

RIZA FEBRIANTI S.SIT M.KEB

KIKI MEGASARI SKM M.KES

Keterampilan Klinik
Praktik Kebidanan II

2020

STIKES HANG TUAH PEKANBARU

VISI DAN MISI
STIKes Hang Tuah Pekanbaru

Visi STIKes Hang Tuah Pekanbaru

Visi STIKes Hang Tuah Pekanbaru adalah : Terwujudnya institusi yang unggul dan kompeten dalam penyelenggaraan pendidikan tinggi kesehatan yang berbasis teknologi tepat guna, kewirausahaan, dan mampu bersaing ditingkat nasional dan regional tahun 2036.

Misi STIKes Hang Tuah Pekanbaru

1. Melaksanakan pendidikan kesehatan yang bermutu untuk menghasilkan lulusan yang profesional berorientasi kepada peningkatan kesehatan masyarakat.
2. Mengembangkan ilmu dan teknologi kesehatan melalui kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat untuk peningkatan kesehatan masyarakat.
3. Melaksanakan penjamin mutu yang konsisten dan berkelanjutan.
4. Mewujudkan atmosfer akademik yang kondusif melalui kinerja akademik.
5. Menjalin kerjasama dengan berbagai pihak dalam penyelenggaraan Tridharma Perguruan Tinggi.
6. Mengembangkan teknologi tepat guna dalam bidang kesehatan.

**Visi Misi Program Studi D III Kebidanan
STIKes Hang Tuah Pekanbaru**

Visi Program Studi D III Kebidanan

Menghasilkan Lulusan Ahli Madya Kebidanan yang Berempati dalam pelayanan kebidanandan unggul dalam massage maternal dan neonatal Tahun 2028

Misi Program Studi DIII Kebidanan

1. Menyelenggarakan pendidikan Diploma III Kebidananberdasarkan filosofi Kebidanan yang berempati dalam pelayanan kebidanan yang unggul dalam massage maternal dan neonatal sesuai kebutuhan pengguna lulusan
2. Melaksanakan pengembangan pendidikan Program Studi D III Kebidanan mealui penelitian dalam pelayanan kebidanan
3. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pengabdian kepada masyarakat pada Program Studi D III Kebidanan dalam Pelayanan Kebidanan
4. Menjalin kerjasama dengan berbagai instansi dalam pelayanan kebidanan serta berpartisipasi aktif melalui organisasi profesi (IBI), Asosiasi Pendidikan Kebidanan Indonesia (AIPKIND)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ajar ini. Buku ajar ini disusun berdasarkan materi pokok bahasan mata kuliah Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan II yang telah disesuaikan dengan kurikulum DIII Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru Tahun Ajaran 2019/2020.

Buku ajar ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan bagi mahasiswa program studi kebidanan STIKes Hang Tuah. Buku ajar ini penulis persembahkan untuk mendukung perkembangan pendidikan dan menambah ilmu mahasiswa.

Akhirnya penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dan memberikan masukan demi tersusunnya buku ajar ini. Penulis menyadari kesempurnaan adalah milik Allah SWT, untuk itu dengan hati terbuka penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi perbaikan buku ajar ini di masa yang akan datang.

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	5
BAB I.....	7
Pengenalan Alat Instrumen.....	7
A. Defenisi Alat Kesehatan	7
B. Penggolongan Alat Kesehatan	8
C. Beberapa Macam Alat Kebidanan.....	13
BAB II.....	34
Pemeriksaan Tanda- Tanda Vital.....	34
A. Konsep Tentang Suhu Badan	34
BAB III	52
Persiapan Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri	52
A. Mencuci dan Menyisir Rambut.....	52
BAB IV	82
Asuhan Pasien Bedah Pada Kasus Kebidanan	82
<u>A.</u> PENGERTIAN PERIOPERATIF.....	82
B. PERAWATAN PRE OPERASI.....	82
C. PERAWATAN INTRA OPERASI.....	86
D. PERAWATAN POST OPERASI.....	90
A. PENGERTIAN LUKA.....	94
B. MENJAHIT LUKA.....	101
C. MERAWAT LUKA	109
D. MENGANGKAT JAHITAN	117
BAB VI.....	130

PEMASANGAN INFUS	130
A. Pengertian.....	130
A. Cara Menghitung Tetesan Infus	131
BAB VII.....	139
MENYIAPKAN PEMERIKSAAN UNTUK DIAGNOSTIK.....	139
A. PERSIAPAN PENGAMBILAN DAN PEMERIKSAN SPESIMEN	139
1. SPESIMEN DARAH.....	139
2. SPESIMEN URINE.....	142
3. SPESIMEN FESES	143
4. SPESIMEN CAIRAN PERVAGINAM	144
5. SPESIMEN SPUTUM.....	145
BAB VIII	163
RESUSITASI JANTUNG – PARU PADA ORANG DEWASA.....	163
A. Pengertian Resusitasi Jantung – Paru / Bantuan Hidup Dasar	163
BAB IX	192
ASUHAN PADA KLIEN DENGAN MASALAH KEHILANGAN	192
DAN KEMATIAN.....	192
A. KONSEP KEHILANGAN (LOSS) DAN BERDUKA (GRIEVING)	192

BAB I

PENGENALAN ALAT INSTRUMEN

A. DEFENISI ALAT KESEHATAN

Dalam bahasa Inggris dikenal nama/ istilah *Medical Instruments* dan dalam bahasa Indonesia bernama Alat alat Kedokteran atau Alat- alat medis. Dalam bahasa Indonesia dikenal nama/ stiah Alat- alat Kesehatan atau disingkat dengan nama ALKES.

Alkes ini ruang lingkupnya lebih luas dari pada alat kedokteran. Tetapi akan lebih lengkap lagi bila Alkes ini di tambah dengan alat- alat untuk penyelidikan, sehingga namanya berubah menjadi alat- alat kesehatan dan penyelidikan atau disingkat dengan nama AAKP atau A2KP.

Defenisi alkes menurut peraturan Menteri Kesehatan R.I no.220/Men.Kes/Per/IX/1976 tertanggal September 1976, yang di maksud dengan: Alat kesehatan adalah barang, istrument, aparat atau alat, termasuk tiap komponen, bagian atau perlengkapannya yang diproduksi, dijual atau dimaksudkan untuk digunakan dalam:

1. Pemeliharaan dan perawatan alat kesehatan, diagnosa, penyembuhan, peringanan atau pencegahan penyakit, kelainan keadaan badan atau gejalanya pada manusia.
2. Pemulihan, perbaikan atau perubahan suatu fungsi badan atau struktur badan manusia.
3. Diagnosa kehamilan pada manusia atau pemeliharaan selama hamil dan setelah melahirkan termasuk pemeliharaan bayi.
4. Usaha mencegah kehamilan pada manusia dan yang tidak termasuk golongan obat.

Menurut peraturan pemerintah republik indonesia Nomor 72 tahun 1998 Tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan, Alat Kesehatan adalah instrument, apparatus, mesin, implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memliuhkan kesehatan pada manusia dan untuk membentuk struktur

dan memperbaiki fungsi tubuh. Defenisi semacam itu juga terdapat dalam undang-undang kesehatan nomor 36 Tahun 2009.

B. PENGGOLONGAN ALAT KESEHATAN

Menurut keputusan menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 116/SK/79, alat kesehatan dapat digolongkan menjadi :

1. Preparat untuk pemeliharaan dan perawatn kesehatan
2. Pestisida dan insektisida pembasmi hama manusia dan binatang piaraan
3. Alat kecantikan yang digunakan dalam salon kecantikan
4. Wadah dari plastik dan kaca untuk obat dan injeksi, juga karet tutup botol infus
5. Peralatan obstetri dan gynekologi
6. Peralatan anastesi
7. Peralatan dan perlengkapan kedokteran gigi
8. Peralatan dan perlengkapan kedokteran THT
9. Peralatan dan perlengkapan kedokteran mata

Penggolongan Alkes bisa dibagi menurut macam- macam keadaan, ditinjau dari segi apa, misalnya saja menurut:

1. Penggolongsn menurut fungsinya
 - a. Peralatan medis:
 - 1). Instrument atau perlengkapan seperti : X-Ray, ICU, ICCU, Obgyn, Emergency dept, kardiologi, operating theatre dan lain- lain
 - 2). Utensilien, seperti nierbeken, alat pembalut, urinal, bedpan, catheters dan lain- lain
 - b. Peralatan non- medis, seperti: dapur, generator, keperluan cucian (laundry) dan lain- lain
 - 1). Penggolongan menurut sifat pemakiannya.
 - a) Peralatan yang habis pakai (consumable)
 - b) Peralatan yang dapat digunakan secara terus menerus
2. Penggolonan menurut kegunaannya
Sesuai dengan kepentingan penggunaannya, peralatan itu dapat di bagi sebagai berikut: THT, peralatan bedah, peralatan obygn, peralatan gigi, peralatan orthopedic, dan lain- lain

3. Penggolongan menurut umur peralatan
Termasuk disini juga sistemnya penghapusannya, misalnya:
 - a. Yang tidak memerlukan pemeliharaan atau yang hanya untuk 1 kali pakai (disposable) atau yang habis terpakai (Consumable) atau yang mempunyai unit “Unit Cost” rendah seperti alat suntik, pincet, gunting, alat bedah, selimut dan lain- lain
 - b. Alat- alat yang penting atau alat dengan waktu penyusutan lebih dari 5 tahun seperti laboratorium, peralatan ruang bedah, dan lain- lain
 - c. Alat- alat berat dengan waktu penyusutan lebih dari 5 tahun atau dikaitkan dengan bangunan diman alat itu ditempatkan seperti X-Ray, alat sterilisasi, perlengkapan dapur, pencucian, dan lain-lain

4. Penggolongan menurut macam bentuknya
 - a. Alat- alat kecil dan yang umum seperti jarum, semprit, alat bedah, alat THT, alat gigi, catheter, alat ortopedic, film X-Ray dan lain- lain
 - b. Alat perlengkapan rumah sakit, seperti meja operasi, autoclave, sterilizer, lampu operasi, unit perlengkapan gigi dan lain- lain
 - c. Alat laboratorium, seperti alat gelas, reagens, test kit diagnostik dan lain- lain
 - d. Alat perlengkapan radiologi/ nuklir, seperti X- Ray, scanner dan lain- lain

5. Penggolongan menurut katalog- katalog pabrik alat
 - a. Dari SMIC- RRC
 - Instrument Gigi
 - Instrument untuk akupunktur
 - Instrument diagnostic
 - Instrument bedah umum
 - Instrument obstetric
 - Instrument THT
 - Perlengkapan Rumah Sakit
 - Alat- alat dari plastic untuk rumah sakit
 - Alat- alat dari karet
 - Barang barang hygienis seperti gaas, handuk , dll

 - b. AESCULAP –Jerman

- AA: Untuk keperluan postmortem (Autopsy anatomy)
- AB: Microscopy
- AC: Alat untuk eksaminasi- diagnostik
- AD: Alat untuk mengukur
- AJ: Alat untuk vaksinasi
- AN: Alat untuk anasthesia dan laryngoscope
- BA: Scalpel, pisau
- BB: Pegangan Scalpel
- BC: Gunting
- BD: Dissecting dan Tissue Forceps
- BF: Sponge- washing- tendon seizing organ dan forign body forceps, towel clamps
- BJ: Peritoneum, hysterectomy, vaginal dan compression, dissecting dan ligerature forceps
- BL: Needles, catgut-silk
- BM: Durogrip instrument
- BN: Suture Clips dan alatnya, pocket instruments set
- BT: Wound retractor
- BV: Abdominal, self retaining, pocket instrument set
- EA: Alat- alat untuk instestinal dan rektal
- EB: Alat- alat untuk empedu dan hati
- EF: Alat- alat untuk urogenital
- EJ: Trocar
- EL: Vaginal Speculum
- EM: Uterine dilator
- EO: Uterine forceps
- ER: Alat- alat untuk biopsi dan curet
- ET: Alat- alat untuk obstetri
- FA: Alat- alat untuk tracheotomy
- FB: Alat untuk pembedahan kardiovaskular dan thorax
- FF: Trepanation
- FH: Alat untuk amputasi
- FK: Elevator, curet tulang, raspatories

- FL: Palu, pahat, gauges
 - FO: Alat untuk memegang/ memotong tulang, finger nail instruments
 - FR: Handrill
 - GA: Motor electro-aurgical
 - GF: Electro-suction pump
 - GK: Coagulator
 - GN: Nerve Stimulator
 - JG: Kidney tray, sterilizing forceps
 - LX: Wire extension, plester instruments
 - SC: Syringes
 - SF: Alat suntik untuk biopsy, tuberculine- insuline syringes
 - SH: Gilcerine Syringes
 - SJ: Injector
 - SK: Adaptor, tubing connections
 - SL: Water Syringes
 - SR: Jarum- jarum
- c. *JMS (Japan Medical Supplay) – Guide to disposable products*
- Infussion
 - Blood collection and transfussion
 - Syringes and needles
 - I.V accessoris
 - I.V hyperalimentation
 - Feeding Systems
 - Drainage systems
 - Gloves
 - Clinical examination
 - Dialysis
 - Miscellaneous
- JMC (Japan Medical Instrument Catalog)- Japan
- Diagnostic, general, instestinal
 - Injection, infusion

- Physical examination, models
- Anesthetic
- Suture needles, suture
- General operating, neurosurgical orthopedic
- Rehabilitation, physical therapy
- Ophthalmic
- Ear, nose, and throat
- Urological
- Gynecologic., obstetri
- X- Ray, dark room
- ICU, CCU, Equipments
- Ward
- Operating room
- Sterilizing
- Staff wears
- Pharmaceutical
- Post- mortem, dissecting
- Microscope and accessories
- Laboratory
- Rubbers goods, disposable
- Glass, polyethylene, porcelain wares

6. Penggolongan menurut Keputusan Men.Kes R.I no.116/SK/79:

- a. Preparat untuk pemeliharaan dan perawatan kesehatan
- b. Pesticide dan insectisida pembasmi hama manusia dan binatang peliharaan
- c. Alat dan perawataan yang digunakan dalam salon kecantikan
- d. Wadah dari plastik dan kaca untuk obat dan injeksi, juga karet tutup botol infus
- e. Peralatan obstetric dan gynecologi
- f. Peralatan anesthesia
- g. Peralatan dan perlengkapan kedokteran gigi
- h. Peralatan dan perlengkapan THT
- i. Peralatan dan perlengkapan mata
- j. Peralatan rumah sakit

- k. Peralatan kimia
- l. Peralatan hematologi
- m. Peralatan imunologi
- n. Peralatan mikrobiologi
- o. Peralatan patologi
- p. Peralatan toksikologi
- q. Peralatan ortopedi
- r. Peralatan rehabilitasi (physical medicine)
- s. Peralatan bedah umum dan bedah plastik
- t. Peralatan kardiologi
- u. Peralatan neurologi
- v. Peralatan gastro enterologi dan urologi
- w. Peralatan radiologi

7. Penggolongan menurut kepraktisan penyimpanan

- a. Alat- alat perawatan
- b. Alat- alat kedokteran umum (Medical instrument)
- c. Hospital furniture and equipments
- d. Alat- alat laboratorium gelas
- e. Alat- alat kedokteran gigi
- f. Alat- alat X- Ray dan accessoris
- g. Alat- alat optik
- h. Alat bedah (surgical instruments)
- i. Alat bedah tulang
- j. Alat untuk penyelidikan

C. Beberapa Macam Alat Kebidanan

Ada beberapa alat dari usaha bidan yang biasa digunakan selama persalinan sebagai berikut :

1. Peralatan dasar

Setiap bidan akan membawa beberapa peralatan dasar untuk kelahiran. Ini adalah item medis umum yang meliputi sarung tangan steril, pelumas larut dalam air, gunting pusar, klem, jarum suntik, kain kassa steril, pitocin, peralatan oksigen dan

pernafasan, bayi okular alat kontrasepsi, bantalan feminin berat dan pakaian sekali pakai. Barang-barang bantuan dalam kelahiran fisik bayi baru dan perawatan ibu. Jika bidan yang membantu kelahiran di rumah sakit, item ini akan menjadi pratraged dan dibawa ke ruang melahirkan di gerobak, siap untuk bidan untuk digunakan.

