian balutan steril pada luka yang terbuka memungkinkan patogen memasuki jaringan yang tidak terlindungi. Faktor-faktor yang menurunkan daya tahan tubuh memperbesar kesempatan patogen masuk ke dalam tubuh

f. Hospes Rentan

Seseorang terkena infeksi bergantung pada kerentanan dan bergantung pada derajat ketahanan individu terhadap patogen, meskipun seseorang secara konstan kontak dengan mikroorganisme dalam jumlah yang besar, infeksi tidak akan terjadi sampai individu rentan terhadap jumlah mikroorganisme tersebut. Makin banyak virulen suatu mikroorganisme makin besar didapati muncul di lingkungan perawatan akut.

C. Faktor yang mempengaruhi Proses Infeksi

1. Sumber Penyakit

Sumber penyakit dapat mempengaruhi apakah infeksi berjalan dengan cepat atau lambat.

2. Kuman Penyebab

Kuman penyebab dapat menentukan jumlah mikroorganisme, kemampuan mikroorganisme masuk ke dalam tubuh dan virulensinya.

3. Cara Membebaskan Sumber Dari Kuman

Cara membebaskan kuman dapat menentukan apakah proses infeksi cepat teratasi atau diperlambat, seperti tingkat keasaman (pH), suhu, penyinaran (cahaya) dan lain-lain.

4. Cara Penularan

Cara penularan seperti kontak langsung melalui makanan atau udara dapat menyebabkan penyebaran kuman ke dalam tubuh.

5. Cara Masuknya Kuman

Proses penyebaran kuman berbeda tergantung dari sifatnya. Kuman dapat masuk melalui saluran pernapasan, saluran pencernaan, kulit dan lain-lain.

6. Daya Tahan Tubuh

Daya tahan tubuh yang baik dapat memperlambat proses infeksi atau mempercepat proses penyembuhan. Demikian pula sebaliknya, daya tahan tubuh yang buruk dapat memperburuk proses infeksi.

Selain faktor-faktor di atas, terdapat faktor lain seperti status gizi atau nutrisi, tingkat stress pada tubuh, faktor usia, dan kebiasaan yang tidak sehat.

F. Masalah pada pengendalian infeksi

a. Masalah pada penyebaran infeksi nosokomial yaitu :

- Rumah sakit merupakan tempat dari segala macam jenis penyakit

- Rumah sakit merupakan gudang kuman-kuman patogen.
- Kuman yang biasa di rumah sakit umumnya kebal terhadap antibiotika, bahkan terhadap banyak antibiotika.

Di rumah sakit banyak dilakukan tindakan yang mengandung risiko terjadinya infeksi nosokomial, seperti : operasi, tindakan invasif, berupa kateterisasi IV, kateterisasi saluran kemih, atau endoskopi; dan pemeriksaan bahan-bahan infeksius. Justru dalam situasi lingkungan seperti inilah orang sakit yang rata-rata daya tahan tubuhnya menurun harus dirawat agar ia sembuh dari penyakitnya.

- Masalah penyebaran infeksi karena tidak mencuci tangan dalam tindakan aseptik

Menurut Asosiasi Kedokteran Microbiologist tahun 1995 perawat di lingkungan klinis diindikasikan untuk mencuci tangan sebelum melakukan tindakan misalnya saat memulai tindakan perawatan seperti pemasangan infus, pemberian obat pasien, kontak langsung dengan pasien saat melakukan pemeriksaan hingga sampai saat perawat hendak pulang, dan perawat juga wajib mencuci tangan sesudah melakukan tindakan perawatan karena kemungkinan besar akan terjadi pencemaran atau bahkan penularan seperti setelah memegang alat-alat medis pasien, setelah membuka sarung tangan, setelah memandikan pasien bed rest total, dll.

Pernyataan itu di dukung oleh teori standar precaution yang menyatakan “mencuci tangan setelah tersentuh darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi, dan segala sesuatu yang telah terkontaminasi. Segera mencuci tangan setelah melepas sarung tangan dan kontak dengan pasien. Jauhi penyebaran infeksi mikroorganisme kepada pasien dan lingkungan”.

LATIHAN

Cobak anda diskusikan dengan teman kelompok anda bagai mana proses terjadinya rantai infeksi ?

RANGKUMAN :

Infeksi merupakan pembiakan mikroorganisme pada jaringan tubuh, terutama yang menyebabkan cedera sellular lokal akibat kompetisi metabolisme, toksin, replikasi intra selular, atau respon antigen-antibodi. Rantai infeksi proses terjadinya infeksi seperti rantai yang saling terkait antar berbagai faktor yang mempengaruhi, yaitu agen infeksi, reservoir, portal of exit, cara penularan, portal of entry dan host/ pejamu yang rentan. Daya tahan tubh yang baik dapat memperlambat proses infeksi atau mempercepat proses penyembuhan. Demikian pula sebaliknya, daya tahan tubuh yang buruk dapat memperburuk proses infeksi. Terdapat faktor mempengaruhi status gizi atau nutrisi, tingkat stress pada tubuh, faktor usia, dan kebiasaan yang tidak sehat

TES SOAL

1. Interval waktu sejak individu terinfeksi hingga mulai mampu menginfeksi di sebut ?
 - a. Masa inkubasi
 - b. Masa laten
 - c. Durasi penyakit
 - d. Masa infeksi
 - e. Masa non-infeksi

DAFTAR PUSTAKA

Azis, alimul H.(2006). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*.Jakarta:Salemba Medika

Ester, Monica.(2005), *Pedoman Perawatan Pasien*.Jakarta:EGC

Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4 volume 1.EGC. Jakarta

TOPIK 2

Safety Patient Handling

A. PENGERTIAN PATIEN SAFETY (KESELAMATAN PASIEN)

Patient Safety atau keselamatan pasien adalah suatu system yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Sistem tersebut meliputi : Assesment Risiko, Identifikasi dan Pengelolaan Risiko (Laporan dan Analisa), Belajar dari Insiden (Tindak Lanjut dan Implementasi Solusi).

(Kohn, Corrigan, & Donaldson 2000)

B. TUJUAN PATIENT SAFETY

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di Rumah Sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan
5. Menciptakan lingkungan yang aman bagi karyawan dan pengunjung Santosa Bandung International Hospital
6. Mempertahankan reputasi Santosa Bandung International Hospital
7. Memberikan pelayanan yang efektif dan efisien (Kohn, Corrigan, & Donaldson 2000)

C. MANFAAT PATIENT SAFETY

1. Budaya safety meningkat dan berkembang
2. Komunikasi dengan pasien berkembang
3. Kejadian tidak diharapkan (KTD) menurun

4. Risiko klinis menurun
5. Keluhan berkurang
6. Mutu pelayan Rumah Sakit meningkat
7. Citra Rumah Sakit dan kepercayaan masyarakat meningkat, diikuti dengan kepercayaan diri yang meningkat

D. LANGKAH MENUJU PATIENT SAFETY

1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
2. Memimpin dan mendukung staf untuk komitmen dan focus pada keselamatan pasien di Rumah Sakit
3. Integrasikan manajemen risiko
4. Sistem pelaporan di Rumah Sakit
5. Komunikasi terbuka dengan pasien
6. Belajar dan berbagi pengalaman keselamatan pasien
7. Cegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien

E. SEMBILAN SOLUSI LIVE-SAVING KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

WHO Collaborating Centre for Patient Safety pada tanggal 2 Mei 2007 resmi menerbitkan Nine Life Saving Patient Safety Solutions (Sembilan Solusi Life-Saving Keselamatan Pasien Rumah Sakit).

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) mendorong RS-RS di Indonesia untuk menerapkan Sembilan Solusi Life-Saving Keselamatan Pasien Rumah Sakit, atau 9 Solusi, langsung atau bertahap, sesuai dengan kemampuan dan kondisi RS masing-masing.

1. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (Look-Alike, Sound-Alike Medication Names).

Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM), yang membingungkan staf pelaksana adalah salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (medication error).

Solusi :

- a. NORUM ditekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan risiko
- b. Memastikan terbacanya resep, label, atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dulu
- c. Pembuatan resep secara elektronik.

2. Pastikan Identifikasi Pasien.

Kegagalan mengidentifikasi pasien à kesalahan pengobatan, transfusi , pemeriksaan, pelaksanaan prosedur yang keliru orang, penyerahan bayi kepada bukan keluarganya, dsb.

Rekomendasi :

- a. Verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses ini
- b. Standardisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam suatu sistem layanan kesehatan
- c. Partisipasikan pasien dalam konfirmasi ini
- d. Penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

3. Komunikasi Secara Benar saat Serah Terima / Pengoperan Pasien.

Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima/ pengoperan pasien antara unit-unit

pelayanan, dan didalam serta antar tim pelayananàterputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial dapat mengakibatkan cedera terhadap pasien.

Rekomendasi :

- a. Memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan protokol untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis
 - b. Memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat serah terima
 - c. Melibatkan para pasien serta keluarga dalam proses serah terima.
4. Pastikan Tindakan yang benar pada Sisi Tubuh yang benar. Penyimpangan pada hal ini à pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah. Sebagian besar adalah akibat dan miskomunikasi dan tidak adanya informasi atau informasinya tidak benar. Faktor yang paling banyak kontribusinya terhadap kesalahan-kesalahan macam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra-bedah yang distandardisasi.