2. Peralatan pemantauan

Untuk kelahiran pusat rumah atau kelahiran, bidan akan menggunakan peralatan pemantauan untuk mengawasi tanda-tanda vital ibu dan bayi. Beberapa jenis peralatan bidan dapat membawa kelahiran terjadi di luar rumah sakit adalah stetoskop, manset tekanan darah, dan USG Doppler gel tranmisi atau fetoscope, dan stopwacth. Peralatan ini membantu bidan hati-hati mengikuti perkembangan ibu dan bayi selama proses persalinan. Dalam kelahiran rumah sakit, peralatan pemantauan yang biasa mereka dapat atau tidak dapat digunakan, tergantung pada rumah sakit protokol, standar bidan praktik, dan keinginan pasien.

3. Peralatan lainnya

Peralatan lain yang mungkin dipergunakan oleh bidan adalah pada pemanasan atau foil bayi bendera pak, cekungan emesis, pispol, cairan IV dan kit, konaktion (vitamin k), bahan menjahit, anestesi lokal dan alat-alat untuk membantu dalam tindakan kenyamanan, seperti genggam pijat alat.

4. Peralatan untuk bidan belajar

Dalam proses pembelajaran, bidan membutuhkan beberapa alat bantu peraga kebidanan. Beberapa di antaranya : phantom, relief, dan model.

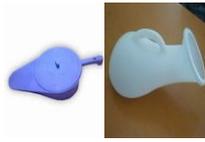
A. Alat-Alat Kebidanan dan Fungsinya

1	Gambar	Nama	Fungsi
:		Sphygmomanometer /Tensimeter	Untuk menentukan tekanan darah pasien.
:		Stetoskop Binaural (bagian yang ditempelkan di telinga)	untuk mendengar bunyi organ tubuh misalnya jantung, paru- paru

Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan II

	Obstetrical Stethoscope/ Stethoscop monoaural/ stethoscop bidan	Untuk mendengar bunyi jantung bayi dalam kandungan ibu hamil
	Timbangan Berat Badan	Berfungsi untuk pemeriksaan antropometri atau pengukuran berat badan.
	Timbangan Berat Badan Bayi	Berfungsi untuk pemeriksaan antropometri atau pengukuran berat badan bayi.
	Pengukur Tinggi Badan Bayi	Berfungsi untuk pemeriksaan antropometri atau pengukuran tinggi badan.
	Termometer	Untuk mengukur suhu tubuh pasien.
	Penghitung Denyut Nadi	Berfungsi untuk menghitung denyut nadi
	Nierbeken/Bengkok	Untuk membuang kapas bekas pakai, kasa kotor, pus (nanah), darah atau untuk meletakkan sementara peralatan yang kotor sebelum didekontaminasi.
	Sarung Tangan/ <i>Handscoon</i>	Berfungsi untuk melindungi tangan pemakai dari pengaruh lingkungan sekeliling.

Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan II



Pispot

untuk membantu pasien pada saat berkemih atau BAB.

Gunting tali pusar

Gunting tali pusar untuk menggunting Tali pusat



Peritonium Forceps

Untuk menjepit jaringan selaput perut



Pengukur Tinggi Badan

Berfungsi untuk pemeriksaan antropometri atau pengukuran tinggi badan.



Kom Berisi Air

Untuk membersihkan setelah BAB/BAK atau Menampung air Disinfektan Tingkat Tinggi (DTT).



Kateter Folley

Sifat : Steril

Berfungsi untuk mengeluarkan atau pengambilan urine.



Duk Berlubang

Sifat : Steril

Untuk mempersempit daerah yang dibutuhkan.



Sprit 10 cc

Digunakan apabila kateter dipasang tetap.

Urine Bag



Untuk menampung urin yang dihubungkan dengan Balloon Cathether/Foley Cathehter di gunakan untuk mengeluarkan /pengambilan urine pada sistem tertutup.

Touriquet



Digunakan untuk pengebat atau pembendung pembuluh darah pada organ yang akan dilakukan penusukan (pada saat mengambil darah vena).

Needle/Wing Needle dan Vacuum Tube



Fungsi pada *Needle* : Untuk pengambilan secara vakum.

Fungsi *Vacuum Tube*: Ketika tabung dilekatkan pada jarum, darah akan mengalir masuk ke dalam tabung dan berhenti mengalir ketika sejumlah volume tertentu telah tercapai.



Blood Container



Tabung tempat penampungan darah yang tidak bersifat vakum udara. Digunakan untuk pemeriksaan manual, dan dengan keperluan tertentu misalnya pada pembuatan tampungan sendiri untuk efisiensi biaya.



Cooler Bag

Untuk menyimpan cairan/ spesimen darah agar tetap dalam keadaan yang beku.



Dee Lee

Alat penghisap lendir dengan botol yang berisi larutan desinfektan : Untuk menyedot cairan/lendir untuk bayi atau anak-anak.
Dee Lee : Untuk menyedot lendir dari trakhea bayi baru lahir.



Pipa Penduga dengan temoatnya dan corong Fungsi: Untuk menyalurkan makanan untuk masuk ke dalam lambung.

Fungsi: Dihubungkan dengan ujung pipa supaya mudah memasukan makanan.



Funduscope

untuk mendengarkan denyut jantung janin.



USG

untuk mengetahui keadaan dalam rahim. misalnya: janin, tumor, kanker, dan IUD.



Bak instrumen

Sebagai tempat alat-alat yang digunakan untuk menolong persalinan/merawat luka, dsb.



Gunting tali pusar

Untuk menggunting tali pusar bayi.



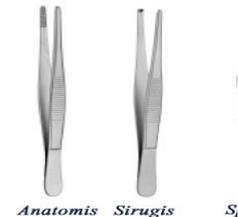
Gunting Episiotomi

Berfungsi untuk menggunting bagian perineum terutama jika perineum pada ibu yang melahirkan kaku.



HB Sahli

HB Sahli (Haemometer) untuk mengukur kadar hemoglobin dalam darah.



Pinset anatomi

Pinset anatomi alat untuk membantu proses menjahit luka dan untuk menjepit otot.



Jarum Hecting

jarum untuk membantu proses menjahit luka.



Klem dibagi atas dua
Kocher: ujungnya bergigi
Pean: ujungnya tidak bergigi

Alat untuk mejepit memegang suatu benda



Standar/Tiang Infus

Untuk menggantung botol infus.



Infus Set

Selang untuk pemberi cairan infus.



Abocath

Berfungsi untuk menyuntik digabungkan dengan alat suntik (sprit).



Cairan Infus/Plabot

Berfungsi untuk cairan yang dibutuhkan pasien.



Gunting Verband

untuk meletakkan bahan-bahan perawatan luka.



Gunting lurus

Berfungsi untuk menggunting luka yang akan di amati.



Pita Lila

Berfungsi untuk mengukur lingkaran lengan atas.



Metlin/Pita Pengukur

Untuk mengukur tinggi badan, lingkaran kepala dan lingkaran dada



Spekulum

Untuk membantu pemeriksaan inspeksi pada daerah genital internal.



Spatula

Untuk mengambil spesimen berupa cairan vagina / lendir serviks.



Korentang

Sifat : Steril

Untuk mengambil alat-alat steril.

B. Bahan Habis Pakai

Bahan habis pakai merupakan bahan/barang yang hanya dapat digunakan 1 kali dalam melakukan tindakan/memberikan pelayanan kepada pasien dan tidak dapat digunakan pada pasien lain. Bahan habis pakai ada yang steril dan non steril.

Gambar

Nama

Fungsi



Kapas

Fungsi : Untuk membersihkan luka

lidi/kapas



Kasa steril

Fungsi : Untuk menutupi luka



Plester Untuk fiksasi akhir penutupan luka bekas plebotomi, sehingga membantu proses penyembuhan luka dan mencegah adanya infeksi akibat perlukaan atau trauma akibat penusukan



Perlak dan Kain untuk mengalask pada saat pasien di bersihkan
Pengalask

C. Peralatan Steril Dan Non Steril

Steril adalah suatu keadaan dimana suatu zat bebas dari mikroba hidup, baik yang *patogen* (menimbulkan penyakit) maupun *apatogen/nonpatogen* (tidak menimbulkan penyakit), baik dalam bentuk *vegetatif* (siap untuk berkembang biak) maupun dalam bentuk *spora* (dalam keadaan statis, tidak dapat berkembang biak, tetapi melindungi diri dengan lapisan pelindung yang kuat). Sedangkan non steril merupakan alat kesehatan yang penggunaannya tidak memerlukan sumber listrik AC atau DC dan produknya tidak steril.

Peralatan Steril	Peralatan Non Steril	
Klem	Tensimeter	Stetoskop
Korentang	Timbangan dewasa	Timbangan bayi
Gunting tali pusat	Pengukur panjang bayi	Termometer
Gunting benang	Oksigen dan regulator	Pengisap lendir
Gunting episiotomi	Penghitung nadi	sterilisator
Pengikat tali pusat	Bak instrumen dengan tutup	Palu refleksi
Jarum kulit dan otot	Alat pemeriksa hb (sahli)	Pita pengukur
Benang sutera dan catgut	Set pemeriksa urin (protein + reduksi)	Masker
Tampon tang dan tampo vagina	Sarung tangan karet untuk mencuci alat	
Tenaculum / kochel tang	Apron/celemek	
Doek steril (kain steril)	Pengamanan mata	
Sarung tangan	Sarung kaki plastik	
Pemegang jarum	Tempat plasenta	

Mangkok metal kecil	Sikat sabun ditempatnya	
Spekulum vagina	Tempat kain kotor	
Pinset chirurgi	Tempat kotoran/sampah	
Pinset anatomi	Semprit disposable	
Kateter karet/metal	Infus set	

D. Alat- alat untuk perawatan

Alat- alat yang digunakan untuk perawatan baik dirumah maupun atau di rumah sakit dapat dikelompokkan menjadi 2

a. Alat Pembedahan

1) Plester

Fungsi : untuk menutupi luka dilengkapi pelekak

2) GAAS (B.Belanda), Kasa (B.Indonesia)

Bentuk berupa kain jarang- jarang seperti ram kawat. Gaas atau kain kasa dapat digolongkan ke dalam:

- a) Gaas steril (kasa hidrofil steril) yang paling banyak digunakan adalah ukuran 18 x 22 cm
- b) Dressing (penutup luka) ukuran 7,5 cm x 7,5 cm dan 10 cm x 10 cm
- c) Gaas yang berisi bahan obat

Yang sudah banyak dikenal adalah :

- Sofra- tule : Gaas steril berisi Soframisin
- Bacti gras : Gaas steril berisi Chlorhexadine dalam parafin
- Actisorb : Gaas steril berisi charcoal
- Petronet : Gaas steril berisi parafin jeli

d) Verband (pembalut)

Verband digolongkan kedalam beberapa bagian yaitu:

- Kasa hidrofil (Bandage Gauze) kain kasa panjang untuk membalut luka
- Pembalut elastis (elastis bandage)
- Pembalut leher, untuk menopang kepala dan membatasi gerak dari tulang leher

- Pembalut gips, kain kassa dilengkapi kalsium setelah dibalut dibasahi air hangat agar mengeras untuk penderita patah tulang

b. Alat perawatan pasien

- 1) Warm Water Zak (Beld) Hot Water Botle (Ing) Botol Panas/ Buli- buli panas.

Bentuk : berupa kantung dari karet dengan tutup di ujungnya di isi air panas / dingin

Fungsi : untuk kompres panas / dingin



- 2) Bors pump (Belanda) Breast pump and relieve (Ing) Pompa Susu (Ind)

Fungsi : untuk membantu memompa air susu keluar dari payudara wanita yang sedang menyusui



- 3) Tapelhoed atau tapelhoedje (Belanda) Nipple Shield (Ing) pelindung puting susu

Fungsi : untuk melindungi puting susu yang lecet padawaktu menyusui sehingga si bayi dapat menghisap air susu melewati alat tersebut



4) Windring (Belanda) Air Cusion (Ing)

Bentuk : berupa alat yang terbuat dari karet berbentuk lingkaran seperti ban mobil, diameter dalam 13,5 cm luar 40 cm

Fungsi : Sebagai tempat duduk pada penderita wasir/ambeien



5) Colostomy bag

Fungsi : untuk menampung feses pada pasien, setelah operasi colon (pembedahan usus buatan melalui otot dan kulit perut)



6) Urinal

Fungsi : untuk menampung urine pada pasien yang tidak boleh / bisa ke wc

Jenisnya :

Urinal Male : untuk pasien laki- laki



Urinal Female : untuk pasien wanita



7) Bedpan

Fungsi : untuk menampung feses pasien yang tidak boleh/ bisa ke wc



8) Pus basin, emesis basin

Fungsi : untuk menampung muntah, nanah, kapas bekas dan lain- lain



9) Instrument tray atau paratus

Fungsi : tempat menyimpan alat- alat perawatan



b. Alat Untuk Tindakan Medis

1. Urine bag

Fungsi : untuk menampung urine yang dihubungkan dengan Ballon Cathether/ foley cathether untuk mengeluarkan/ pengambilan urine pada sistem tertutup



2. Stomach sTube (Ing) Maag slang/ Maag Sonde (Beld)

Fungsi :

- a. Untuk mengumpulkan cairan/ getah lambung
- b. Untuk membilas/ mencuci isi perut
- c. Untuk pemberian obat- obatan.



3. Feeding Tube

Fungsi : untuk nutrisi/ pemberian cairan makanan melalui mulut atau hidung



4. Mucus Extractor atau Suction Cathether (Ing) Slimzuiger (Beld)

Fungsi : Untuk menyedot lendir dari trakhea bayi baru lahir

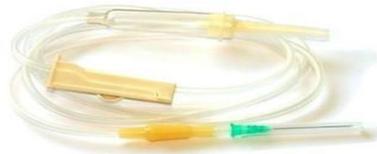
5. Wing Needle

Fungsi : sebagai perpanjangan vena untuk pemberian cairan infus atau obat vena dalam jangka lama



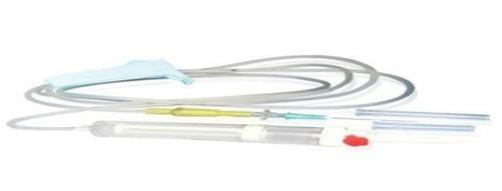
6. Infussion set

Fungsi : Selang pemberian cairan infus



7. Transfusion set

Untuk pemberian transfusi darah



8. Injection Needle (B.Ing) jarum Suntik

Fungsi : Untuk menyuntikkan digabungkan dengan alat suntik (Sput = Syringe)



9. Glyserin Syringe (B.Ing) Glyserin Sput (B.Ind) Sput Gliserin

Fungsi : untuk menyempotkan lavement / clysmo melalui anus cairan yang sering digunakan adalah gliserin atau larutan sabun



10. Curette

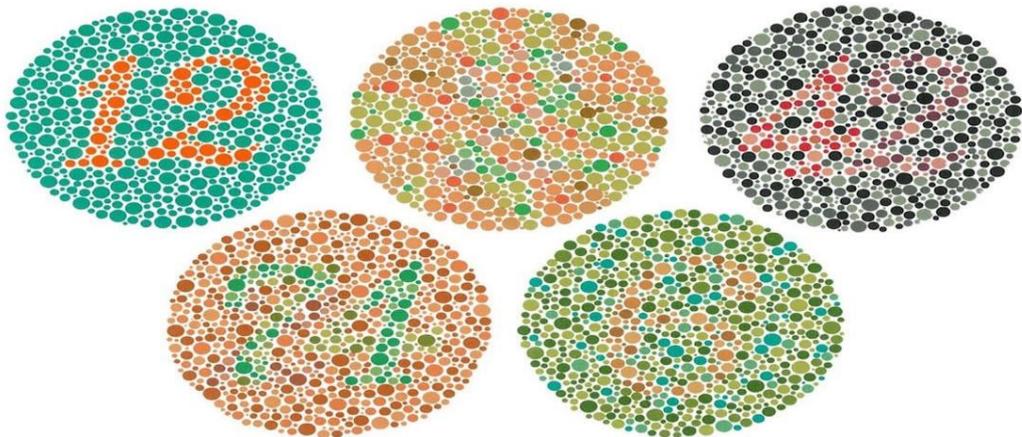
Fungsi : untuk membersihkan rahim pada pasien abortus /keguguran.



C. Alat Untuk Diagnosa Penyakit

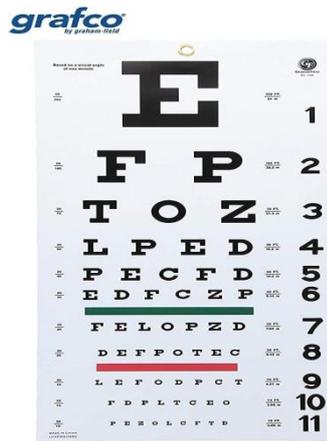
- a. Buku tes buta warna/ ishihara's test for color blindes

Fungsi : memeriksa buta warna



- b. Chart Vision Snellen

Fungsi : memeriksa visus / ketajaman penglihatan



c. Reflex Hammer

Fungsi : Memeriksa kemampuan refleksi dari bagian tubuh tertentu tubuh kita, misalnya lutut



d. Tongue depressor /Tongue blade (B.Ing) tong spatel (B.ind)

Fungsi : Untuk menekan lidah agar dapat memeriksa/ melihat kelainan pada tenggorokan, misalnya amandel dan farangitis



e. Laryngeal Mirror

Fungsi : Untuk memeriksa/ melihat keadaan dalam mulut/ tenggorokan



f. Speculum

Speculum atau specula (bentuk jamak) adalah alat yang di masukkan ke dalam liang rongga tubuh yang kegunaannya adalah untuk memeriksa/ melihat bagian yang berada di dalam liang rongga tersebut.

1) Nassal Speculum

Fungsi : Untuk memeriksa rongga hidung



2) Ear Speculum

Fungsi : Untuk memeriksa rongga telinga



3) Rectum Speculum

Fungsi : Untuk Memeriksa Lubang anus/ rektal



4) Vaginal Speculum

Fungsi : Untuk memeriksa lubang vagina



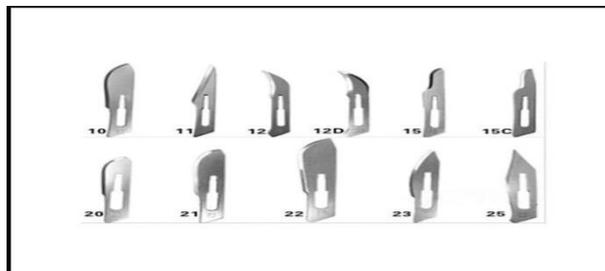
d. Alat- alat Bedah

1. Scalpel (B.Beld) Bistoury/ Bistouries (B.Eng) Pisau Operasi (B.Ind)

Istilah lain yaitu :

a. Scalpel Blade : Pisau Operasi

Fungsi : Pembedahan



b. Scalpel Handel pegangan pisau operasi

Fungsi : Pegangan pisau operasi

2. Gunting

Gunting merupakan alat memotong. Jenis- jenis gunting antara lain :

- a. Bandage Scissor (B.Ing) Verbandschaar (B.Beld) gunting verban atau Gass
- b. Surgical Scissor gunting operasi

Fungsi : Gunting untuk pembedahan

- c. Dissecting Scissors

Fungsi : Gunting untuk memotong jaringan tubuh untuk keperluan praktek

3. Needle Holders (B.Ing) Naald Voerder (B.Beld)

Fungsi : Untuk memotong jarum jahit (hechtnaald) serta menjahit luka kecelakaan atau pembedahan



4. Jarum jahit/ Hecht Nalld (B.Beld) Surgical Needles atau Suture Needles (B.Ing)

Fungsi : Jarum untuk menjahit luka.

Jenis- jenis jarum jahit

- a. Ujungnya bulat untuk menjahit otot
- b. Ujungnya segi tiga untuk menjahit kulit



5. Suture (B.Ing) Benang Bedah

Benang bedah dapat dibagi kedalam dua golongan yaitu :

- a. Yang dapat diabsorpsi jaringan tubuh.

Menurut bahannya terdiri dari :

1. Collagen yang berasal dari jaringan usus sapi, sub mukosa kabin, usus kucing. Sampai sekarang disebut Catgut (usus kucing).

Catgut dapat dibagi ke dalam dua bagian yaitu :

- 1 Catgut Plain
- 2 Catgut Chromic

Catgut chromic adalah Catgut Plain yang dilapisi oleh chromium sehingga daya kekuatan mengikatnya lebih lama.

2. Polygiactin 910 contoh : Vicryl
 3. Polygiactin Acid contoh : Dexon
- b. Yang tidak diabsorbsi tubuh.
- Jenisnya yaitu :
1. Linen dari rami
 2. Sutera, dalam bahasa Belanda : Zijde dalam bahasa Inggris Silk.
 3. Polyamide (Nylon)

BAB II

PEMERIKSAAN TANDA- TANDA VITAL

Mahasiswa Diploma Kebidanan pada topik ini akan belajar tentang pengkajian tanda-tanda vital. Adapun tanda-tanda vital meliputi penjelasan tentang:

1. Suhu badan
2. Denyut Nadi
3. Pernafasan
4. Tekanan darah

A. KONSEP TENTANG SUHU BADAN

1. Suhu tubuh

Kita biasa menyebut suhu tubuh untuk suhu badan manusia, yang dipengaruhi oleh berbagai faktor sehingga dapat mengalami perubahan. Suhu tubuh manusia adalah konstan yaitu $36,89^{\circ}\text{C}$ dan naik turunnya berkisar antara $36,11^{\circ}\text{C}$ sampai $37,22^{\circ}\text{C}$. Perbedaan hariannya kira-kira satu derajat, tingkat terendah dicapai pada pagi hari dan titik tertinggi antara pukul 17.00 dan 19.00 petang. Perubahan dapat diakibatkan oleh berbagai faktor seperti: kecepatan metabolisme basal, rangsangan saraf simpatis, hormone pertumbuhan, Hormon tiroid, demam peradangan, status gizi, aktivitas, jenis kelamin, usia individu.

Suhu normal dipertahankan dengan keseimbangan yang tepat antara panas yang dihasilkan dan panas yang hilang, hal ini dikendalikan oleh pusat pengaturan panas di dalam hipotalamus. Hipotalamus dikenal sebagai thermostat yang berada dibawah otak. Suhu dari tubuh bagian atau suhu inti dari tubuh dipertahankan sangat konstan, sekitar $\pm 0,6^{\circ}\text{C}$ dari hari ke hari, kecuali bila seseorang mengalami demam. Suhu kulit berbeda dengan suhu inti, dapat naik turun sesuai dengan suhu lingkungan. Suhu kulit merupakan suhu yang penting apabila kita merujuk pada kemampuan kulit untuk melepaskan panas lingkungan

2. Organ Pengatur Suhu Tubuh

a. Pusat Termoregulator Hipotalamus

Pusat pengatur panas dalam tubuh adalah Hipotalamus, Hipotalamus ini dikenal sebagai thermostat yang berada dibawah otak. Terdapat dua hipotalamus, yaitu:

- a. Hipotalamus anterior yang berfungsi mengatur pembuangan panas
- b. Hipotalamus posterior yang berfungsi mengatur upaya penyimpanan panas
Saraf- saraf yang terdapat pada bagian preoptik hipotalamus anterior dan hipotalamus posterior memperoleh dua sinyal, yaitu :
 1. Berasal dari saraf perifer yang menghantarkan sinyal dari reseptor panas dandingin.
 2. Berasal dari suhu darah yang memperdarahi bagian hipotalamus itu sendiri. Thermostat hipotalamus memiliki semacam titik kontrol yang disesuaikan untuk mempertahankan suhu tubuh. Jika suhu tubuh turun sampai dibawah atau naik sampai di titik ini, maka pusat akan memulai impuls untuk menahan panas atau meningkatkan pengeluaran panas.
 - a. Termoreseptor perifer Termoreseptor yang terletak dalam kulit, mendeteksi perubahan suhu kulit dan membran mukosa tertentu serta mentransmisi informasi tersebut ke hipotalamus
 - b. Termoreseptor sentral Termoreseptor ini terletak diantara hipotalamus anterior, medulla spinalis, organ abdomen dan struktur internal lainnya juga mendeteksi perubahan suhu darah.

c. Penjalaran Sinyal Suhu Pada Sistem Saraf

Sinyal suhu yang dibawa oleh reseptor pada kulit akan diteruskan ke dalam otak melalui jaras spinotalamikus pada medulla spinalis , selanjutnya sinyal akan menjalar sampai pada radiks dorsalis. Selanjutnya menjalar pada batang otak dan komplek ventro- basal thalamus . Beberapa sinyal suhu pada kompleks ventrobasal akan diteruskan ke korteks somatosensorik.

d. Faktor Yang Mempengaruhi Suhu Tubuh

1. Kecepatan metabolisme basal

Metabolisme basal tiap individu berbeda kecepatannya,hal ini menimbulkan jumlah panas yang diproduksi tubuh juga menjadi berbeda.

b. Rangsangan saraf simpatis

Rangsangan saraf simpatis dapat menyebabkan kecepatan metabolisme selain itu, rangsangan saraf simpatis dapat mencegah lemak coklat (Brown fat)

yang tertimbun dalam jaringan untuk dimetabolisme. Umumnya, rangsangan saraf simpatis ini dipengaruhi stress individu. Stres menyebabkan peningkatan produksi epineprin dan norepineprin yang meningkatkan metabolisme, sehingga suhu tubuh meningkat.

c. Hormon pertumbuhan

Hormon pertumbuhan (growth hormone) dapat menyebabkan peningkatan kecepatan metabolisme sebesar 15-20%. akibatnya, produksi panas tubuh juga meningkat.

d. Hormon tiroid

Fungsi tiroksin adalah meningkatkan aktivitas pada reaksi kimia dalam tubuh sehingga peningkatan kadar tiroksin . Dengan peningkatan hormon tiroksin akan mem-pengaruhi kecepatan metabolisme menjadi 50-100% diatas normal.

e. Hormon kelamin

Hormon kelamin pria dapat meningkatkan kecepatan metabolisme basal kira-kira 10-15% kecepatan normal, dengan demikian akan menyebabkan peningkatan produksi panas. Pada perempuan, fluktuasi suhu lebih bervariasi dari pada laki-laki karena pengeluaran hormon progesteron pada masa ovulasi meningkatkan suhu tubuh sekitar $0,3-0,6^{\circ}\text{C}$ diatas suhu basal.

f. Demam (peradangan)

Proses peradangan dan demam dapat menyebabkan peningkatan metabolisme, sehingga dapat meningkatkan suhu tubuh.

g. Status gizi

Seseorang yang menderita malnutrisi yang cukup lama dapat menurunkan kecepatan metabolisme 20 – 30%. Hal ini terjadi karena di dalam sel kekurangan zat makanan yang dibutuhkan untuk mengadakan metabolisme, sehingga mudah mengalami penurunan suhu tubuh (hipotermia). Selain itu, individu dengan lapisan lemak tebal cenderung tidak mudah mengalami hipotermia karena lemak merupakan isolator yang cukup baik.

h. Aktivitas

Aktivitas tubuh selain merangsang peningkatan laju metabolisme juga mengakibatkan gesekan antar komponen otot atau organ yang menghasilkan energi termal.

i. Gangguan organ

Gangguan organ seperti trauma atau keganasan pada hipotalamus, dapat menyebabkan mekanisme regulasi suhu tubuh mengalami gangguan. Berbagai zat pirogen yang dikeluarkan pada saat terjadi infeksi dapat merangsang peningkatan suhu tubuh. Kelainan kulit berupa jumlah kelenjar keringat yang sedikit juga dapat menyebabkan mekanisme pengaturan suhu tubuh terganggu.

j. Lingkungan

Suhu tubuh dapat mengalami pertukaran dengan lingkungan, artinya panas tubuh dapat hilang atau berkurang akibat lingkungan yang lebih dingin atau lebih panas. Perpindahan suhu manusia dengan lingkungan terjadi sebagian besar melalui kulit.