Rekomendasi :

- a. Mencegah jenis-jenis kekeliruan yang tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi prapembedahan
- b. Pemberian tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur
- c. Adanya tim yang terlibat dalam prosedur sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur dan sisi yang akan dibedah.

5. Kendalikan Cairan Elektrolit Pekat (concentrated).

Sementara semua obat-obatan, biologics, vaksin dan media kontras memiliki profil risiko, cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi khususnya adalah berbahaya. Rekomendasi :

- a. Membuat standardisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah
- b. Pencegahan atas campur aduk / bingung tentang cairan elektrolit pekat yang spesifik.

6. Pastikan Akurasi Pemberian Obat pada Pengalihan Pelayanan. Kesalahan medikasi terjadi paling sering pada saat transisi / pengalihan. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (medication errors) pada titik-titik transisi pasien.

Rekomendasi:

- a. Menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut sebagai “home medication list”, sebagai perbandingan dengan daftar saat admisi, penyerahan dan / atau perintah pemulangan bilamana menuliskan perintah medikasi
- b. Komunikasikan daftar tsb kepada petugas layanan yang berikut dimana pasien akan ditransfer atau dilepaskan.

7. Hindari Salah Kateter dan Salah Sambung Slang (Tube). Slang, kateter, dan spuit (syringe) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang bisa menyebabkan cedera atas pasien melalui penyambungan spuit dan slang yang salah, serta memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru.

Rekomendasi :

Menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara detail / rinci bila sedang mengerjakan pemberian medikasi serta pemberian makan (misalnya slang yang benar), dan bilamana menyambung alat-alat kepada pasien (misalnya menggunakan sambungan & slang yang benar).

8. Gunakan Alat Injeksi Sekali Pakai.

Salah satu keprihatinan global terbesar adalah penyebaran HIV, HBV, dan HCV yang diakibatkan oleh pakai ulang (reuse) dari jarum suntik.

Rekomendasi:

- a. Perlunya melarang pakai ulang jarum di fasilitas layanan kesehatan
- b. Pelatihan periodik para petugas di lembaga-lembaga layanan kesehatan khususnya tentang prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka mengenai penularan infeksi melalui darah.
- c. Praktek jarum sekali pakai yang aman.

9. Tingkatkan Kebersihan Tangan (Hand hygiene) untuk Pencegahan Infeksi Nosokomial.

Diperkirakan bahwa pada setiap saat lebih dari 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita infeksi yang diperoleh di rumah-rumah sakit. Kebersihan Tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang pimer untuk menghindarkan masalah ini.

Rekomendasi:

- a. Mendorong implementasi penggunaan cairan “alcohol-based hand-rubs” tersedia pada titik-titik pelayan tersedianya sumber air pada semua kran
- b. Pendidikan staf mengenai teknik kebarsihan tangan yang benar mengingatkan penggunaan tangan bersih ditempat kerja

- c. Pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan / observasi dan tehnik-tehnik yang lain.

F. TUJUH STANDAR KESELAMATAN PASIEN

1. Hak Pasien

Pasien & keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana & hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan).

Kriteria:

- a. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan
- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
- c. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD

2. Mendidik Pasien Dan Keluarga

RS harus mendidik pasien & keluarganya tentang kewajiban & tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriteria:

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dgn keterlibatan pasien adalah partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di RS harus ada system dan mekanisme mendidik pasien & keluarganya tentang kewajiban & tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien & keluarga dapat:

- a. Memberikan info yg benar, jelas, lengkap dan jujur
- b. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab
- c. Mengajukan pertanyaan untuk hal yg tdk dimengerti

- d. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
- e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan RS
- f. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

3. Keselamatan Pasien Dan Kesiambungan Pelayanan

RS menjamin kesiambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria:

- a. Koordinasi pelayanan secara menyeluruh
- b. Koordinasi pelayanan disesuaikan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya
- c. Koordinasi pelayanan mencakup peningkatan komunikasi
- d. Komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan

4. Penggunaan Metode-Metode Peningkatan Kinerja Untuk Melakukan Evaluasi Dan Program Peningkatan Keselamatan Pasien

RS harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yg ada, memonitor & mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, & melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta KP.

Kriteria:

- a. Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (design) yang baik, sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit".
- b. Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja
- c. Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif
- d. Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis

5. Peran Kepemimpinan Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien

Standar:

- a. Pimpinan dorong & jamin implementasi program KP melalui penerapan “7 Langkah Menuju KP RS.
- b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko KP & program mengurangi KTD.
- c. Pimpinan dorong & tumbuhkan komunikasi & koordinasi antar unit & individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang KP
- d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yg adekuat utk mengukur, mengkaji, & meningkatkan kinerja RS serta tingkatan KP.
- e. Pimpinan mengukur & mengkaji efektifitas kontribusinyadalam meningkatkan kinerja RS & KP.

Kriteria:

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden,
- c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi
- d. Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- e. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden,
- f. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden
- g. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan

- h. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan
 - i. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien
6. Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien

Standar:

- a. RS memiliki proses pendidikan, pelatihan & orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan KP secara jelas.
- b. RS menyelenggarakan pendidikan & pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan & memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

Kriteria:

- a. Memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien
 - b. Mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan inservice training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
 - c. Menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.
7. Komunikasi Merupakan Kunci Bagi Staf Untuk Mencapai Keselamatan Pasien

Standar:

- a. RS merencanakan & mendesain proses manajemen informasi KP untuk memenuhi kebutuhan informasi internal & eksternal.
- b. Transmisi data & informasi harus tepat waktu & akurat.

Kriteria:

- a. Disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- b. Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada

LATIHAN

1. cobak sebutkan dan jelaskan Sembilan solusi live saving keselamatan pasien di rumah

sakit ?

RINGKASAN

Patient Safety atau keselamatan pasien adalah suatu system yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

TEST

1. Disuatu rumah sakit memiliki kebijakan, setiap pasien yang lansia dan beresiko tinggi untuk terjatuh harus menggunakan kursinrodan dan dipasangkan stiker berisikan “resiko tinggi terjatuh” dengan stiker yg berwarna mencolok dengan tujuan agar bisa diperhatikan oleh setiap petugas yang ada dirumah sakit. Apakah tujuan Safe pasien handling yang paling tepat pada kebijakan rumah sakit tersebut?

- a. Meningkatkan komunikasi yang efektif
- b. Meningkatkan keamanan dari pengobatan risiko tinggi
- c. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- d. Mengidentifikasi pasien secara benar
- e. Mutu pelayanan rumah sakit meningkat

DAFTAR PUSTAKA

Depkes RI & KKP-RS. (2008). Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit

(Patient Safety). Jakarta: Bakti Husada.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (2000). To Err is Human: Building a Safer

Health System, Washington, National Academy Press.

Nursalam. (2011). Manajemen Keperawatan: aplikasi dalam praktik keperawatan

profesional. Jakarta: Salemba Medika.

Permenkes RI NO. 1691. (2011). Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta: Menteri

Kesehatan Republik Indonesia

Potter & Perry. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4 volume 1. EGC. Jakarta

TOPIK 4

EMERGING DISEASER

Penyakit infeksi emerging adalah penyakit infeksi yang bersifat cepat menyebar pada suatu populasi manusia, dapat berasal dari virus, bakteri, atau parasit. Sebagian besar (75%) penyakit infeksi emerging ditularkan ke manusia dari hewan (penyakit zoonosa).

Ada tiga jenis penyakit infeksi emerging yaitu:

1. Penyakit infeksi yang muncul dan menyerang suatu populasi manusia untuk pertama kalinya (*new emerging infectious diseases*).
2. Penyakit infeksi yang telah ada sebelumnya namun kasusnya meningkat dengan sangat cepat atau menyebar meluas ke daerah geografis baru.
3. Penyakit infeksi di suatu daerah yang kasusnya sudah sangat menurun atau terkontrol, tapi kemudian meningkat lagi kejadiannya, kadang dalam bentuk klinis lebih berat atau fatal (*re-emerging infectious diseases*).

Penyakit infeksi emerging menjadi ancaman penting bagi keamanan kesehatan global, karena dapat menimbulkan kejadian luar biasa (KLB) yang tidak hanya menyebabkan kematian yang banyak tapi juga menimbulkan kerugian ekonomi yang cukup besar. Sebagai contoh kejadian *severe acute respiratory syndrome (SARS)* pada tahun

2002 telah menginfeksi >6500 orang yang tersebar di kawasan Asia Timur dan Asia Tenggara dan mengakibatkan kerugian ekonomi kurang lebih sebesar 12,3-28,4 Milliar dolar AS. Mobilitas dari dan ke negara terjangkau merupakan faktor risiko penyebaran penyakit lintas negara. Pada masa belum ada kasus suatu penyakit baru di tingkat global dan belum

ada di Indonesia, maka kesiapsiagaan dan kewaspadaan dini menjadi faktor kunci. Ketika sudah terdapat kasus konfirmasi dan/atau penularan lokal, maka respon menjadi faktor kunci disamping tetap melakukan kesiapsiagaan dan kewaspadaan dini.