Proses kehilangan panas melalui kulit dimungkinkan karena panas diedarkan melalui pembuluh darah dan juga disuplai langsung ke fleksus arteri kecil melalui anastomosis arteriovenosa yang mengandung banyak otot. akan menyebabkan konduksi panas dari inti tubuh ke kulit menjadi sangat efisien. Kulit merupakan radiator panas yang efektif untuk keseimbangan suhu tubuh.

k. Jenis kelamin

Sesuai dengan kegiatan metabolisme, suhu tubuh pria lebih tinggi daripada wanita. Suhu tubuh wanita dipengaruhi daur haid. Pada saat ovulasi, suhu tubuh wanita pada pagi hari saat bangun meningkat 0,3-0,5°C

l. Usia individu

Usia sangat mempengaruhi metabolisme tubuh akibat mekanisme hormonal sehingga memberi efek tidak langsung terhadap suhu tubuh. Pada neonatus dan bayi, terdapat mekanisme pembentukan panas melalui pemecahan (metabolisme) lemak coklat sehingga terjadi proses termogenesis tanpa menggigil (non-shivering thermogenesis), mekanisme ini penting untuk mencegah hipotermi pada bayi.

c. Mekanisme Kehilangan Panas Melalui Kulit

Pembentukan panas dalam tubuh dihasilkan oleh organ dalam terutama di hati, otak, jantung, dan otot rangka selama berolahraga. Kemudian panas ini dihantarkan dari organ dan jaringan yang lebih dalam ke kulit, yang kemudian dibuang ke udara dan lingkungan sekitarnya, oleh karena itu, laju kehilangan panas hampir seluruhnya ditentukan oleh 2 faktor, yaitu :

1. Seberapa cepat panas yang dapat dikonduksi dari tempat asal panas dihasilkan, yakni dari dalam inti tubuh ke kulit
2. Seberapa cepat panas kemudian dapat dihantarkan dari kulit ke lingkungan.

Terdapat 4 mekanisme kehilangan panas, yaitu :

1. Radiasi

Radiasi adalah mekanisme kehilangan panas tubuh dalam bentuk gelombang panas inframerah. Tubuh manusia memancarkan gelombang panas ke segala penjuru tubuh. Radiasi merupakan mekanisme kehilangan panas paling besar pada kulit (60%) atau 15% seluruh mekanisme kehilangan panas. Sebagian besar energi pada gerakan ini dapat di pindahkan ke udara bila suhu udara lebih dingin dari kulit.

2. Konduksi

Konduksi adalah perpindahan panas akibat paparan langsung kulit dengan benda- benda yang ada di sekitar tubuh. Sentuhan dengan benda umumnya memberi dampak kehilangan suhu yang kecil, karena dua mekanisme, yaitu kecenderungan tubuh untuk terpapar langsung dengan benda relative jauh lebih kecil dari pada paparan dengan udara, dan sifat isolator benda menyebabkan proses perpindahan panas tidak dapat terjadi secara efektif terus menerus.

3. Evaporasi

Evaporasi (penguapan air dari kulit) dapat memfasilitasi perpindahan panas tubuh. Pada kondisi individu tidak berkeringat, mekanisme evaporasi berlangsung sekitar 450–600 ml/hari.

Evaporasi ini tidak dapat dikendalikan karena evaporasi terjadi akibat difusi molekul air secara terus menerus melalui kulit dan system pernafasan. Selama suhu kulit lebih tinggi dari pada suhu lingkungan, panas hilang melalui radiasi dan konduksi

4. Konveksi

Perpindahan panas melalui aliran udara atau air yaitu ketika seseorang berada pada udara dingin atau berendam dalam air maka akan terjadi kehilangan suhu sehingga terasa dingin.

Hubungan suhu tubuh dengan cairan tubuh

Sebagian besar tubuh manusia terdiri dari cairan, dan cairan inilah yang berperan dalam mengatur suhu tubuh manusia. Seperti yang terlihat saat berkeringat, yaitu tubuh melepaskan keringat saat panas untuk mengurangi panas berlebih dalam tubuh sehingga mengurangi suhu tubuh yang tinggi tersebut. Semua pengaturan suhu tubuh seperti ini dilakukan dan bergantung pada asupan air yang ada pada tubuh kita.

Hubungan suhu tubuh dengan eritrosit

Apabila eritrosit naik, maka suhu tubuh pun akan ikut naik. Begitu pula sebaliknya. Suhu tubuh yang naik, menyebabkan pembuluh darah mengembang sehingga berdekatan dengan kulit dan wajah pun jadi memerah. Sedangkan, jika suhu tubuh turun maka pembuluh darah mengecil sehingga berjauhan dengan kulit dan wajah pun menjadi pucat. Tubuh beradaptasi terhadap perubahan suhu dengan menyimpan atau melepaskan panas, tergantung pada sifat dari perubahan suhu. Risiko perubahan suhu klien terjadi pada kondisi atau terapi yang dapat menyebabkan perubahan suhu meliputi adanya infeksi baik yang masih diduga atau sudah terdiagnose, apabila ada luka terbuka atau luka bakar, kondisi yang mengakibatkan jumlah sel darah putih abnormal, penggunaan obat immunosupresi. Cedera pada hipotalamus, pemajanan lama pada suhu yang ekstrem, dan reaksi terhadap produk darah juga menyebabkan perubahan suhu tubuh. Normalnya suhu tubuh seseorang berfluktuasi dalam rentang yang secara relatif sempit.

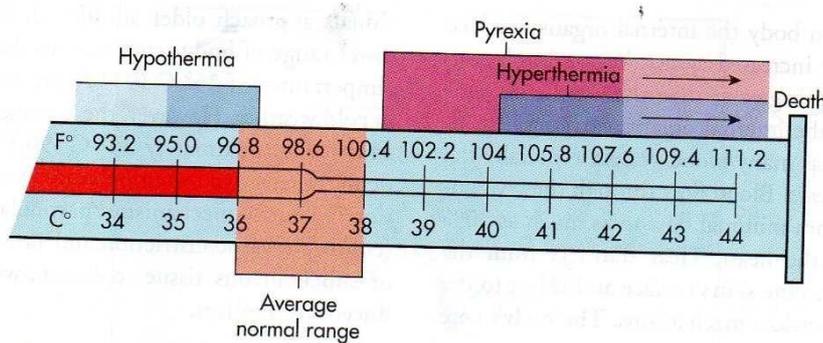
Di bawah kontrol hipotalamus, suhu inti tubuh tetap dalam $0,6^{\circ}$ (1°) dari rerata suhu tubuh normal 37°C ($98,6^{\circ}\text{F}$).

Nilai suhu tubuh:

Ratanormal : 36°C - 38°C Umur 3 bln. : 37°C Umur 1 tahun : $37,7^{\circ}\text{C}$ Umur 3 tahun : $37,2^{\circ}\text{C}$ Umur 5 thn. : 37°C

Keadaan Suhu tubuh dibagi menjadi :

- Hipotermi, bila suhu tubuh kurang dari 36°C
- Normal, bila suhu tubuh berkisar antara 36 - 37,5°C
- *Febris/pireksia*, bila suhu tubuh antara 37,5 - 40°C
- *Hipertermi*, bila suhu tubuh lebih dari 40°C



d. Berbagai macam cara mengukur suhu tubuh

l. Pengukuran Suhu Oral

a. Pengertian

Pengukuran Suhu Oral adalah mengukur suhu tubuh pada oral. Metode oral adalah cara termudah untuk mendapatkan pengukuran suhu yang akurat. Apabila klien telah minum air panas atau dingin atau makanan serta merokok, maka, mengukur suhu tubuh pada oral harus ditunda selama 20 sampai 30 menit. Karena dari hal-hal tersebut dapat menyebabkan perubahan yang salah dalam tingkat suhu sebenarnya.

b. Kontraindikasi

Pengukuran suhu per oral dikontraindikasikan bila termometer dapat mencederai klien atau bila klien tidak mampu menahan termometer dengan tepat. Contoh kontraindikasi meliputi bayi dan anak kecil, klien dengan bedah oral atau dengan nyeri atau trauma pada mulut, klien kacau mental atau tidak sadar, pernapasan mulut, klien dengan riwayat kejang, dan klien dengan menggigil.

- **Yang perlu diperhatikan pada Suhu Tubuh pada anak**

Pengukuran suhu oral tidak digunakan pada bayi atau anak kecil. Kebanyakan institusi menganjurkan usia yang diijinkan untuk mengukur suhu oral (mis., setelah 5 tahun atau 6 tahun). Imaturitas mekanisme regulasi suhu tubuh anak dapat menyebabkan perubahan tiba-tiba pada suhu tubuh. Suhu tubuh bayi baru lahir normalnya berkisar dari 35,5°C sampai 37,5°C

- **Penyuluhan pada Keluarga dan klien**

Keluarga dan Klien yang rentan terhadap perubahan suhu harus tahu bagaimana mengukur suhu mereka dengan tepat sehingga mereka dapat mencari bantuan medis dengan segera bila terjadi perubahan. Orang tua dari anak kecil harus belajar bagaimana mengukur suhu tubuh karena anak-anak dapat mengalami demam tinggi dengan serius secara cepat.

2. Pengukuran Suhu Rektal

Mengukur suhu tubuh kecil per rektal menggunakan termometer rektal. Bagian rektal memberikan ukuran yang dapat diandalkan dari suhu tubuh. Namun, mengukur suhu tubuh pada rektal klien dapat menimbulkan rasa malu, maka perlu berhati-hati untuk mempertimbangkan privasi dan kenyamanan klien.

Mengukur suhu per rektal tidak dilakukan pada hal berikut: bayi, klien dengan bedah atau kelainan rektal, klien pada traksi atau gips pelvik atau ekstremitas bawah, dan kadang-kadang, klien dengan infark miokard akut karena menimbulkan ketidaknyamanan pada klien.. Pengukuran suhu rektal paling mungkin pada anak-anak yang lebih muda.

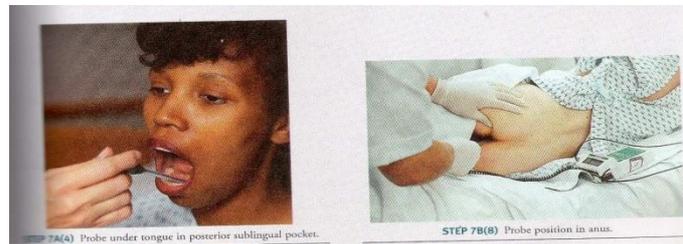
a. Hal yang perlu dipertimbangkan Pada Pediatri

Pengukuran suhu per rektal merupakan kontraindikasi pada bayi baru lahir. Jangan biarkan bayi atau anak kecil menendang kaki mereka atau berguling ke samping saat termometer dipasang. Imaturitas dari mekanisme pengaturan suhu anak dapat menyebabkan perubahan mendadak dalam suhu tubuh. Suhu tubuh bayi baru lahir normalnya berkisar 35,5° dan 37,5°C (96° dan 99,5°F).

b. Penyuluhan Pada Klien

Instruksikan ibu dari anak kecil tentang bagaimana posisi bayi atau anak kecil. Bayi atau anak kecil harus tengkurap pada pangkuan ibunya atau di

tempat tidur. Ibu harus dengan perlahan meregangkan kedua bokong anak untuk membuka anus. Termometer rektal yang sudah diberi pelumas dimasukkan 1,2 cm pada bayi dan anak kecil.



2. Pengukuran Suhu Aksila (ketiak)



Pengukuran suhu pada aksila adalah cara paling aman untuk mengetahui suhu tubuh pada bayi baru lahir. Namun, suhu aksila merupakan teknik pengukuran suhu yang kurang akurat dari ketiga teknik pengukuran karena termometer harus diletakkan di luar tubuh daripada di dalam tubuh. Kapan pun bila mengukur suhu tubuh pada oral atau rektal dapat digunakan dengan aman, maka hendaklah mengukur suhu pada aksila perlu dihindari, namun dari pandangan klien pada umumnya mengukur suhu tubuh pada aksila umum untuk dilaksanakan.

a. Hal yang perlu diwaspadai:

Memegang tangan anak dengan hati-hati ke arah sisinya, agar termometer tidak diambil dari ketiak yang terpasang termometer.

b. Hal yang perlu di Pertimbangkan pada Pediatri

Selama pelaksanaan prosedur hendaknya tetap tinggal di sisi anak atau jangan ditinggal. Imaturitas mekanisme pengaturan suhu tubuh anak dapat menyebabkan perubahan suhu tubuh tiba-tiba. Suhu tubuh bayi baru lahir normalnya ber-kisar antara 35,5° dan 36,5°C (96° dan 99,5°F).

c. Penyuluhan pada Klien

Instruksikan ibu dari anak kecil tentang bagaimana posisi dan menahan anak yang aman. Juga jelaskan pentingnya untuk mempertahankan termometer ditempatnya sedikitnya 5 menit (Eoff dan Joyce, 1981).

c. PENGKAJIAN DENYUT JANTUNG ATAU DENYUT NADI

Denyut Jantung atau juga disebut denyut nadi adalah jumlah denyutan jantung per satuan waktu, biasanya per menit. Denyutan jantung didasarkan pada jumlah kontraksi ventrikel. Denyut jantung terlalu cepat disebut tachikardi atau terlalu lambat disebut bradikardi, secara umum direpresen-tasikan sebagai bpm (beats per minute).