Respon yang diperlukan pada kondisi ini terutama adalah

- 1) penemuan kasus dan penelusuran kontak
- 2) isolasi dan tatalaksana kasus
- 3) mobilisasi sosial
- 4) pemulasaran jenazah yang aman.

Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menugaskan Pemerintah yang diwakili oleh Kementerian Kesehatan untuk melakukan upaya pencegahan termasuk kesiapsiagaan dan kewaspadaan dini, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular serta akibat yang ditimbulkannya. Selain itu, pada peraturan kesehatan internasional yang disebut *International Health Regulation (IHR (2005))* mensyaratkan negara- negara yang menyepakatinya agar memiliki kapasitas inti minimal untuk melakukan kesiapsiagaan dan kewaspadaan dini dalam hal surveilans dan respon atas setiap kejadian (termasuk kejadian penyakit infeksi emerging) yang berpotensi menjadi Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia/KKMMD.

Dalam situasi KLB/wabah, penanggulangan KLB/wabah dilakukan oleh pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah, sesuai ketentuan di dalam Peraturan Menteri

Kesehatan Nomor 1501/Menkes/Per/X/2010 tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu Yang Dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangan.

Pada penyakit infeksi emerging tertentu, perlu dilakukan kewaspadaan ketat terhadap penderita dan terduga penderita, termasuk terhadap orang yang kontak dengan penderita, untuk kepentingan

pengecahan penyebaran penyakit karena merupakan penyakit baru yang belum diketahui severitasnya atau karena sifat penyakitnya yang berpotensi menjadi KKMMMD dan /atau dapat menyebar dengan cepat menjadi pandemi. Pada penyakit infeksi emerging tertentu ini perlu dilakukan penatalaksanaan penderita yang mencakup kegiatan pemeriksaan, pengobatan, perawatan, isolasi penderita, serta tindakan karantina dengan pembiayaan dari Kementerian Kesehatan dengan mekanisme khusus. Penyakit infeksi emerging tertentu yang dimaksud adalah penyakit baru atau penyakit infeksi yang berpotensi menjadi pandemi misalnya Poliomielitis, Penyakit virus ebola, Penyakit virus MERS, Influenza A (H5N1)/Flu burung, Penyakit virus hanta, Penyakit virus Nipah, Demam Kuning; Demam Lassa, Demam Congo, Meningitis Meningokokus, dan Penyakit Infeksi Emerging baru lain yang ditetapkan oleh Menteri.

LATIHAN

1. Cobak anda jelaskan penyakit emerging yang dapat menyebabkan pandemi pada masyarakat?
2. Mengapa penyakit emerging pada masyarakat dapat mengancam Kesehatan global ?

RINGKASAN

Penyakit infeksi emerging adalah penyakit infeksi yang bersifat cepat menyebar pada suatu populasi manusia, dapat berasal dari virus, bakteri, atau parasite.

Penyakit infeksi emerging

tertentu yang dimaksud adalah penyakit baru atau penyakit infeksi yang berpotensi menjadi pandemi misalnya Poliomielititis, Penyakit virus ebola, Penyakit virus MERS, Influenza A (H5N1)/Flu burung, Penyakit virus hanta, Penyakit virus Nipah, Demam Kuning; Demam Lassa, Demam Congo, Meningitis Meningokokus, dan Penyakit Infeksi Emerging baru lain yang ditetapkan oleh Menteri.

TEST

1. Wabah penyakit menular yang tidak diketahui sebelumnya atau penyakit menular baru yang insidennya meningkat signifikan dalam dua dekade terakhir disebut?
 - a. Re- Emerging desesase
 - b. Emerging desease
 - c. Epidemik
 - d. Pandemi
 - e. Endemic

DAFTAR PUSTAKA

Peraturan Menteri Kesehatan RI No 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan

Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

RSKM; Pedoman Pencegahan dan Pengendalani Infeksi PP Perdalini; Kebijakan Kemenkes

dalam PPI.

TOPIK 5

PENGUKURAN TANDA – TANDA VITAL

Pengukuran tanda – tanda vital digunakan untuk mengetahui dan menentukan status kesehatan seseorang terutama pada pasien yang kondisinya tidak stabil secara medis atau memiliki berbagai gangguan atau resiko komplikasi pada jantung dan nuga untyk menilai respon pasien terhadapintervensi yang diberikan. Pengkajian dan monitoring kesehatan pasien adalah alasan utama perawatan pada pasien dan segala keputusan tindakan yang dilakukan kepada pasien harus berdasarkan pada pengkajian. Salah satu data yang paling penting dan sering dikumpulkan oleh perawat adalah tanda – tanda vital. Pemeriksaannya terdiri suhu (*temperature*), Nadi (*pulse*), frekuensi nafas (*respiration rate/RR*) dan Tekanan darah (*blood pressure/BP*). Pemeriksaan ini penting dalam menilai fungsi fisiologis dari sistem sirkulasi, respirasi, persarafan dan endokrin.

2. Suhu (*Temperature*)

Suhu tubuh adalah perbedaan antara jumlah panas yang diproduksi oleh proses metabolisme tubuh dan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar. Suhu merupakan poin pertama dalam pengukuran tanda-tanda vital (TTV). Suhu diatur oleh hipotalamus (anterior dan posterior). Hipotalamus juga mengatur set point. Pusat tersebut menjaga agar suhu tetap berkisar 37⁰C dengan mempertahankan keseimbangan antara panas yang hilang dengan produksi panas yang berasal dari metabolisme. Suhu tubuh dihasilkan oleh laju metabolisme basal diseluruh tubuh, aktifitas otot dan metaboliems tambahan karena pengaruh dari hormon tubuh. Suhu tubuh diukur menggunakan termometer. Pengukuran suhu tubuh penting untuk menilai status kesehatan. Kenaikan suhu tubuh menyebabkan peningkatan laju metabolisme dan meningkatkan resiko kekurangan cairan dan konvulsi (kejang).

Keseimbangan produksi & kehilangan panas tubuh (suhu tubuh) dipengaruhi oleh usia, aktifitas dan olahraga, kadar hormon (terutama hormon metabolik seperti *growth hormon*, tiroid dan hormon kelamin), irama sirkadian (suhu tubuh lebih rendah pada dini hari), stres fisik dan psikologis, rangsangan simpatis, lingkungan, kecepatan metabolisme basal, proses peradangan. Pengukuran suhu tubuh bertujuan untuk memperoleh nilai jaringan dalam tubuh. Untuk mengetahui suhu tubuh inti dilakukan pemeriksaan direktal dan membran timpani sedangkan untuk mengetahui suhu tubuh permukaan bisa dilakukan di aksila, oral dan temporal. Beberapa hasil pengukuran suhu yang didapatkan antara lain:

- **Hipotermi** jika suhu tubuh $\leq 35^{\circ}\text{C}$
- **Hipertermi** jika suhu tubuh $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (diatas rentang normal)
- **Febris/pireksia** $37,5 - 40^{\circ}\text{C}$
- **Hiperpireksi** jika $\geq 41^{\circ}\text{C}$
- **Heat stoke** jika suhu tubuh $41 - 44^{\circ}\text{C}$ akibat terpapar suhu lingkungan yang tinggi

3. Nadi (*Pulse*)

Nadi adalah lonjakan aliran darah di dalam arteri yang teraba pada beberapa bagian tubuh. Denyut nadi disebabkan oleh dorongan volume sekuncup (SV) terhadap dinding aorta dan menimbulkan denyutan yang berjalan cepat ke ujung arteri distal. Nadi merupakan indikator status sirkulasi pasien. Area pemeriksaan nadi perifer paling mudah adalah di radialis. Area lain untuk pemeriksaan nadi adalah karotis, temporalis, apikal, brakialis, ulnaris, femoral, popliteal, popliteal, tibial posterior dan dorsalis pedis. Fungsi utamanya nadi adalah sebagai aliran darah yang menghantarkan oksigen dan nutrisi ke semua sel serta mengangkut zat

buangan seperti karbondioksida.

Frekuensi nadi dapat dipengaruhi oleh aktifitas fisik dan olah raga, demam, hipotermi, emosi, nyeri, ansietas, trauma dan perdarahan, perbedaan posisi dan penyakit. Denyut nadi memiliki beberapa karakteristik meliputi: frekuensi, irama, voleme (kekuatan nadi). Denyut nadi memiliki beberapa karakteristik meliputi: frekuensi, irama, voleme (kekuatan nadi). Nilai normal frekuensi nadi bervariasi sesuai usia. Pada orang dewasa, bradikardi (denyut nadi kurang dari normal) jika < 60 kali/menit dan Takikardi (cepat, besar dari normal) jika > 100 kali/menit. Irama nadi terbagi menjadi: reguler (teratur, jarak anatar denyutan sama), irreguler (jarak antara nadi tidak sama) dan disritmia (aritmia, percepatan dan perlambatan serta kehilangan denyut nadi).