Denyut nadi adalah denyutan arteri dari gelombang darah yang mengalir melalui pembuluh darah sebagai akibat dari denyutan jantung. Jantung adalah organ vital dan merupakan pertahanan terakhir untuk hidup selain otak. Denyut yang ada di jantung ini tidak bisa dikendalikan oleh manusia. Denyut jantung yang optimal untuk setiap individu berbeda-beda tergantung pada kapan waktu mengukur detak jantung tersebut saat istirahat atau setelah berolahraga. Variasi dalam detak jantung sesuai dengan jumlah oksigen yang diperlukan oleh tubuh saat itu. Detak jantung atau juga dikenal dengan denyut nadi adalah tanda penting dalam bidang medis yang bermanfaat untuk mengevaluasi dengan cepat kesehatan atau mengetahui kebugaran seseorang secara umum.

A. Denyut Nadi Maksimal (DNM) = Maximal Heart Rate

Denyut nadi maksimal adalah maksimal denyut nadi yang dapat dilakukan pada saat melakukan aktivitas maksimal. Menentukan denyut nadi maksimal digunakan rumus $220 - \text{umur}$. Menurut DR Suhantoro cara yang aman adalah mengukur denyut nadi maksimal (DNM). DNM adalah denyut nadi maksimal yang dihitung berdasarkan rumusan $DNM = 220$

- Umur, kemudian dikalikan dengan intensitas membakar lemak 60-70 persen DNM.

Contoh: orang yang berusia 40 tahun maka DNM saat ia berolahraga adalah $220 - 40 =$

180. Kemudian angka 180 dikalikan dengan 60 persen untuk batas ringan dan 70 persen untuk batas atas yang hasilnya 108-126. Dengan

mengetahui denyut nadi tersebut, maka orang yang berusia 40 tahun harus berhenti sejenak dari olahraganya ketika denyut nadinya sudah melampaui 126.

Denyut Nadi Latihan

Denyut nadi latihan dilakukan pengukuran setelah menyelesaikan satu set latihan dan ini bisa memantau intensitas latihan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Denyut Nadi Istirahat (Resting Heart Rate)

Denyut nadi istirahat adalah denyut nadi yang diukur saat istirahat dan tidak setelah melakukan aktivitas. Pengukuran denyut nadi ini dapat menggambarkan tingkat kesegaran jasmani seseorang. Pengukuran ini dilakukan selama 10 sampai 15 detik.

Denyut Nadi Pemulihan (Recovery Heart Rate)

Denyut nadi pemulihan adalah jumlah denyut nadi permenit yang diukur setelah istirahat 2 sampai 5 menit. Pengukuran ini diperlukan untuk melihat seberapa cepat kemampuan tubuh seseorang melakukan pemulihan setelah melakukan aktivitas yang berat. Mengetahui denyut jantung adalah salah satu cara praktis mengukur kesehatan jantung kita. Waktu yang tepat untuk mengecek denyut nadi adalah saat kita bangun pagi dan sebelum melakukan aktivitas apapun. Pada saat itu kita masih relaks dan tubuh masih terbebas dari zat-zat pengganggu seperti nikotin dan kafein.

Ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi jumlah denyut jantung seseorang, yaitu aktivitas fisik atau tingkat kebugaran seseorang, suhu udara disekitar, posisi tubuh (berbaring atau berdiri), tingkat emosi, ukuran tubuh serta obat yang sedang dikonsumsi. Pada keadaan normal dan istirahat, jantung orang dewasa akan berdenyut secara teratur antara 60-100 detak/menit. Kecepatan dari denyut jantung ditentukan oleh kecepatan dari signal listrik yang berasal dari pemacu jantung, SA node. Signal listrik dari SA node mengalir melalui kedua serambi, menyebabkan kedua serambi berkontraksi mengalirkan darah ke kedua bilik. Kemudian signal listrik ini mengalir melalui AV node mencapai

kedua bilik. Ini menyebabkan kedua bilik berkontraksi memompa darah keseluruh tubuh dan menghasilkan denyutan (pulse). Pengaliran listrik yang teratur ini dari SA node ke AV node menyebabkan kontraksi teratur dari otot jantung yang dikenal dengan sebutan denyut sinus (sinus beat). Waktu istirahat, kecepatan signal listrik dari SA node adalah perlahan, jadi denyut jantung juga perlahan. Waktu olah raga atau waktu sangat kegirangan, kecepatan signal listrik dari SA node menjadi cepat sehingga denyut jantung juga jadi cepat.

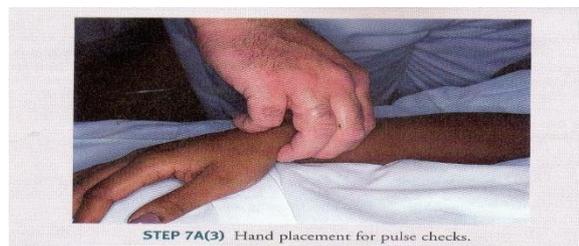
a. Lokasi menghitung denyut nadi dapat dilakukan pada:

1. Pergelangan tangan: arteri radialis
2. Siku bagian dalam : arteri brachialis
3. Leher : arteri carotis comunis
4. Kepala: arteri temporalis, dan ubun-ubun
5. Kaki : arteri dorsalis pedisi
6. Femur : arteri femoralis dan arteri poplitea

Sebelum mengukur denyut nadi klien, hendaklah mengontrol berbagai faktor faktor yang mempengaruhi denyut nadi yaitu olah raga, ansietas, nyeri, dan aktivitas fisik lain yang dapat menyebabkan peningkatan atau penurunan frekuensi jantung . juga mampu mengantisipasi obat seperti : adrenalin, obat penenang, atau proses penyakit tertentu yang mempengaruhi frekuensi jantung klien.

b. Denyut nadi Normal kondisi istirahat :

- 1). Bayi usia 1 minggu sampai 3 bulan : 120 – 140 kali per menit (Whaley dan Wong, 1993).
- 2). Usia 2 tahun : berkisar 80 – 150 X/ menit.
- 3). Usia anak 2 sampai 10 tahun : 70 – 110 X/menit
- 4). Anak usia 10 tahun: 55- 90 kali per menit. Frekuensi apikal adalah denyut yang paling akurat pada anak-anak (Whaley dan Wong, 1993).
- 5). Dewasa : 60 – 90 X/menit Posisi menghitung denyut nadi



A. Hal yang perlu diperhatikan

Bila Bidan mendeteksi adanya irama yang tidak teratur, penting untuk mengkaji adanya defisit nadi. Bandingkan denyutan pada arteri radial dan apeks jantung. Perbedaan antara frekuensi menunjukkan defisit.

B. Penyuluhan pada keluarga dan Klien

Keluarga dan Klien tertentu harus belajar bagaimana mengkaji nadi mereka sendiri. Mereka yang sedang dalam pengobatan yang mempengaruhi fungsi jantung harus mengkaji nadi mereka. Klien yang menjalani rehabilitasi kardiovaskular dan pulmonal harus juga mengkaji nadi mereka untuk menentukan kemampuan latihan.

C. Yang dipertimbangkan pada Pediatri

Bayi usia 1 minggu sampai 3 bulan mempunyai frekuensi jantung istirahat dari 120 sampai 140 kali per menit (Whaley dan Wong, 1993). Sampai usia 2 tahun, frekuensi jantung anak berkisar dari 80 sampai 150 kali per menit. Dari usia anak 2 sampai 10 tahun, frekuensi jantung istirahat berkisar dari 70 sampai 110. Pada waktu anak 10 tahun, frekuensi jantung istirahat berkisar dari 55 sampai 90 kali per menit. Frekuensi apikal adalah denyut yang paling akurat pada anak-anak (Whaley dan Wong, 1993).

D. Pengkajian Nadi Apikal atau denyut jantung

a. Pengertian

Adalah menghitung nadi dengan mendengarkan suara nadi pada apeks jantung. Nadi apikal dikaji atau didengarkan dengan menggunakan stetoskop. Stetoskop diletakkan di atas apeks jantung klien. Stetoskop memungkinkan transmisi bunyi yang berasal dari katup jantung melalui selang karet ke telinga untuk pengkajian nadi.

Nadi apikal adalah tempat terbaik untuk pengkajian nadi pada bayi dan anak kecil. Bila klien memperoleh obat yang berpengaruh pada frekuensi jantung, nadi apikal dapat memberikan pengkajian lebih akurat terhadap frekuensi dan irama jantung.

b. Hal yang perlu diperhatikan

Bidan harus mencatat adanya setiap ketidakteraturan. Bila ketidakteraturan ini baru bagi klien, maka ini harus dilaporkan pada dokter klien yang bertugas. Selain itu, ketidakteraturan dapat berhubungan dengan efek samping obat jantung (mis., digoksin).

c. Penyuluhan pada keluarga dan Klien

Anggota keluarga perlu untuk mempelajari cara mengukur nadi apikal klien di rumah. Perawat perlu untuk mendidik pemberi perawatan tentang cara penggunaan stetoskop dengan tepat serta bagaimana mengukur nadi apikal dengan benar.

d. Pertimbangan pada Pediatri

Tempat yang paling akurat untuk pengkajian nadi pada bayi dan anak kecil adalah tempat apikal.

d. Pengkajian Pernapasan

A. Pengertian

Adalah suatu tindakan untuk mengidentifikasi pernafasan klien dengan menghitung pernafasan saat inspirasi dan ekspirasi dihitung satu kali dan dihitung selama satu menit.

Saat mengkaji pernafasan klien, yang dilakukan meliputi mengamati frekuensi, kedalaman dan irama gerakan ventilasinya. Bidan hendaknya mampu mengenali pernafasan pasif normal dibandingkan dengan ventilasi yang memerlukan usaha otot-otot pernafasan. Otot yang membantu pernafasan adalah:

- Sternocleidomastoideus
- Otot intercostalis
- Diafragma
- Otot –otot pada dinding perut

B. Anatomi sistem pernafasan

Fungsi paru-paru adalah melakukan pertukaran gas oksigen dan karbon dioksida. Pernafasan luar atau eksterna pernafasan melalui paru-paru yaitu

terjadi ketika seseorang menghirup dan mengeluarkan udara . Pada waktu bernapas, oksigen masuk melalui hidung dan atau mulut terus ke trakea dan pipa bronkhial ke alveoli, dan dapat erat hubungan dengan darah di dalam kapiler pulmonaris.

Pada satu lapisan membran , yaitu membran alveoli-kapiler, yang memisahkan oksigen dari darah, selanjutnya Oksigen menembus membran ini dan diambil oleh hemoglobin sel darah merah dan dibawa ke jantung.

Darah dipompa di dalam arteri ke semua bagian tubuh. Darah meninggalkan paru-paru pada tekanan oksigen 100 mmHg dan pada tingkat ini hemoglobinnya 95 persen jenuh oksigen. Di dalam paru-paru, salah satu hasil buangan metabolisme yaitu karbon dioksida menembus membran alveoler-kapiler dari kapiler darah ke alveoli dan setelah melalui pipa bronkhial dan trakhea, dihembuskan keluar melalui hidung dan mulut.

Empat proses yang berhubungan dengan pernafasan pulmoner atau pernafasan eksterna :

1. Ventilasi pulmoner, atau gerak pernafasan yang menukar udara dalam alveoli dengan udara luar.
2. Arus darah melalui paru-paru
3. Distribusi arus udara dan arus darah sedemikian sehingga jumlah tepat dari setiapnya dapat mencapai semua bagian tubuh
4. Difusi gas yang menembusi membran pemisah alveoli dan kapiler. CO₂ lebih mudah berdifusi daripada oksigen.

Semua proses ini diatur sedemikian sehingga darah yang meninggalkan paru-paru menerima jumlah tepat CO₂ dan O₂. Pada waktu aktivitas lebih banyak darah mengalir di paru-paru dan membawa terlalu banyak CO₂ dan sedikit O₂. Jumlah CO₂ itu tidak dapat dikeluarkan semuanya, maka maka menimbulkan konsentrasi dalam arteri bertambah. Kondisi ini merangsang pusat pernafasan dalam otak untuk mempercepat dan menambah dalamnya pernafasan. Penambahan ventilasi yang dengan demikian terjadi menyebabkan pengeluaran CO₂ dan mengambil lebih banyak O₂.

C. Pernafasan jaringan atau pernafasan interna

Pertukaran terjadi di sel jaringan, yaitu darah yang telah menjenuhkan hemoglobinnya dengan oksigen (oksihemoglobin) mengalir seluruh tubuh dan mencapai kapiler, darah bergerak sangat lambat. Selanjutnya sel jaringan memungut oksigen dari hemoglobin dan darah menerima sebagai hasil buangan oksidasi yaitu karbondioksida.

Perubahan- perubahan berikut terjadi dalam komposisi udara dalam alveoli, yang disebabkan pernapasan eksterna dan pernapasan interna atau penapasan jaringan.

- Udara (atmosfer) yang dihirup :
- Nitrogen : 79 %
- Oksigen : 20 %
- Karbondioksida : 0-0,4 %

Udara yang masuk alveoli mempunyai suhu dan kelembaban atmosfer.

Udara yang dihembuskan:

- Nitrogen : 79 %
- Oksigen : 16 %
- Karbon dioksida : 4-0,4

Udara yang dihembuskan jenuh dengan uap air dan mempunyai suhu yang sama dengan badan (20 persen panas badan hilang untuk pemanasan udara yang dikeluarkan).

Kapasitas tidal

Volume udara yang dapat dicapai masuk dan keluar paru-paru pada penarikan napas dan pengeluaran napas paling kuat, disebut kapasitas vital paru-paru. Diukurnya dengan alat spirometer. Pada seorang laki-laki, normal 4-5 liter dan pada seorang perempuan 3-4 liter. Kapasitas itu berkurang pada penyakit paru-paru, pada penyakit jantung (yang menimbulkan kongesti paru-paru) dan pada kelemahan otot pernapasan.

A. Kecepatan dan pengendalian pernapasan

Mekanisme pernapasan diatur dan dikendalikan oleh dua faktor utama: (a) kimiawi, dan (b) oleh saraf. Pusat pernapasan yang terletak di dalam medula oblongata kalau dirangsang maka mengeluarkan impuls yang disalurkan oleh saraf spinalis ke otot pernapasan- yaitu otot diafragma dan otot interkostalis.