4. **Frekuensi Nafas (*Respiration Rate/RR*)**

Bernafas adalah : tindakan mengambil oksigen oleh tubuh (inspirasi) dan tindakan membuang karbondioksida dari dalam tubuh (ekspirasi). Satu siklus nafas terdiri dari 1 kali inspirasi dan 1 kali ekspirasi. Dalam pemeriksaan respirasi, perawat perlu menghitung jumlah pernafas pasien dalam 1 menit (*respiration rate/RR*) dengan melihat pergerakan naik dan turunnya dinding dada atau dapat menggunakan metode palpasi pada dinding dada. Selain itu perawat juga perlu menilai kedalaman pernafasan, irama nafas (keteraturan), pergerakan dinding dada dan abdomen serta kesimetrisan dinding dada saat bernafas. Menghitung jumlah pernafasan pasien dapat dilakukan dengan cara menghitung nafas klien dalam 15 detik kemudian dikali dengan 4 (waktu dalam 1 menit=60 detik) atau selama 20 detik dikali 3. Penghitungan satu menit penuh adalah metode terbaik karena perawat dapat menilai keteraturan pernafasan lebih akurat. Beberapa gangguan dalam pola nafas yang dapat ditemui adalah sebagai

berikut:

Bradipnea: nafas teratur, frekuensi lambat < 12 kali permenit (kurang dari rentang normal), takipnea: nafas teratur, frekuensi cepat > 20 kali permenit (besar dari rentang normal), hiperpnea: nafas sulit, dalam frekuensi > 20 kali permenit dan apnea: henti nafas >20 detik, tidak bernafas sama sekali.

5. Tekanan Darah

Tekanan darah merupakan salah satu parameter hemodinamik yang sederhana dan mudah untuk dilakukan pengukurannya sehingga tekanan darah menggambarkan keadaan hemodinamik seseorang saat itu. Hemodinamik merupakan suatu keadaan dimana tekanan dan aliran darah dapat mempertahankan perfusi dan pertukaran zat di jaringan tubuh. Darah yang beredar keseluruh bagian tubuh berfungsi sebagai media pengangkut oksigen dan zat lain yang diperlukan tubuh untuk kehidupan sel – sel tubuh. Istilah tekanan darah berarti tekanan dari pembuluh nadi dari peredaran darah sistemik didalam tubuh manusia.

Tekanan darah dibedakan atas tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik. Tekanan darah sistolik adalah tekanan darah ketika menguncup (kontraksi) sedangkan tekanan darah diastolik adalah tekanan darah ketika relaksasi kembali. Tekanan darah setiap orang sangat bervariasi, bayi dan anak – anak memiliki tekanan darah lebih rendah dibandingkan usia dewasa. Tekanan darah juga dipengaruhi oleh aktivitas fisik seseorang.

Tekanan darah diukur dalam satuan milimeter air raksa (mm Hg). Tekanan darah dihasilkan oleh curah jantung (*cardiac output*, CO) dan resistensi pembuluh darah perifer. Curah jantung dan resistensi perifer menghasilkan 2 fase tekanan darah yang berbeda

yaitu: tekanan darah sistolik (tekanan saat jantung berkontraksi) dan tekanan darah

diastolik (tekanan yang tersisa dalam arteri saat miokard relaksasi/beristirahat atau saat setelah jantung memompakan darah).

The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) mengklasifikasikan tekanan darah pada orang dewasa menjadi:

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistol (mmHg)		Tekanan Darah Diastol (mmHg)
Normal	< 120	Dan	< 80
Pre-Hipertensi	120-139	Atau	80-89
Hipertensi Stage 1	140-159	Atau	90-99
Hipertensi Stage 2	≥ 160	Atau	≥ 100

Lokasi pengukuran tekanan darah paling umum dilakukan pada lengan atas (diatas arteri brakialis). Jika lengan atas tidak memungkinkan untuk mengauskultasi tekanan darah (mendengarkan denyutan dengan stetoskop) seperti lengan terpasang infus, fistula arteriovanosus (pasien yang menjalani hemodialisa/cuci darah), pembedahan payudara, aksila, bahu, lengan, tangan, cedera pada bahu, lengan dan tangan seperti luka bakar dan terpasangan gips

Latihan /Penugasan:

Diskusikan dalam kelompok tentang tanda – tanda vital dan cara pengukurannya!

Ringkasan:

Salah satu data yang paling penting dan sering dikumpulkan oleh perawat adalah tanda – tanda vital. Data ini sangat penting dilakukan pemeriksaan karena tanda – tanda vital merupakan gambaran hemodinamik seseorang. Pemeriksaannya terdiri suhu (*temperature*), Nadi (*pulse*), frekuensi nafas (*respiration rate/RR*) dan Tekanan darah (*blood pressure/BP*). Pemeriksaan ini penting dalam menilai fungsi fisiologis dari sistem sirkulasi, respirasi, persarafan dan endokrin.

Test:

1. Seorang perawat melakukan pengkajian kepada pasien dengan keluhan pusing dan sakit pada bagian tenguknya. Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan rutin minum obat – obatan dari dokter. Hasil pemeriksaan tekanan darah didapatkan 180/90 MmHg. Apakah gambaran tekanan darah yang dialami pasien berdasarkan kasus tersebut?
 - a. Normal
 - b. Pre Hipertensi
 - c. Hipertensi Stage 1
 - d. Hipertensi Stage 2
 - e. Hipertensi berat

2. Seorang ibu membawa anaknya yang berusia 7 bulan kerumah sakit karena mengeluh demam sudah 2 hari. Saat dilakukan pemeriksaan suhu tubuh inti

oleh perawat didapatkan suhu anak 38°C. Dimanakah lokasi pemeriksaan suhu tubuh inti yang dilakukan oleh perawat tersebut?

- a. Aksila
- b. Oral
- c. Temporal
- d. Rektal
- e. Otot

DAFTAR PUSTAKA

Referensi Utama:

1. Potter, P.A & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vol set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd
2. Lynn, P. (2011). *Taylor's Handbook of Clinical Nursing Skills. 3rd ed.* Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia

3. Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J, & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health

Referensi pendukung:

1. Jeremy, P.T, Jane Ward, ricard, M.L., & Charles M. Wiener. (2008). *At a Glance Sistem Respirasi*. Edisi Kedua. Jakarta: Pt. Erlangga
2. www.googlebooks.com

TOPIK 8

PEMERIKSAAN HEAD TO TOE

Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung rambut sampai ujung kaki

Pada setiap sistem tubuh yang memberikan informasi objektif tentang klien dan memungkinkan perawat untuk membuat penilaian klinis. Keakuratan pemeriksaan fisik mempengaruhi pemilihan terapi yang diterima klien dan penentuan respon terhadap terapi tersebut (Potter dan Perry, 2005).

A. TEKNIK-TEKNIK PEMERIKSAAN FISIK

1. Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan dengan menggunakan indera penglihatan, pendengaran dan penciuman. Inspeksi umum dilakukan saat pertama kali bertemu pasien. Suatu gambaran atau kesan umum mengenai keadaan kesehatan yang di bentuk. Fokus inspeksi pada setiap bagian tubuh meliputi : ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi,kesimetrisan, lesi, dan penonjolan/pembengkakan.setelah inspeksi perlu dibandingkan hasil normal dan abnormal bagian tubuh satu dengan bagian tubuh lainnya.

2. Palpasi

Palpasi adalah teknik pemeriksaan yang menggunakan indera peraba ; tangan dan jari-jari, untuk mendeterminasi ciri2 jaringan atau organ seperti: temperatur, keelastisan, bentuk, ukuran,kelembaban dan penonjolan.

Hal yang di deteksi adalah suhu, kelembaban, tekstur, gerakan, vibrasi, pertumbuhan atau massa,edema, krepitasi dan sensasi.

3. Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan dengan jalan mengetuk bagian permukaan tubuh tertentu untuk membandingkan dengan bagian tubuh lainnya (kiri/kanan) dengan menghasilkan suara, yang bertujuan untuk mengidentifikasi batas/lokasi dan konsistensi jaringan.

4. Auskultasi

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

B. TUJUAN PEMERIKSAAN FISIK

Secara umum, pemeriksaan fisik yang dilakukan bertujuan:

1. Untuk mengumpulkan data dasar tentang kesehatan klien.
2. Untuk menambah, mengkonfirmasi, atau menyangkal data yang diperoleh dalam riwayat keperawatan.
3. Untuk mengkonfirmasi dan mengidentifikasi diagnosa keperawatan.
4. Untuk membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalaksanaan.
5. Untuk mengevaluasi hasil fisiologis dari asuhan.

C. MANFAAT PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik memiliki banyak manfaat, baik bagi perawat sendiri, maupun bagi profesi kesehatan lain, diantaranya:

1. Sebagai data untuk membantu perawat dalam menegakkan diagnose keperawatan.

2. Mengetahui masalah kesehatan yang di alami klien.
3. Sebagai dasar untuk memilih intervensi keperawatan yang tepat
4. Sebagai data untuk mengevaluasi hasil dari asuhan keperawatan

D. INDIKASI

Dilakukan pada setiap klien, terutama pada:

1. klien yang baru masuk ke tempat pelayanan kesehatan untuk di rawat.
2. Secara rutin pada klien yang sedang di rawat.
3. Sewaktu-waktu sesuai kebutuhan klien

E. PROSEDUR PEMERIKSAAN FISIK

1. PERSIAPAN

a. Persiapan Pasien

Selama pemeriksaan fisik, lakukan langkah-langkah untuk menjamin keamanan pasien dan pemeriksa sendiri terhadap transmisi penyakit yang dapat menyebar melalui sekret/darah dan untuk mencegah kontaminasi-silang.