Pengendalian oleh saraf

Pusat pernapasan ialah suatu pusat otomatis di dalam medula oblongata yang mengeluarkan impuls eferen ke otot pernapasan. Melalui beberapa radix saraf servikalis impuls ini diantarkan ke diafragma oleh saraf frenikus: dan di bagian yang lebih rendah pada sumsum belakang, impulsnya berjalan dari daerah torax melalui saraf interkostalis untuk merangsang otot interkostalis. Impuls ini menimbulkan kontraksi ritmik pada otot diafragma dan interkostal yang kecepatan kira-kira lima belas kali setiap menit.

Impuls aferen yang dirangsang oleh pemekaran gelembung udara, diantarkan oleh saraf vagus ke pusat pernapasan di dalam medula.

Pengendalian secara kimiawi

Faktor kimiawi ini ialah faktor utama dalam pengendalian dan pengaturan frekuensi, kecepatan dan dalamnya gerakan pernapasan. Pusat pernapasan di dalam sumsum sangat peka pada reaksi : kadar alkali darah harus dipertahankan. Karbondioksida adalah produk asam dari metabolisme, dan bahan kimia yang asam ini merangsang pusat pernapasan untuk mengirim keluar impuls saraf yang bekerja pada otot pernapasan. Kedua pengendali ini sangat penting dalam mekanisme pernafasan, tanpa salah satunya orang tak dapat bernafas dengan normal

Faktor lainnya menyebabkan penambahan kecepatan dan dalamnya pernapasan. Adalah gerakan badan atau aktivitas tubuh yang kuat sehingga memerlukan banyak oksigen dalam otot untuk memberi energi untuk pekerjaan, akan menimbulkan kenaikan pada

- a. Jumlah karbon dioksida di dalam darah sehingga membesarkan ventilasi paru-paru.
- b. Emosi, rasa takut dan sakit misalnya, menyebabkan impuls yang merangsang pusat pernapasan dan menimbulkan penghirupan udara secara kuat.
- c. Impuls aferen dari kulit menghasilkan efek serupa, bila badan dicelup dalam air dingin atau menerima guyuran air dingin, maka penarikan napas kuat akan menyusul.
- d. Pengendalian secara sadar atas gerakan pernapasan mungkin, tetapi tidak dapat dijalankan lama. Oleh sebab gerakannya adalah otomatis. Suatu usaha untuk menahan napas untuk waktu lama akan gagal karena pertambahan

- e. Karbondioksida yang melebihi normal di dalam darah akan menimbulkan rasa tak enak.

BAB III

PERSIAPAN PEMENUHAN KEBUTUHAN PERAWATAN DIRI

A. Mencuci dan Menyisir Rambut

Rambut merupakan bagian dari kulit yang dapat merubah menampilkan seseorang dengan memotong, menyisir, mengkriting, meluruskan atau mengecat. Rambut diartikan sebagai “Mahkota” Untuk itu diperlukan kebersihan dan perawatan rambut secara teratur.

a. Pengertian

Higiene rambut adalah mempertahankan kebersihan dan kerapuhan rambut agar kondisi rambut tetap sehat.

b. Tujuan

- 1) Memberikan kepercayaan diri pada klien dan memberikan rasa nyaman
- 2) Memelihara rambut agar tetap bersih, rapih dan sehat
- 3) Merangsang peredaran darah pada kulit kepala
- 4) Mengurangi pertumbuhan mikroorganisme pada rambut

c. Jenis perawatan rambut

- 1) Menyisir rambut
- 2) Memasang kap kutu
- 3) Mencuci rambut

Rambut adalah sel epidermis yang berubah, tumbuh dari folikel rambut di dalam epidermis sebelah atas. Di bagian dasar terdapat akar rambut, kantung rambut, kapiler rambut serta kapiler darah, dan ditegakkan oleh otot ereksi. Warna rambut dipengaruhi pigmen di dalam epidermis yang disebut melanin, banyak sedikitnya melanin dipengaruhi ras/suku bangsa, hormon, dan sinar matahari.

- Fungsi rambut:

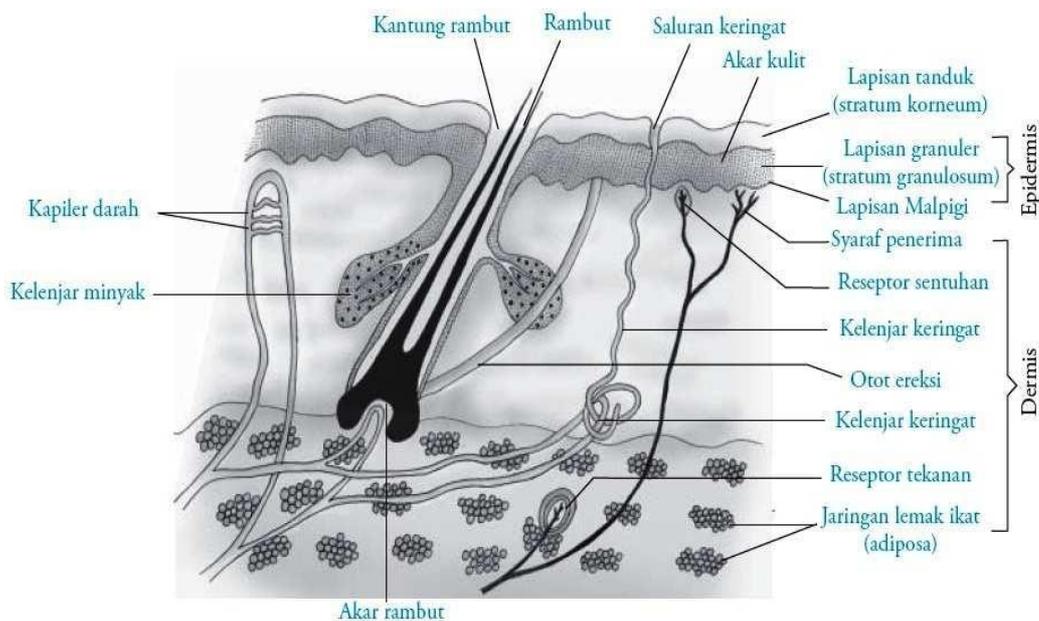
1. Melindungi kulit: bulu hidung menyaring udara, bulu mata, dari benda asing
2. Sebagai pengatur suhu, pendorong penguapan keringat
3. Sebagai indera peraba yang sensitif

- Kehidupan rambut

Rambut tumbuh sepanjang hidup seseorang. Stiap helai rambut tumbuh sekitar 1000 hari dan bertahan selama 100 hari. pangkal rambut yang mati akan terlepas dari kulit kepala dan digantikan dengan tumbuhnya rambut baru dari akar yang sama

- Masalah pada rambut

1. Rontok
2. Ketombe
3. Kutu



Gambar Anatomi Rambut

d. Menyisir Rambut

Pengertian

Mengatur rambut dengan menggunakan sisir, dan dilakukan pada klien yang tidak mampu menyisir rambut sendiri

- 1) Memberikan kepercayaan diri pada klien dan memberikan rasa nyaman
- 2) Memelihara rambut agar tetap bersih, rapih
- 3) Merangsang kulit kepala
- 4) Mencegah kororan dan kutu pada rambut
- 5) Mengetahui kelainan pada kulit kepala

e. Indikasi

Dilakukan pada Ibu dan bayi

1. Selesai memandikan bayi
2. Ibu setelah melahirkan dan telah dimandikan
3. Sewaktu-waktu bila diperlukan untuk merapikan rambut

f. Cara menyisir rambut:

Memberi tahu klien, menyiapkan peralatan dan melakukan menyisir rambut untuk teknik cara menyisir rambut lanjutan belajar pada Bab praktikum

Mencuci rambut

a. Pengertian

Menghilangkan kotoran pada rambut dan kulit kepala, dengan menggunakan shampo/sabun kemudian dibilas dengan air bersih.

b. Tujuan

- 1) Rambut dan kulit kepala bersih
- 2) Menghilangkan bau dan memberikan rasa nyaman
- 3) Merangsang peredaran darah
- 4) Membasmi ketombe

c. Indikasi

- 1) Klien dengan rambut kotor dan kondisi kesehatan memungkinkan
- 2) Klien setelah dipasang kap kutu
- 3) Klien mau operasi dengan general anestesi

d. Hal yang diperhatikan saat mencuci rambut

- 1) Keadaan umum klien
- 2) Hindari kelelahan pada klien
- 3) Alat tenun dan lantai jangan sampai basah

e. Cara Mencuci rambutrambut:

Memberi tahu klien, menyiapkan peralatan dan melakukan mencuci rambut. Teknik/ cara mencuci rambut dilanjutkan pada Bab praktikum

2. Memandikan Neonatus, Bayi dan Ibu

Memandikan Neonatus

Teknik memandikan neonatus adalah dengan teknik “sponge bath” yaitu membersihkan neonatus dengan membasuh seluruh bagian tubuh dari kepala sampai dengan ujung kaki tanpa dimasukkan dalam bak mandi. Sponge bath dilakukan pada neonatus sampai tali pusat mengering dan putus, dengan metode ini neonatus sudah mendapatkan perawatan kebersihan yang adekuat, disamping itu dengan menggunakan metode ini akan menjaga keadaan tali pusat agar tidak basah dan membantu proses pengeringan tali pusat. Pada saat Bidan memandikan neonatus, orang tua harus mendapatkan kesempatan atau berpartisipasi dalam mendemonstrasikan teknik sponge bath sebelum pulang ke rumah. Jika kesempatan untuk memandikan bersama orang tua hanya satu kali, Bidan dapat menggabungkan demonstrasi dan mendemonstrasikan kembali dengan diskusi pada saat memandikan yang pertama dengan orang tua, kemudian saat memandikan berikutnya jika diperlukan Bidan memberikan dukungan dan membantu seperlunya. Orang tua harus dijelaskan prinsip-prinsip memandikan yaitu diantaranya:

1. prosedur memandikan dimulai dari daerah yang paling bersih ke daerah yang paling kotor (genital dan daerah perineal dibersihkan paling akhir)
2. perawatan khusus dilakukan pada daerah lipatan kulit
3. teknik sponge bath harus diteruskan sampai tali pusat putus dan tidak ada tanda – tanda infeksi pada umbilikus
4. salah satu cara yang baik dalam teknik sponge bath adalah dimulai dengan membasuh muka dan kepala, menyabuni tubuh dan setelah itu menggunakan bak mandi bayi untuk membilasnya (prosedur sponge bath dan gambar terlampir).

Masalah yang mungkin muncul pada neonatus adalah:

1. Gangguan mempertahankan kebersihan diri dikarenakan : kurangnya pengetahuan orang tua tentang cara memandikan bayi baru lahir.
2. Hipotermia
3. Potensial infeksi dikarenakan kerusakan jaringan pada tali pusat.

Memandikan bayi

Adalah memandikan bayi dengan memasukkan bayi ke dalam bak mandi. Tujuan tindakan memandikan bayi baru lahir/ neonatus adalah :

1. Membersihkan kulit dari darah dan cairan amnion

2. Mempertahankan kebersihan diri sehari – hari
3. Untuk observasi keadaan kulit bayi
4. mengajarkan orang tua tentang cara memandikan bayi.
5. Sebagai stimulasi dini

Yang perlu diperhatikan pada memandikan bayi adalah:

1. Jaga jangan sampai bayi minum air, perhatikan adanya kelainan kulit .
2. Jaga jangan sampai bayi kedinginan dan Hipotermia

Cara Sponge bath/Tepid Sponge (mandi seka) maupun memandikan bayi adalah memberi tahu klien, menyiapkan peralatan dan melakukan Sponge bath /Tiped Sponge (mandi seka) dan memandikan bayi lanjutkan belajar saudara pada Bab praktikum pemenuhan kebutuhan kebersihan diri.

Yang perlu diwaspai

Bila klien mulai menggigil, hentikan prosedur. Menggigil menyebabkan kenaikan suhu tubuh.

Penyuluhan Klien dan keluarga

Ajarkan orang tua cara melakukan mandi kompres di rumah. Suhu di atas 39°C umumnya menandakan kebutuhan untuk kompres.

Pertimbangan Pediatri

Suhu anak dapat meningkat secara tiba-tiba karena mekanisme pengaturan suhunya belum matang. Seringkali satu-satunya tanda penting adalah kulit teraba hangat. Mungkin akan lebih mudah untuk merendamkan bayi atau anak kecil dalam bak mandi berisi air hangat ketimbang melakukan tepid sponging.

Membuka semua bagian tubuh secara bersamaan meningkatkan kehilangan panas.

Memandikan Ibu

a. Pengertian

Adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk membersihkan badan dari kotoran, keringat dan mikroorganisme agar tetap bersih dan sehat

b. Tujuan

1. Membersihkan kulit dari kotoran, keringat dan mikroorganisme agar tetap bersih

dan sehat

2. Menghilangkan atau mengurangi bau badan dan memberikan rasa nyaman
3. Merangsang peredaran darah dan meningkatkan sirkulasi
4. Mencegah infeksi
5. Memperhatikan bagian tubuh yang tertekan
6. Meningkatkan *selfimage*
7. Sebagai *Ring Of Motion*

Memandikan klien dewasa di tempat tidur

a. Pengertian

Adalah memandikan klien yang dilakukan diatas tempat tidur pada klien yang tidak dapat mandi sendiri

b. Indikasi

1. Pasien baru yang tidak dapat mandi sendiri, terutama jika sangat kotor dan keadaan umumnya memungkinkan.
2. Pada klien yang dirawat, sekurang-sekurangnya dua kali sehari, sesuai dengan kondisinya.

c. Persiapan yang dilakukan adalah mulai dari persiapan alat dan bahan, klien dan lingkungan klien.