Tindakan Pencegahan Baku (Standart Precautions) untuk pencegahan Infeksi:

- a. Cuci tangan dengan seksama sebelum memulai pemeriksaan dan setelah pemeriksaan selesai.
- b. Jika terdapat luka teriris, abrasi atau lesi lainnya, pakailah sarung tangan untuk melindungi pasien.
- c. Pakailah sarung tangan secara rutin jika terdapat kemungkinan kontak dengan cairan tubuh selama pemeriksaan oral, pemeriksaan lesi kulit, dan mengumpulkan sampel

- d. Ketika kontak dengan permukaan atau peralatan yang terkontaminasi, gantilah sarung tangan ketika berganti kerja atau prosedur.
- e. Jika memakai sarung tangan, cucilah tangan segera setelah sarung tangan dilepas dari pasien ke pasien yang lain.
- f. Pakai masker dan perlindungan mata/wajah dan baju lab untuk melindungi kulit, membran mukosa dan pakaian.
- g. Ikuti prosedur klinik atau institusi untuk perawatan rutin.
- h. Beri label yang jelas semua wadah peralatan agar dapat berhati-hati dan waspada terhadap cairan tubuh.

b. Persiapan Alat

Alat-alat yang diperlukan untuk pemeriksaan fisik komprehensif yang dilakukan oleh seorang pemeriksa meliputi :

- 1) Pena cahaya atau senter digunakan untuk cek kulit dan respon pupil terhadap cahaya dan untuk sumber cahaya tangensial menerangi dada dan abdomen dari sisi samping.
- 2) Penggaris atau meteran, lebih disukai jika menggunakan satuan centimeter, untuk mengukur ukuran mola atau abnormalitas kulit lainnya, abdomen, tinggi fundus dan keliling tangan.
- 3) Sarung tangan dan masker atau kaca mata pelindung/goggles sesuai aturan Centers for Disease Control (CDC) untuk situasi tertentu.
- 4) Otoskop dan oftalmoskop untuk memeriksa telinga dan mata (jika otoskop tidak dilengkapi dengan spekulum pendek, maka diperlukan spekulum nasal).

- 5) Depresor lidah untuk menggerakkan atau menahan lidah pada saat memeriksa orofaring.
- 6) Stetoskop (dengan bel dan diafragma) untuk auskultasi paru-paru, jantung dan saluran cerna.
- 7) Palu reflex untuk menguji reflex tendon
- 8) Beberapa benda untuk menguji saraf cranial (misalnya uang logam, peniti, kancing dll)
- 9) Thermometer untuk mengetahui temperatur
- 10) Sfigmomanometer untuk mengetahui tekanan darah
- 11) Jam dengan jarum penunjuk detik atau jam digital untuk menghitung kecepatan detak jantung (nadi) dan pernafasan.
- 12) Skala untuk mengukur tinggi dan berat badan

2. PROSEDUR TINDAKAN

a. Pemeriksaan Keadaan Umum

Diamati pada saat pertama kali bertemu dengan pasien Yang utama diamati: jenis kelamin, perkiraan umur, status gizi, cara berdiri/berbaring dan mobilitas, pakaian, kebersihan, kesadaran, keadaan sakit (berat, ringan, atau tidak tampak sakit), status gizi (gemuk, normal, kurus), keadaan khusus seperti anemis, sesak nafas, sianosis, ikterik dan kondisi psikologis

b. Ukur Tinggi Badan dan Berat Badan

Penilaian adanya perubahan berat badan terakhir

c. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu tubuh

PEMERIKSAAN HEAD TO TOE

1. PENGKAJIAN KEPALA DAN LEHER

a. Umum

Inspeksi: Amati kesimetrisan muka, rambut, kulit kepala. Penilaian lingkaran kepala. Lingkaran kepala yang lebih besar dari normal, disebut makrosefali, biasanya dapat

ditemukan pada penyakit hidrocefalus. Sedangkan lingkaran kepala yang kurang dari normal disebut mikrosefali.

Palpasi: Lakukan palpasi pada permukaan kulit kepala, penilaian adanya deformitas, nyeri tekan

b. Pemeriksaan mata

Inspeksi: Amati bentuk bola mata, strabismus, exophthalmus, konjungtiva, sklera, kornea, pupil kanan kiri Periksa tekanan bolamata dan adanya nyeri tekan

c. Pemeriksaan telinga

Inspeksi: Amati daun telinga, liang telinga, membran timpani

Palpasi: Temukan adanya nyeri tekan

Perkusi: Uji ketajaman pendengaran

d. Pemeriksaan hidung

Inspeksi: Amati adanya deformitas, aliran pengeluaran udara, mukosa

Palpasi: Dilakukan pada pangkal, septum, dan cuping hidung, temukan nyeri tekan pada area sinus

Perkusi: Temukan adanya nyeri ketuk area sinus

e. Pemeriksaan keadaan mulut

Inspeksi: Amati bibir, mukosa, gusi, gigi, lidah, faring, tonsil,

kebersihan/bau mulut

Palpasi: Lakukan palpasi pada pipi, palatum, lidah

Perkusi: Dilakukan pada gigi

f. Pemeriksaan leher

Inspeksi: Amati bentuk leher, denyut karotis, vena jugularis

Palpasi: Kelenjar limfe (pembesaran dengan diameter lebih dari 10 mm menunjukkan adanya kemungkinan tidak normal atau indikasi penyakit tertentu), kelenjar tiroid, trachea, adanya kaku kuduk

2. PENGKAJIAN DADA DAN PARU-PARU

Inspeksi: Posisi pasien dapat duduk dan atau berbaring Dari arah atas tentukan kesimetrisan dada, normalnya simetris. Dari arah samping dan belakang tentukan bentuk dada. Dari arah depan, catat : gerakan napas dan tanda-tanda sesak napas

- a. Normal: Gerak napas simetris 12- 24 x/ menit, abdominal / thorakoabdominal, tidak ada penggunaan otot napas dan retraksi interkostae.
- b. Abnormal
 1. Tachipneu napas cepat (frekuensi > 24 x/menit), misalnya pada demam, gagal jantung
 2. Bradipneu (napas lambat) (frekuensi < 12 x/menit), misalnya pada uremia, koma DM, stroke
 3. Cheyne Stokes→ napas dalam, kemudian dangkal dan disertai apneu berulang-ulang. Misalnya pada stroke, penyakit jantung, ginjal.
 4. Biot→ dalam dan dangkal disertai apneu yang tidak teratur, misalnya meningitis

5. Kusmaull → Pernapasan cepat dan dalam, misalnya koma DM, asidosis metabolik
6. Hyperpneu → napas dalam, dengan kecepatan normal
7. Apneustik → inspirasi tersengal, ekspirasi sangat pendek, misal pada lesi pusat pernapasan.
8. Dangkal → emfisema, tumor paru, pleura Efusi.
9. Asimetris → pneumonie, TBC paru, efusi pericard/pleura, tumorparu. Dari arah depan tentukan adanya pelebaran vena dada, normalnya : tidak ada.

Palpasi: Atur posisi pasien duduk atau berbaring Lakukan palpasi daerah thorak, catat adanya nyeri, adanya benjolan (tentukan konsistensi, ukuran, mobilitas) Dengan posisi berbaring / semi fowler, letakkan kedua tangan ke dada, sehingga ke dua ibu jari berada diatas Procecus Xypoideus, pasien diminta napas biasa, catat gerak napas simetris atau tidak dan tentukan daya kembang paru (normalnya 3-5 cm). Dengan posisi duduk merunduk, letakkan ke dua tangan pada punggung di bawah scapula, tentukan : kesimetrisan gerak dada, dan daya kembang paru Lakukan pemeriksaan stem fremitus dengan cara meletakkan kedua tangan dengan posisi tangan agak ke atas, minta pasien untuk bersuara (88), tentukan getaran suara dan bedakan kanan dan kiri. Stem fremitus meningkat pada konsolidasi paru, pneumonie, TBC, tumor paru, ada masa paru. Stem fremitus menurun pada efusi pleura, emfisema, paru fibrotik, caverne paru.

Perkusi: Atur posisi pasien berbaring / setengah duduk Gunakan tehnik perkusi, dan tentukan batas-batas paru.

Batas paru normal :

- ♣ Atas : Fossa supraklavikularis kanan-kiri
- ♣ Bawah : costa 6-Mid Clavicula Linea, costa 8 linea axillaris media, dan MAL, costa 10 linea skapularis, paru kanan lebih tinggi

Abnormal :

- ♣ Batas bawah paru lebih tinggi : anak, fibrosis, konsolidasi, efusi, ascites
- ♣ Batas bawah Menurun: orang tua, emfisema, pneumothorak

Lakukan perkusi secara merata pada daerah paru, catat adanya perubahan suara

perkusi :

Normal : sonor/resonan (dug)

Abnormal :

- ♣ Hipersonor → menggendang (dang) : thorax berisi udara, kavitas
- ♣ Hiposonor → "deg" : fibrosis, infiltrate, pleura menebal Redup → "bleg" : fibrosis berat, edema paru
- ♣ Pekak → seperti bunyi pada paha : tumor paru, fibrosis

Auskultasi: Atur posisi pasien duduk / berbaring Dengan stetoskop, auskultasi paru secara sistematis pada trachea, bronkus dan paru, catat : suara napas dan adanya suara tambahan.

Suara napas

Normal :

- Trachea bronkhial → suara di daerah trachea, seperti meniup besi, inspirasi lebih keras dan pendek dari ekspirasi.
- Bronkhovesikuler → suara di daerah bronchus (coste 3-4 di atas sternum), inspirasi seperti vesikuler, ekspirasi seperti tracheobronkhial.
- Vesikuler → suara di daerah paru, nada rendah inspirasi dan ekspirasi tidak terputus.

Abnormal :

- ♣ Suara tracheo-bronkhial terdengar di daerah bronchus dan paru (misal ; pneumonie, fibrosis)
- ♣ Suara bronkhovesikuler terdengar di daerah paru
- ♣ Suara vesikuler tidak terdengar. Missal : fibrosis, effuse pleura, emfisema

Suara tambahan

Normal : bersih, tidak ada suara tambahan

Abnormal :

- Ronkhi → suara tambahan pada bronchus akibat timbunan lendir atau sekret pada bronchus.
- Krepitasi / rales → berasal dari bronchus, alveoli, kavitas paru yang berisi

cairan (seperti gesekan rambut / meniup dalam air)

- Wheezing → suara seperti bunyi peluid, karena penyempitan bronchus dan alveoli.

Kemudian, beritahu pasien untuk mengucapkan satu, dua, atau delapan delapan, catat bunyi resonan vokal :

- ♣ Bronkhofoni → meningkat, suara belum jelas (misal : pnemonie lobaris, cavitas paru)
- ♣ Pectoriloguy → meningkat sekali, suara jelas
- ♣ Egofoni → sengau dan mengeras (pada efusi pleura + konsolidasi paru)
- ♣ Menurun / tidak terdengar → Efusi pleura, emfisema, pneumothorax.

3. PENGKAJIAN SISTEM KARDIOVASKULER

Inspeksi:

- a. Buka pakaian dan atur posisi pasien terlentang, kepala ditinggikan 15-30°
- b. Pemeriksa berdiri sebelah kanan pasien setinggi bahu pasien
- c. Motivasi pasien tenang dan bernapas biasa
- d. Hal - hal yang diamati : bentuk prekordial, denyut pada apeks kordis, denyut nadi pada daerah lain, denyut vena
 - o Bentuk prekordial
 - o Normal → datar dan simetris pada kedua sisi,
 - o Abnormal → Cekung, Cembung (bulging precordial)
- e. Amati dan catat pulsasi apeks cordis
 - o Normal → nampak pada ICS 5 MCL selebar 1-2 cm (selebar ibu jari).
 - o Sulit dilihat → payudara besar, dinding toraks yang tebal, emfisema, dan efusi perikard.

o Abnormal --> bergeser ke arah lateroinferior, lebar > 2 cm, nampak meningkat dan bergetar (Thrill).

f. Amati dan catat pulsasi daerah aorta, pulmonal, trikuspidalis, dan ephygastrik

o Normal → hanya pada daerah ictus

g. Amati dan catat pulsasi denyut vena jugularis

o Normal tidak ada denyut vena pada prekordial. Denyut vena hanya dapat dilihat pada vena jugularis interna dan eksterna.

Palpasi:

a. Dilakukan dengan menggunakan 3 jari tangan dan dengan tekanan ringan, palpasi daerah aorta, pulmo dan trikuspidalis. catat : adanya pulsasi. Normal → tidak ada pulsasi.

b. Geser pada daerah mitral, catat : pulsasi, tentukan letak, lebar, adanya thrill/lift

o Normal → teraba di intercosta 5 linea Mid clavicula selebar 1-2 cm (1 jari)

o Abnormal → ictus bergeser ke arah latero-inferior, ada thrill / lift

c. Geser pada daerah ephygastrik, tentukan besar denyutan.

o Normal : teraba, sulit diraba

o Abnormal : mudah / meningkat

Perkusi:

a. Lakukan perkusi mulai intercosta 2 kiri dari lateral (linea aksillaris anterior) menuju medial, catat perubahan perkusi redup

b. Geser jari ke intercosta 3 kiri kemudian sampai Intercosta, lakukan perkusi dan catat perubahan suara perkusi redup.

c. Tentukan batas-batas jantung

Auskultasi:

- a. Periksa stetoskop dan gosok sisi membran dengan tangan
- b. Tempelkan stetoskop pada sisi membran pada daerah pulmonal, kemudian ke daerah aorta, simak Bunyi jantung terutama bunyi jantung (BJ2), catat : sifat, kualitas dibanding dengan bunyi jantung 1 (BJ1), splitting BJ2, dan murmur BJ2.
- c. Tempelkan stetoskop pada sisi membran pada daerah tricus, kemudian ke daerah mitral, simak bunyi jantung terutama BJ1, catat : sifat, kualitas dibanding BJ2, splitting BJ1, murmur BJ1, frekwensi denyut jantung, irama gallop.
- d. Bila ada murmur ulangi lagi keempat daerah, catat mana yang paling jelas.
- e. Geser ke daerah epigastrik, catat adanya bising aorta.

Hal - hal yang perlu diperhatikan :

Irama dan frekwensi jantung

Normal : reguler (ritmis) dengan frekuensi 60 - 100 X/menit

Intensitas bunyi jantung

Normal : di daerah mitral dan trikuspidalis intensitas BJ1 akan lebih tinggi dari BJ di daerah pulmonal dan aorta intensitas BJ1 akan lebih rendah dari BJ 2

Adanya Bising (Murmur) jantung

→ adalah bunyi jantung (bergemuruh) yang dibangkitkan oleh aliran turbulensi (pusaran abnormal) dari aliran darah dalam jantung dan pembuluh darah.

Normal : tidak terdapat murmur.

Abnormal : terdapat murmur → kelainan katup, shunt/pirau

Irama Gallop (gallop ritme)

→ Adalah irama dimana terdengar bunyi S3 atau S4 secara jelas pada fase Diastolik, yang disebabkan karena darah mengalir ke ventrikel yang lebih lebar dari normal, sehingga terjadi pengisian yang cepat pada ventrikel

Normal : tidak terdapat irama gallop

Abnormal : - Gallop ventrikuler (gallop S3) - Gallop atrium / gallop presistolik (gallop S4) - Gallop dapat terjadi S3 dan S4 (Horse gallop).

4. PENGKAJIAN PAYUDARA DAN KETAK

Inspeksi

- a. Bantu pasien mengatur posisi duduk menghadap ke depan, telanjang dada dengan kedua lengan rileks di sisi tubuh
- b. Mulai inspeksi mengenai ukuran, bentuk dan kesimetrisan payudara. Payudara normalnya melingkar dan agak simetris dan dapat didiskripsikan kecil, sedang, besar.
- c. Inspeksi kulit payudara mengenai warna, lesi, vaskularisasi dan edema.
- d. Inspeksi warna areola. Pada wanita hamil umumnya berwarna lebih gelap.
- e. Inspeksi payudara dan puting susu mengenai setiap adanya penonjolan retraksi akibat adanya skar atau lesi
- f. Inspeksi puting susu mengenai setiap adanya keluaran, ulkus, pergerakan, atau pembengkakan. Amati juga posisi kedua puting susu yang normalnya mempunyai arah yang sama.
- g. Inspeksi ketiak dan klavikula untuk mengetahui adanya pembengkakan atau tanda kemerah-merahan.

Palpasi

- a. Lakukan palpasi di sekeliling puting susu untuk mengetahui adanya keluaran. Bila ditemukan keluaran maka identifikasi keluaran tersebut mengenai sumber, jumlah, warna, konsistensi dan kaji terhadap adanya nyeri tekan.
- b. Palpasi daerah klavikula dan ketiak terutama pada area limfe nodi.
- c. Lakukan setiap payudara dengan teknis bimanual terutama untuk payudara yang berukuran besar dengan cara: pertama tekankan telapak tangan anda/tiga jari tengah ke permukaan payudara pada kuadran samping atas. Lakukan palpasi dengan gerakan memutar terhadap dinding dada dari tepi menuju areola dan memutar searah jarum jam.
- d. Lakukan palpasi payudara sebelahnya.
- e. Bila diperlukan lakukan pula pengkajian dengan posisi pasien supinasi dan diganjal bantal/selimut di bawah bahunya.

5. PENGKAJIAN PERUT

Inspeksi

Langkah kerja Inspeksi adalah :

- a. Atur posisi yang tepat
- b. Lakukan pengamatan mengenai bentuk perut secara umum, kontur permukaan perut dan adanya ketidaksimetrisan.
- c. Amati gerakan-gerakan kulit pada perut saat inspirasi dan ekspirasi.
- d. Amati keadaan kulit secara lebih teliti mengenai pertumbuhan rambut dan pigmentasi.