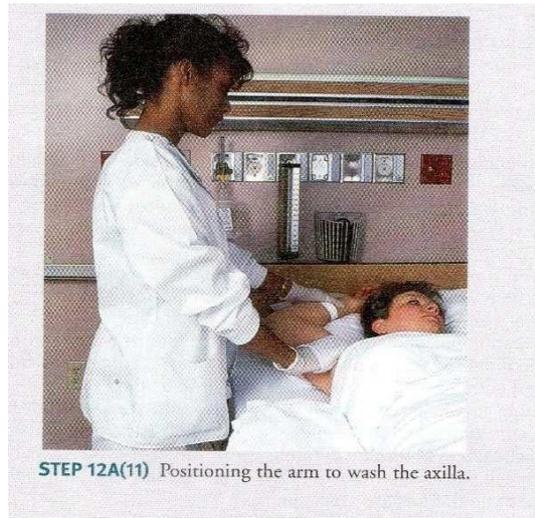
d. Persiapan Pasien

Pasien diberi penjelasan dan dianjurkan untuk buang air kecil dulu (jika klien sadar) untuk meningkatkan kerjasama.

e. Prosedur Pelaksanaan

Prosedur pelaksanaan dimulai dengan urutan:

- a) Membasuh muka
- b) Membasuh lengan
- c) Membasuh dada dan perut
- d) Membasuh punggung
- e) Membasuh kaki
- f) Membasuh daerah lipat paha dan genital



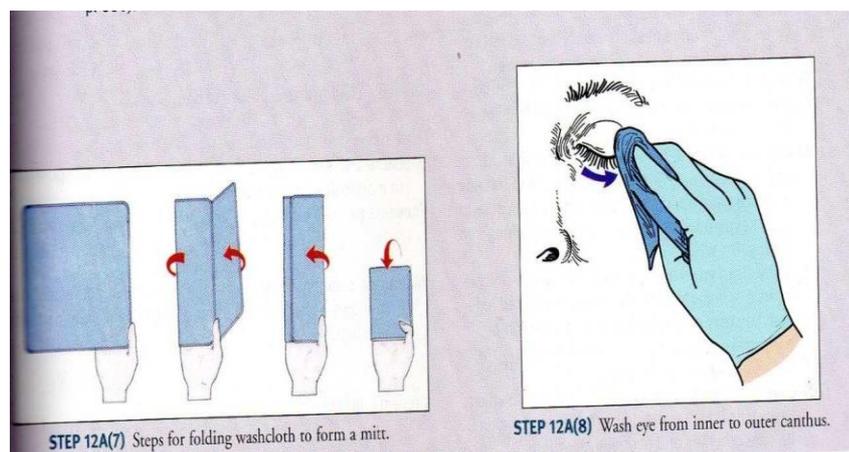
Gambar Memandikan Klien Dewasa di Tempat Tidur

f. Kontraindikasi

1. Pasien dalam keadaandemam
2. Paien dengan penyakit tertentu, misalnya cacar

g. Yang perlu diperhatikan:

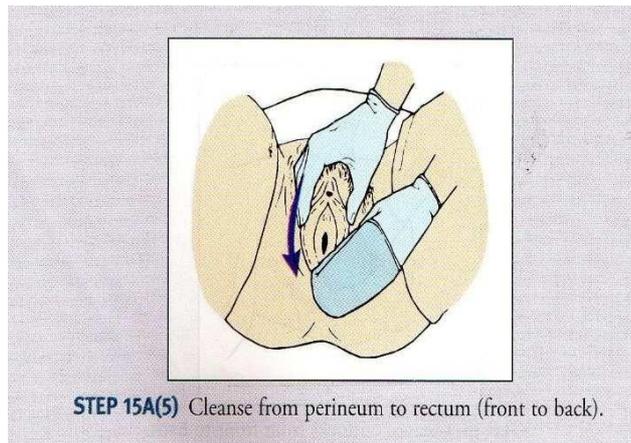
- a. Hindarkan tindakan yang memberikan rasa malu pada klien, dan tetap menjaga kesopanan
- b. Perhatikan keadaan umum klien dan kelainan pada badannya (kelainan kulit)
- c. Bila klien dapat mandi sendiri, Bidan membantu seperlunya



Gambar Cara melipat waslap dari handuk

Perawatan Perineal Wanita

Perawatan perineal pada wanita meliputi pembersihan genitalia eksternal. Prosedur biasanya dilakukan selama mandi. Kebanyakan wanita menyukai mencuci area perineal mereka sendiri bila mereka mampu secara fisik. Perawatan perineal mencegah dan mengontrol penyebaran infeksi, mencegah kerusakan kulit, meningkatkan kenyamanan, dan



mempertahan kebersihan. Untuk dapat melakukan prosedur vulva hygiene Saudara perlu melanjutkan belajar pada Bab praktikum tentang vulva hygiene.

Gambar Cara melipat waslap dari handuk

Hal yang perlu diperhatikan

Adanya sekresi yang berbau tak sedap dapat menandakan infeksi dan memerlukan perhatian. Wanita dengan inkontinensia urine atau feses atau mereka yang dalam pemulihan dari bedah rektal atau perineal, pembedahan yang mencakup saluran kemih bawah, atau melahirkan memerlukan perhatian khusus dalam perawatan perineal.

Perawatan Kaki dan Kuku

- Pengertian Perawatan kuku dan kaki

Adalah rutin untuk mencegah infeksi, bau kaki, dan cedera pada jaringan lunak. Seringkali klien tidak menyadari masalah kaki atau kuku jari kaki sampai terjadi nyeri atau rasa taknyaman. Masalah umum pada kuku jari tangan, dan kuku jari kaki diakibatkan oleh perawatan berlebihan atau perawatan yang buruk seperti menggigit kuku atau menghiasnya dengan berlebih

- Masalah pada kuku
- Calus adalah penebalan kulit yang berbatas jelas pada epidermis, permukaan rata, terasa

sakit dan berada pada permukaan telapak kaki maupun telapak tangan yang disebabkan gesekan lokal atau tekanan terus menerus.

- Corn adalah penebalan dan pengerasan setempat pada kulit akibat gesekan dan tekanan sepatu berada pada ibu jari
- Kutil adalah lesi pada telapak kaki, sakit dan sulit untuk berjalan.



Gambar Perawatan Kuku

Yang perlu diwaspadai

Klien dengan diabetes dapat mengalami neuropati perifer yang menyebabkan penurunan sensasi. Maka periksa suhu air dengan hati-hati. dalam menggunting kuku jangan sampai mengenai jaringan sehingga terjadi luka karena klien ini cenderung mengalami penyembuhan luka yang buruk, dan dapat menimbulkan infeksi serius.

Penyuluhan Klien

Ajari klien tentang keamanan penggunaan cara perawatan kaki dan kuku di rumah. Klien harus diperingatkan tentang pengguntingan daging tumbuh atau kalus karena risiko infeksinya besar. Kaus kaki dapat digunakan untuk mengabsorpsi keringat dan tidak boleh terlalu ketat dan menggunakan alas kaki. Yang bersih untuk menghindari infeksi. Sepatu jangan terlalu pas. dianjurkan untuk menyediakan ruang diantara ibu jari kaki dan bagian terluas dari sepatu bila seseorang sedang berdiri.

Pada Pediatri

Bayi dan anak-anak kecil memerlukan pemotongan kuku jari kaki dan kuku jari tangan dengan rutin karena anak mempunyai kebiasaan menggigit kuku. Adanya kuku yang tak dipotong dan kotoran terkumpul di bawah tepi kuku menandakan kebiasaan kebersihanyangburuk

PEMENUHAN KEBUTUHAN PERAWATAN DIRI

1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mahasiswa mampu melakukan pemenuhan kebutuhan perawatan diri.

2. Tujuan Praktikum

Setelah melakukan pratikum, mahasiswa diharapkan mampu melakukan pemenuhan kebutuhan perawatan diri yang merupakan suatu tindakan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu mandi secara mandiri:

- a. Melakukan tindakan memandikan pasien
- b. Melakukan tindakan mencuci rambut
- c. Melakukan tindakan menggosok gigi
- d. Melakukan tindakan membantu pasien menyisir rambut
- e. Melakukan tindakan membantu pasien menggunting kuku
- f. Melakukan vulva hygiene

3. Dasar-dasar teori (secara ringkas)

Perawatan diri atau kebersihan diri (personal hygiene) merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan baik secara fisik maupun psikologis. Pemenuhan perawatan diri dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya : budaya, nilai sosial pada individu atau keluarga, pengetahuan tentang perawatan diri, serta persepsi terhadap perawatan diri.

Tujuan umum perawatan diri adalah untuk mempertahankan perawatan diri baik secara sendiri maupun dengan bantuan dapat melatih hidup sehat/ bersih dengan memperbaiki gambaran atau presepsi terhadap kesehatan dan kebersihan

serta menciptakan penampilan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan. Membuat rasa nyaman dan relaksasi dapat dilakukan untuk menghilangkan kelelahan, mencegah infeksi, mencegah gangguan sirkulasi darah, dan mempertahankan integritas pada jaringan.

4. Langkah-langkah praktikum

a. Memandikan pasien

No	Komponen yang diuji	Nilai
	<p>1. Persiapan Alat :</p> <ul style="list-style-type: none">• Baki + alasnya• Satu stel pakaian bersih• Waskom mandi 2 buah masing-masing berisi air dingin dan hangat (bila perlu)• 1 atau 2 buah handuk bersih• Kain penutup/ selimut mandi• Ember bertutup untuk pakaian kotor• Sampiran• Celemek plastik• Waslap 2 buah• Sabun pada tempatnya• Talk• Perlak• Set vulva higiene (bila perlu) <p>Cara kerja :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memperkenalkan diri dan pasien diberitahukan mengenai tindakan yang akan dilakukan2. Membawa alat-alat ke dekat pasien3. Menyingkirkan bantal dan guling yang tidak dipakai, menutup pintu dan jendela kalau perlu dipasang sampiran4. Memakai celemek5. Mencuci tangan6. Mengatur posisi pasien	

7. Memasang selimut mandi, lipatan bagian atas dipegang oleh pasien, lipatan bagian bawah ditarik bersama-sama dengan seprei atas dan selimut ke arah kaki
8. Menanggalkan pakaian atas pasien dan memasukkannya ke tempat pakaian kotor

Mencuci muka dengan cara :

9. Handuk dibentangkan di bawah kepala, muka telinga dan leher dibersihkan dengan washlap lembab lalu dikeringkan dengan handuk (tanyakan apakah pasien mau memakai sabun atau tidak).

Mencuci lengan dengan cara :

10. Kedua tangan pasien diangkat
11. Letakkan handuk di atas dada pasien dan lebarkan ke samping kiri dan ke kanan sehingga kedua tangan dapat diletakkan di atas handuk.
12. Selimut mandi atau kain penutup diturunkan.
13. Kedua tangan pasien dibasahi dan disabuni dimulai dari lengan pasien yang terjauh (dari distal ke proksimal) kemudian lakukan hal yang sama pada lengan yang terdekat lalu dibilas sampai bersih dan dikeringkan dengan handuk.

Mencuci dada dan perut dengan cara :

14. Kedua tangan pasien dikeataskan.
15. Pakaian pasien bagian bawah dan selimut mandi diturunkan sampai perut bagian bawah (pada pria dada tidak perlu ditutupi dengan handuk dan wanita handuk tetap di atas dada)
16. Ketiak, dada dan perut dibasahi, disabuni dibilas sampai bersih dan dikeringkan dengan handuk.

Mencuci punggung dengan cara :

17. Pasien dimiringkan ke arah penolong.
18. Punggung sampai bokong dibasahi, disabuni dibilas dan selanjutnya dikeringkan dengan handuk.
19. Menuangkan talk pada telapak tangan perawat kemudian diratakan pada kuduk, punggung bokong pasien secara merata.
20. Pakaian bagian atas dipasang dengan rapih, lalu pasien ditelentangkan.

Mencuci kaki dengan cara :

21. Menanggalkan pakaian bawah dan memasukkannya kedalam ember tempat pakaian kotor
22. Dimulai dari kaki pasien yang terjauh
23. Lutut ditekuk, handuk dibentangkan di bawah kaki
24. Kaki sampai kepangkal paha dibasahi, disabuni, dibilas, selanjutnya dikeringkan, demikian juga dengan kaki yang satu lagi.

Mencuci daerah lipat paha dan genitalia dengan cara:

25. Handuk digeser kebawah bokong
26. Daerah lipatan paha dan genitalia dibasahi, disabuni dibilas dan dikeringkan.
27. Tanyakan pada pasien apakah ingin BAK. Bila ya, bantu pasien BAK dan lakukan vulva hygiene sesudahnya.
28. Pakaian bagian bawah dikenakan kembali, kain penutup atau handuk diangkat, selimut pasien dipasangkan kembali.
29. Pakaian dan alat tenun kotor serta peralatan dibereskan dan dibawa ketempatnya.
30. Observasi respon pasien.

Catatan :

- 1) Hindarkan tindakan yang menimbulkan rasa malu pada pasien dan tetap menjaga kesopanan.
- 2) Bila air sudah kotor agar segera diganti.

KETERANGAN :

1. Perlu Perbaikan : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau tidak sesuai dengan urutan atau ada langkah yang terlewat.
2. Mampu : Langkah dan tugas dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi peserta masih melakukan dengan lambat atau kurang tepat.
3. Mahir : Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan dari daftar tilik.

$$N = \frac{\text{Jumlah Nilai yang diperoleh} \times 100 \%}{96}$$

b. Mencuci rambut

No	Komponen yang diuji	Nilai
	1. Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none">• Baki + alasnya yang berisi :• 2 buah handuk• 2 buah sisir• Shampo dalam tempatnya• Kom kecil berisi kasa dan kapas• Bengkok (nierbekken)• Perlak• Talang karet• Celemek• Gayung	

• 3 buah ember :

- Ember kosong
- Ember berisi air dingin dan hangat (bila perlu)
- Ember bertutup tempat kain kotor

Cara kerja :

2. Memperkenalkan diri dan pasien diberitahu mengenai tindakan yang akan dilakukan
3. Membawa alat-alat ke dekat pasien
4. Memasang sampiran atau menutup pintu
5. Memakai celemek
6. Mencuci tangan
7. Mengatur posisi pasien dengan kepala dekat sisi tempat tidur
8. Memasang perlak dan handuk di bawah kepala pasien
9. Memasang talang dan diarahkan ke ember yang kosong
10. Menyumbat telinga pasien dengan kapas dan menutup mata pasien dengan kasa kering
11. Menutup dada dengan handuk sampai ke leher
12. Menyisir rambut, kemudian disiram dengan air dengan menggunakan gayung.
13. Menggosok pangkal rambut dengan kain kasa yang telah diberi shampoo kemudian di urut dengan jari.
14. Membilas rambut sampai bersih kemudian angkat talang masukkan ke dalam ember tempat kain kotor kemudian rambut dikeringkan dengan handuk.
15. Mengangkat tutup telinga dan mata
16. Bentangkan handuk penutup dada di atas

bantal kemudian angkat handuk dan perlak di bawah kepala dan masukkan ke dalam ember tempat kain kotor.