Auskultasi

Langkah Kerja:

- a. Siapkan stetoskop, hangatkan tangan dan bagian diafragma stetoskop.
- b. Tanya pasien tentang waktu terakhir makan. Suara usus meningkat pada orang setelah makan.
- c. Tentukan bagian stetoskop yang akan digunakan. Bagian diafragma digunakan untuk mendengarkan suara usus, sedangkan bagian bell (sungkup) untuk mendengarkan suara pembuluh darah.
- d. Letakkan diafragma stetoskop dengan tekanan ringan setiap area empat kuadran perut dan dengar suara peristaltik aktif dan suara mendeguk (*gurgling*) yang secara normal terdengar setiap 5-20 detik dengan durasi kurang atau lebih dari satu detik.
- e. Letakkan bagian bell stetoskop di atas areapreumbilikal (sekeliling umbilikal) untuk mendengarkan bising vena (jarang terdengar).
- f. Dalam melakukan auskultasi pada setiap tempat khususnya pada area hepar dan lien, kaji kemungkinan terdengar suara-suara gesekan dua benda. Untuk mengkaji suara gesekan pada area lien maka letakkan stetoskop pada area batas bawah tulang rusuk di garis aksilaris anterior dan suruh pasien menarik nafas dalam. Untuk mengkaji suara gesekan pada area hepar, letakkan stetoskop pada sisi bawah kanan tulang rusuk.

Perkusi

Lakukan perkusi pada perut secara sistematis dengan cara sebagai berikut:

- a. Perkusi dimulai dari kuadran kanan atas kemudian bergerak searah jarum jam.

- b. Perhatikan reaksi pasien dan catat bila pasien merasa nyeri atau nyeri tekan.
- c. Lakukan perkusi pada area tympani dan redup. Suara tympani mempunyai ciri nada lebih tinggi daripada resonan, yang mana suara ini dapat didengarkan pada rongga atau organ yang berisi udara. Suara redup mempunyai ciri nada lebih rendah atau lebih datar daripada resonan. Suara ini dapat didengarkan pada massa yang padat misalnya keadaan asites, keadaan distensi kandung kemih, serta pada pembesaran atau tumor hepar dan limfe.

Palpasi

Palpasi merupakan metode yang dilakukan paling akhir pada pengkajian perut. Untuk melakukan palpasi ringan, maka perawat meletakkan telapak tangan pada perut pasien dengan jari-jari paralel terhadap perut. Jari-jari digerakkan secara agak melingkar dan diletakkan ke bawah kira-kira sedalam 1 cm atau sedalam jaringan subkutan. Selama melakukan palpasi ringan, perawat tetap memperhatikan ekspresi wajah pasien dan menganjurkan pasien untuk memberitahu area-area yang nyeri tekan.

6. PENGKAJIAN ALAT KELAMIN

a. Alat Kelamin Pria

Inspeksi

1. Inspeksi rambut pubis, perhatikan penyebaran dan pola pertumbuhan rambut pubis. Catat bila rambut pubis tumbuh sangat sedikit atau sama sekali tidak ada
2. Inspeksi penis mengenai kulit, ukuran, dan adanya kelainan lain yang tampak.
3. Pada pria yang tidak dikhitan, pegang penis dan buka kulup penis, amati lubang uretra, dan gland penis mengenai adanya ulkus, skar,

nodula, peradangan dan keluaran (Bila pasien malu, dapat pula penis dibuka oleh pasien sendiri). Lubang uretra normalnya terletak di tengah gland. Pada beberapa kelainan lubang uretra ada yang terletak di bawah batang penis (Hipospadia) dan ada yang terletak di atas batang penis (Epispadia).

4. Inspeksi scrotum dan perhatikan bila ada tanda kemerah-merahan, bengkak, ulkus, eksoriasi, atau nodula. Angkat scrotum dan amati area di belakang scrotum.

Palpasi

1. Lakukan palpasi penis untuk mengetahui adanya nyeri tekan, nodula dan adanya cairan kental yang keluar. Palpasi sebaiknya tidak dilakukan pada pasien pria dewasa yang tidak mempunyai keluhan.
2. Palpasi scrotum dan testis dengan menggunakan jempol dan tiga jari pertama. Palpasi tiap testis dan perhatikan ukuran, konsistensi, bentuk dan kelicinannya. Testis normalnya teraba elastis, licin dan tidak ada nodula atau massa dan berukuran sekitar 2-4 cm.
3. Palpasi epididimis yang memanjang dari puncak testis ke belakang. Normalnya epididimis teraba lunak.

b. Alat Kelamin Wanita

Inspeksi

1. Beri kesempatan pada pasien untuk mengosongkan kandung kemih sebelum pengkajian dimulai.
2. Anjurkan pasien untuk membuka celana, bantu untuk mengatur posisi litotomi dan selimuti bagian yang tidak diamati.
3. Mulai dengan mengamati rambut pubis, perhatikan distribusi dan jumlahnya dan bandingkan sesuai usia perkembangan pasien.
4. Amati kulit dan area pubis, perhatikan adanya lesi, eritema, fisura, leukoplakia, dan eksoriasi.

5. Buka labia mayora dan amati bagian dalam labia mayora, labia minora, klitoris, dan meatus uretra. Perhatikan setiap ada pembengkakan, ulkus, keluaran, atau nodula.

7. PENGKAJIAN MUSKULOSKELETAL

a. Otot

- 1) Lakukan inspeksi mengenai ukuran otot misalnya pada lengan dan paha. Bandingkan satu sisi dengan sisi yang lain serta amati mengenai ada dan tidaknya *atrofi* maupun *hipertrofi*.
- 2) Bila didapatkan perbedaan kedua sisi, ukur keduanya dengan menggunakan meteran.
- 3) Amati otot dan tendon untuk mengetahui kemungkinan mengalami kontraktur yang ditunjukkan dengan terjadinya malposisi suatu bagian tubuh.
- 4) Amati otot untuk mengetahui kemungkinan terjadi kontraksi abnormal dan tremor.
- 5) Lakukan palpasi pada otot saat istirahat untuk mengetahui tonus otot.
- 6) Lakukan palpasi otot pada saat pasien bergerak secara aktif dan pasif untuk mengetahui adanya kelemahan, kontraksi tiba-tiba secara involunter dan kehalusan gerakan.
- 7) Uji kekuatan otot dengan cara menyuruh pasien menarik atau mendorong tangan pemeriksa, dan bandingkan kekuatan otot anggota gerak kanan dan anggota gerak kiri.
- 8) Amati kekuatan suatu bagian tubuh dengan cara memberi penahanan secara resisten.

b. Tulang

- 1) Amati kenormalan susunan tulang dan deformitas.

- 2) Lakukan palpasi tulang untuk mengetahui adanya edema atau nyeri tekan.
- 3) Amati keadaan tulang untuk mengetahui adanya pembengkakan.

c. Persendian

- 1) Lakukan inspeksi persendian untuk mengetahui adanya persendian.
- 2) Lakukan palpasi persendian untuk mengetahui adanya nyeri tekan, gerakan, bengkak, *krepitasi* dan Nodula.

DAFTAR PUSTAKA

Potter, P. A. A. G. Perry. 2005. *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. ed.2. Jakarta: EGC

TOPIK 9

PJBL PEMERIKSAAN HEAD TO TOE

PENUGASAN

1. Dibuat Perkelompok
2. lokasi limfonodi kepala-leher yang harus diperiksa
3. Buat Gambarnya : Bantu pasien mengatur posisi duduk menghadap ke depan, telanjang dada dengan kedua lengan rileks di sisi tubuh
4. Langkah kerja pengkajian Alat kelamin wanita bagian dalam
5. Gambarkan kelainan letak pada lubang uretra
6. Buat Tabel Tingkatan kekuatan otot

TEST

Lakukan pengkajian Head To Toe dibawah pengawasan pembimbing

TOPIK 12

KONSEP INTEGRITAS KULIT DAN LUKA

Kulit adalah salah satu organ terbesar dalam tubuh. Kulit menutupi tubuh 2 m², berat sekitar 3 kg atau 15% dari berat badan dan menerima sepertiga suplai sirkulasi darah pada orang dewasa.

Diagnosa kerusakan integritas jaringan adalah kerusakan jaringan integument pada pasien yang bisa disebabkan oleh berbagai faktor. Faktor yang berhubungan dengan diagnosa kerusakan integritas jaringan meliputi gangguan sirkulasi, iritan zat kimia, defisit cairan, kelebihan cairan, hambatan mobilitas fisik, kurang pengetahuan, faktor mekanik (misalnya tekanan, robekan, koyakan), faktor nutrisi kelebihan atau kekurangan, radiasi, suhu ekstrem.

A. Definisi Gangguan Integritas Kulit

Gangguan integritas kulit adalah dimana keadaan individu berisiko mengalami kerusakan jaringan epidermis dan dermis pada lapisan kulit (Carpenito, 2012).

Gangguan integritas kulit adalah kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligament) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

B. Penyebab Gangguan Integritas Kulit

Penyebab dari gangguan integritas kulit adalah perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), penurunan

mobilitas, suhu lingkungan yang ekstrem, kelembaban, proses penuaan, neuro perifer, perubahan hormonal, perubahan pigmentasi, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan.

C. Tanda & Gejala Gangguan Integritas Kulit

Tanda dan gejalanya adalah sebagai berikut:

a. Nyeri

Nyeri yang terjadi bisa bersifat akut maupun nyeri kronis

b. Perdarahan

Terjadinya kehilangan darah baik yang bersifat internal maupun eksternal.

c. Kemerahan

Terjadinya perubahan pada kulit berupa kemerahan atau adanya ruam pada bagian kulit.

d. Hematoma

Hematoma terjadi karena adanya kumpulan darah yang terlokalisasi di bawah jaringan. Hematoma dapat berupa perubahan warna, pembengkakan, sensasi atau adanya massa yang tampak seperti kebiru – biruan.

D. Dampak Gangguan Integritas Kulit

Dampak gangguan integritas kulit dapat berupa nyeri pada bagian kaki, intoleransi aktivitas, gangguan pola tidur dan penyebaran infeksi.

E. Komplikasi Gangguan Integritas Kulit

Terdapat komplikasi yang menimbulkan gangguan integritas kulit yaitu

- a. Neuropati sensorik yang menyebabkan hilangnya perasaan nyeri dan sensibilitas tekanan

- b. Neuropati otonom yang menyebabkan timbulnya peningkatan kekeringan akibat penurunan perspirasi
- c. Vaskuler perifer yang menyebabkan sirkulasi ekstremitas bawah buruk yang menghambat lamanya kesembuhan luka sehingga menyebabkan terjadinya komplikasi ganggren dan ulkus diabetik.

F. Pemeriksaan Penunjang Gangguan Integritas Kulit

a. Pemeriksaan Kulit

Insepsi: denervasi kulit menyebabkan produktivitas keringat menurun, sehingga kulit kaki kering, pecah, rabut kaki/jari(-) dan kalus

Palpasi: kulit kering, pecah – pecah, tidak normal dal pulsasi berkurang.

b. Pemeriksaan vaskuler

c. Pemeriksaan radiologis gas subkutan, benda asing dan osteomielitis

d. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah:

- 1.) Pemeriksaan darah meliputi: GDS >200 mg/dl, gula darah puasa > 120 mg/dl dan 2 jam post prandial >200g/dl.
- 2.) Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dengan cara Benedict (reduksi). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna pada urine : hijau (+), kuning (++), merah (+++), dan merah bata (+++++).
- 3.) Kultur pus untuk mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman.

G. Konsep Luka

Luka merupakan suatu kerusakan yang abnormal pada kulit yang menghasilkan kematian dan kerusakan sel-sel kulit. Perawatan luka terdiri dari pembersihan luka dan penggunaan balutan untuk menutupi dan melindungi daerah yang luka. Pembersihan luka ditunjukkan untuk membersihkan debris, agen yang mengkontaminasi dan mengeluarkan eksudat. Pemilihan jenis balutan dan metode pembalutan luka akan mempengaruhi proses penyembuhan luka. Metode pembalutan luka terdiri atas dua macam balutan, yaitu balutan basah kering dan balutan kering-kering.

Balutan basah kering berguna untuk melindungi dan menutupi luka, menampung eksudat, membantu penyembuhan luka dan membantu proses *debridement* ringan (pengelupasan) pada permukaan luka. Jika balutan terlalu basah dapat menyebabkan maserasi bagian kulit sekitar luka. Balutan luar dijaga kering agar mikroorganisme tidak masuk ke dalam luka (balutan basah kering). Balutan basah kering dikontraindikasikan pada luka skar yang menghitam dan skar pada luka *full thickness* (luka dalam) karena bakteri dapat terkumpul. Balutan ini biasa digunakan pada ulkus diabetik dan ulkus dekubitus banyak jenis balutan basah kering khusus yang tersedia di pasaran, namun penggunaan balutan tersebut dapat ditentukan oleh dokter bedah, perawat spesialis luka dan kebijakan rumah sakit.

Balutan kering dapat melindungi luka dari trauma dan infeksi. Biasanya digunakan pada luka tertutup seperti luka operasi (jahitan). Balutan berada dalam kondisi kering saat dipasang pada luka dan kering saat dilepaskan saat penggantian balutan berikutnya. Pada luka terbuka, balutan kering hanya digunakan untuk menyerap luka dengan eksudat pada luka.

Latihan /Penugasan:

Diskusikan dalam kelompok tentang konsep integritas kulit dan perawatan pada luka!

Ringkasan:

Kulit adalah suatu organ pembungkus seluruh permukaan tubuh, merupakan organ terberat dan terbesar dari tubuh. Kulit bisa mengalami kerusakan integritasnya yang bisa disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya adalah gangguan sirkulasi, iritan zat kimia, defisit cairan, kelebihan cairan, hambatan mobilitas fisik, kurang pengetahuan, faktor mekanik (misalnya tekanan, robekan, koyakan), faktor nutrisi kelebihan atau kekurangan, radiasi, suhu ekstrem. Kulit bisa mengalami luka yang menyebabkan kerusakan yang abnormal pada kulit yang menghasilkan kematian dan kerusakan sel-sel kulit. Untuk itu perlu dilakukan perawatan luka pada kulit sehingga tidak terjadi komplikasi lebih lanjut dan luka bisa sembuh tanpa menimbulkan kerusakan yang lebih lanjut.

Test:

3. Seorang perawat melakukan pengkajian terhadap luka pada bagian kaki yang dialami pasien. Agar tidak terjadi infeksi pada luka perawat langsung membersihkan luka pasien. Apakah tujuan pembersihan luka yang dilakukan perawat tersebut?
 - f. Agar pasien nyaman
 - g. Luka cepat kering
 - h. Luka bebas dari agen yang mengkontaminasi
 - i. Luka tidak menimbulkan jaringan parut
 - j. Luka tidak meluas ke jaringan yang sehat

4. Seorang perawat melakukan perawatan luka ulkus diabetikum dengan memperhatikan prinsip steril. Melihat kondisi luka pasien tersebut perawat melakukan balutan basah kering pada luka pasien. Mengapa perawat melakukan pembalutan luka kering pada luka pasien tersebut?
 - f. Melindungi dan menutup luka
 - g. Membantu luka untuk cepat kering
 - h. Mengurangi eksudat pada luka
 - i. Membantu terbentuknya jaringan baru pada luka
 - j. Membantu proses *debridement* ringan (pengelupasan) pada permukaan luka.

DAFTAR PUSTAKA

4. Potter, P.A & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vol set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd
5. Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
6. Lynn, P. (2011). *Taylor's Handbook of Clinical Nursing Skills. 3rd ed.* Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia
7. Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J, & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health
8. www.googlebooks.com

DAFTAR PUSTAKA

- Altman , G. (2004). *Delmar's Fundamental and Advanced Nursing Skills (2nd edition)*. Canada: Delmar Learning
- Carville. K. (2007). *Wound care: manual*. 5th ed. Osborne Park: Silver Chain Foundation
- DeLaudner, S.C., & Ladner, P.K. (2011). *Fundamentals of Nursing: Standards and Practice* (Ed. 4th). USA: Delmar Cengage learning
- Dillon, P. M. (2007). *Nursing health assessment: A critical thinking case study approach*. Philladelphia: F. A. Davis Company
- Gleadle, J. (2007). *At a glance: anamnesis dan pemeriksaan fisik*. Jakarta: EGC
- Maklebust, J., & Sieggreen, M. (2001). *Pressure Ulcers: Guidelines for Prevention and Management (3th edition)*. USA: Spring house corporation
- Morton, P.G. (2005). *Panduan pemeriksaan kesehatan dengan dokumentasi sopie*. Jakarta: EGC
- Rebeiro, G., Wilson, D., Scully, N., Jack, .(2020). *Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis*. Singapura: Elsevier.
- Rainey J. (2002). *Wound care: a handbook for community nurses*. Philadelphia: Whurr Publisher.
- Zencirci, A. D., (2012) *Use of Physical Restraintts in Neurosurgery:Guide for a Good Practice. Explicative Cases of Controversial Issues in Neurosurgery*. Croatia: Intech Europe. Diperoleh dari www.intechopen.com

Format Laporan Makalah Kelompok Seminar

1. Cover
2. Kata Pengantar :berisi kata-kata harapan penulis, ucapan trimakasih,dll dari penulis
3. Daftar isi (jelas)
4. BAB I Pendahuluan : latar belakang pembuatan tugas, tujuan dan manfaat yg diinginkan
5. BAB II Landasan teori : kutipan teori-teori yang mendasari makalah, dapat dikutip dari jurnal, buku referensi *teks book*, para ahli dll
6. BAB III Pembahasan : inti makalah yg ingin di bahas
7. BAB IV Penutup : Kesimpulan dari pembahasan
8. Daftar Pustaka : sumber-sumber yang digunakan untuk membuat makalah (dari jurnal, buku referensi *teks book*, para ahli dll)
9. Ketentuan penulisan: jumlah halaman min 10 lembar, ketikan 1,5 spasi, *Font* Time New Roman, size 12, kertas A4, dijilid rapi dan cover makalah menggunakan kertas buffalo berwarna hijau muda, makalah dikumpul pada dosen pengampu paling lambat 1 minggu setelah penugasan berlangsung.