17. Mengembalikan pasien ke posisi semula
18. Menyisir rambut pasien kembali dengan sisir yang bersih dan dibiarkan kering, atau dikeringkan dengan menggunakan fohn (pengering rambut listrik) lalu disisir sampai rapi
19. Merapikan pasien
20. Membuka celemek
21. Membereskan alat-alat dan mengembalikan pada tempatnya
22. Mencuci tangan

KETERANGAN :

1. Perlu Perbaikan : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau tidak sesuai dengan urutan atau ada langkah yang terlewat.
2. Mampu : Langkah dan tugas dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi peserta masih melakukan dengan lambat atau kurang tepat.
3. Mahir : Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan dari daftar tilik.

$$N = \frac{\text{Jumlah Nilai yang diperoleh} \times 100 \%}{66}$$

c. Menggosok gigi

No	Komponen yang diuji	Nilai
	1. Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none">• Baki + alasnya yang berisi :• Handuk kecil• Sikat gigi dan odol gigi	

- Gelas plastik berisi air
- Bengkok besar/ kom kumur

Cara kerja :

2. Memperkenalkan diri dan memberitahu pasien/ keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan
3. Membawa alat-alat ke dekat pasien
4. Mencuci tangan
5. Menaruh handuk di bawah dagu pasien
6. Menaruh bengkok di bawah dagu pasien sedemikian rupa sehingga air bekas kumur-kumur dapat ditampung
7. Memberikan air untuk kumur-kumur kepada pasien
8. Memberikan sikat gigi yang telah dibubuhi odol gigi secukupnya dan telah dibasahi lebih dahulu lalu berikan pada pasien
9. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk menyikat giginya sampai bersih
10. Memasukkan sikat gigi ke dalam gelas yang telah kosong, setelah pasien berkumur-kumur dan mengeringkan mulut pasien dengan handuk
11. Merapikan pasien dan lingkungan
12. Merapikan alat-alat yang sudah digunakan dan mengembalikan tempatnya
13. Mencuci tangan.

KETERANGAN :

1. Perlu Perbaikan : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau tidak sesuai dengan urutan atau ada langkah yang terlewat.
2. Mampu : Langkah dan tugas dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi peserta masih melakukan dengan lambat atau kurang tepat.
3. Mahir : Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan dari daftar tilik.

$$N = \frac{\text{Jumlah Nilai yang diperoleh} \times 100 \%}{39}$$

d. Membantu pasien menyisir rambut

No	Komponen yang diuji	Nilai
	<p>1. Persiapan Alat :</p> <ul style="list-style-type: none">•Baki + alasnya•Handuk•Sisir•K/p karet pengikat, minyak rambut, kertas•Nierbekken berisi larutan lisol 2 % <p>Cara kerja :</p> <p>2. Memperkenalkan diri dan memberitahu pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan</p> <p>3. Membawa alat-alat ke dekat pasien</p> <p>4. Mengatur posisi pasien, bila perlu pasien bisa duduk</p> <p>5. Mencuci tangan</p> <p>6. Meletakkan handuk di atas bahu atau di bawah kepala</p> <p>7. Rambut dibagi dua dan disisir sedikit demi sedikit dari ujung ke pangkal (k/p beri minyak rambut), jika rambut pasien pendek maka menyisir rambut dapat dari pangkal rambut ke ujung rambut.</p> <p>8. Setelah licin dijalin dan diikat (bila rambut panjang)</p> <p>9. Merendam sisir yang telah digunakan ke dalam nierbekan + larutan lisol</p> <p>10. Mengumpulkan rambut yang rontok direndam ke dalam larutan lisol dan dibungkus</p>	

dengan kertas

11. Membereskan alat-alat dan mengembalikan ke tempatnya
12. Mencuci tangan

KETERANGAN :

1. Perlu Perbaikan : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau tidak sesuai dengan urutan atau ada langkah yang terlewat.
2. Mampu : Langkah dan tugas dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi peserta masih melakukan dengan lambat atau kurang tepat.
3. Mahir : Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan dari daftar tilik.

$$N = \frac{\text{Jumlah Nilai yang diperoleh} \times 100 \%}{36}$$

e. Membantu pasien menggunting kuku

No	Komponen yang diuji	Nilai
	1. Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none">• Baki + alasnya• Handuk• Gunting kuku• Nierbekken• Kapas alkohol dalam tempatnya• K/p air hangat dalam kom besar atau kecil	
	Cara kerja : <ol style="list-style-type: none">2. Memperkenalkan diri dan memberitahu pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan3. Membawa alat-alat ke dekat pasien4. Mencuci tangan5. Mengatur posisi pasien6. Meletakkan handuk dan nierbekken di bawah tangan dan kaki	

7. Menggunting kuku jari tangan secara bundar dan jari kaki secara lurus (kuku yang keras, direndam terlebih dahulu dalam kom yang berisi air hangat selama 5-10 menit)
8. Membersihkan pinggiran kuku yang kotor dan hitam dengan kapas alkohol
9. Membereskan alat-alat dan mengembalikan ke tempatnya
10. Mencuci tangan

KETERANGAN :

1. Perlu Perbaikan : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau tidak sesuai dengan urutan atau ada langkah yang terlewat.
2. Mampu : Langkah dan tugas dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi peserta masih melakukan dengan lambat atau kurang tepat.
3. Mahir : Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan dari daftar tilik.

$$N = \frac{\text{Jumlah Nilai yang diperoleh} \times 100 \%}{30}$$

f. Melakukan vulva hygiene

No	Komponen yang diuji	Nilai		
		1	2	3
	1. Persiapan Alat :			
	• Baki + alasnya yang berisi :			
	• Alas bokong dan perlak			
	• Kapas sublimat dalam kom			
	• Kapas air hangat dalam kom			
	• Bak instrumen yang berisi :			
	- Sarung tangan (handscoon)			
	- Kasa steril			
	• Bengkok (nierbekken)			

Cara kerja :

2. Memperkenalkan diri dan memberitahu pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan
 3. Membawa alat-alat ke dekat pasien
 4. Pasang sampiran
 5. Mencuci tangan
 6. Atur posisi pasien
 7. Pasang pengalas bokong
 8. Pasang selimut dan buka pakaian bagian bawah pasien
 9. Pasang handscoon
 10. Bersihkan mons veneris dari bawah ke atas secara zig zag
 11. Bersihkan paha terjauh bagian dalam secara zig zag
 12. Bersihkan labia mayora kanan dan kiri dari atas ke bawah, labia minora kanan dan kiri dari atas ke bawah, vestibulum, perineum, dan anus dengan kapas sublimat
-

13.	Ulangi mengusap bagian atas vulva dengan kapas air hangat sampai ke perineum			
14.	Mengusap anus			
15.	Keringkan dengan kasa			
16.	Angkat alas bokong			
17.	Merapikan peralatan dan dikembalikan ke tempat semula			
18.	Membuka handscoon			
19.	Merapikan pasien dan lingkungannya			
20.	Mencuci tangan			

KETERANGAN :

1. Perlu Perbaikan : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau tidak sesuai dengan urutan atau ada langkah yang terlewat.
2. Mampu : Langkah dan tugas dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi peserta masih melakukan dengan lambat atau kurang tepat.
3. Mahir : Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan dari daftar tilik.

$$N = \frac{\text{Jumlah Nilai yang diperoleh} \times 100 \%}{60}$$

PEMERIKSAAN FISIK

1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan fisik.

2. Tujuan Praktikum

Setelah melakukan pratikum, mahasiswa diharapkan mampu melakukan pemeriksaan fisik untuk mengukur fungsi dasar tubuh.

3. Dasar-dasar teori (secara ringkas)

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang lengkap dari penderita untuk mengetahui keadaan atau kelainan serta masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengumpulkan data tentang kesehatan pasien, menambah informasi, menyangkal data yang diperoleh dari riwayat pasien, mengidentifikasi masalah pasien, menilai perubahan status pasien, dan mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah diberikan.

Pemeriksaan dilakukan pada pasien yang baru pertama kali datang periksa dan dilakukan dengan lengkap. Pada pemeriksaan ulangan, dilakukan yang perlu saja. Macam-macam cara pemeriksaan yaitu dengan *inspeksi* (periksa pandang/ observasi), *palpasi* (periksa raba), *auskultasi* (periksa dengar), *perkusi* (periksa ketuk).

Pemeriksaan umum meliputi pemeriksaan jantung dan paru-paru, refleks, serta tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu dan pernapasan. Pemeriksaan umum pada ibu hamil bertujuan untuk menilai keadaan umum ibu, status gizi, tingkat kesadaran, serta ada tidaknya kelainan bentuk badan.

4. Langkah-langkah praktikum mengukur tanda-tanda vital

No	Komponen yang diuji	Nilai		
		1	2	3
1	1. Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none">• Baki + alasnya• Termometer digital / air raksa (axilla, oral, anal)• Kasa alkohol dalam tempatnya			

- Tissue
- Bengkok (nierbekken)
- Stetoskop
- Sphygnomanometer dan mansetnya
- Jam tangan/ stop watch
- Buku catatan + alat tulis

2 Mengukur Tekanan Darah

Cara kerja :

2. Mengenalkan diri dan pasien diberitahu mengenai tindakan yang akan dilakukan
3. Membawa alat-alat ke dekat pasien
4. Mencuci tangan
5. Mengatur posisi pasien
6. Buka/ gulung lengan baju sehingga tidak menghalangi manset yang akan dipasang
7. Pasang manset 2-3 cm di atas denyut nadi brakhialis pada fosa antecubital dengan pipa karet berada di sisi luar lengan
8. Raba arteri Brakhialis/ radialis dengan ujung jari tangan non dominan
9. Tutup katup pompa dan buka pengunci air raksa
10. Pompa manset dengan tangan dominan sampai denyut nadi tidak teraba
11. Baca angka pada Sphygmomanometer dimana denyut nadi tidak teraba
12. Segera turunkan air raksa dengan cepat sampai titik nol
13. Tunggu 30 detik
14. Letakkan stetoskop pada arteri Brakhialis
15. Pompa air raksa hingga 30 mmHg dari denyut sistolik tadi
16. Turunkan perlahan-lahan sampai tidak terdengar

lagi detak tersebut

17. Baca detak akhir tersebut pada skala air raksa
18. Turunkan air raksa sampai dengan nol
19. Pastikan manset bebas udara
20. Buka manset, rapikan, dan kunci kembali penutup air raksa
21. Catat hasil
22. Rapikan pasien dan lingkungan
23. Kembalikan alat-alat ke tempatnya

Mengukur Nadi

Cara kerja :

24. Pilih arteri untuk mengukur nadi (biasanya pada arteri radial)
25. Atur posisi klien
26. Bila klien baring letakkan lengan sejajar tubuh atau letakkan di atas dada dengan sudut siku 90⁰ dan telapak tangan menghadap kebawah
27. Bila klien duduk letakkan lengan di atas paha klien dengan telapak tangan menghadap ke bawah
28. Letakkan tiga jari pemeriksaan pada permukaan arteri radial klien
29. Hitung nadi dalam 1 menit, amati irama dan kekuatan denyut nadi
30. Catat hasil

Menghitung Pernafasan

Cara kerja :

31. Lakukan bersamaan dengan menghitung denyut nadi dan klien tidak perlu diberitahu bahwa pernafasannya akan dihitung
32. Hitung setiap gerakan nafas dalam 1 menit
33. Nilai irama dan karakteristik pernafasan

34. Catat hasil

Mengukur Suhu

35. Bila perlu dibuka dan ketiak dikeringkan dengan menggunakan tissue
36. Cek termometer apakah air raksa dibawah 35⁰ C
37. Jepitkan puncak reservoir termometer pada ketiak
38. Tekuk dan arahkan lengan klien bersilang di dada
39. Angkat termometer setelah 5-10 menit
40. Baca dan catat
41. Bersihkan termometer dengan cara mengusap thermometer dengan kasa alkohol dari atas ke bawah dengan satu kali usapan
42. Turunkan air raksa di bawah 35⁰ C
43. Masukkan kembali termometer pada tempatnya
44. Rapikan pasien dan lingkungannya
45. Rapikan alat-alat yang sudah digunakan dan dikembalikan ke tempatnya
46. Mencuci tangan.

KETERANGAN :

1. Perlu Perbaikan : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau tidak sesuai dengan urutan atau ada langkah yang terlewat.
2. Mampu : Langkah dan tugas dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi peserta masih melakukan dengan lambat atau kurang tepat.
3. Mahir : Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan dari daftar tilik.

$$N = \frac{\text{Jumlah Nilai yang diperoleh} \times 100 \%}{138}$$

No	Komponen yang diuji	Nilai		
		0	1	2
1	<p>1. Persiapan Alat :</p> <ul style="list-style-type: none">• Baki + alasnya• Termometer• Kasa alkohol dalam tempatnya• Tissue• Bengkok (nierbekken)• Stetoskop• Sphygmanometer dan mansetnya• Jam tangan• Buku catatan + alat tulis <p>Cara kerja :</p> <ol style="list-style-type: none">2. Mengenalkan diri dan pasien diberitahu mengenai tindakan yang akan dilakukan3. Membawa alat-alat ke dekat pasien4. Mencuci tangan5. Mengatur posisi pasien6. Bila perlu baju dibuka dan ketiak dikeringkan dengan menggunakan tissue7. Cetak termometer apakah air raksa di bawah 36°C8. Jepitkan puncak reservoir termometer pada ketiak9. Tekuk dan arahkan lengan klien bersilang di dada10. Sementara Thermometer masih di ketiak, lakukan pengukuran tekanan darah11. Buka/ gulung lengan baju sehingga tidak menghalangi manset yang akan dipasang dan pasang manset 2-3 cm diatas denyut nadi			

brakhialis pada fosa antecubital dengan pipa karet berada di sisi luar lengan

12. Raba arteri brakhialis/ radialis dengan ujung jari tangan non dominan

13. Pompa manset dengan tangan dominan sampai denyut nadi tidak teraba

14. Baca angka pada Sphygmomanometer dimana denyut nadi tersebut tidak teraba

15. Segera turunkan air raksa dengan cepat sampai titik nol

16. Tunggu 30 detik

17. Letakkan stetoskop pada arteri brakhialis

18. Pompa air raksa hingga 30 mmHg dari denyut sistolik tadi

<p>19. Turunkan perlahan-lahan sampai tidak terdengar lagi detak tersebut</p> <p>20. Baca detak akhir tersebut pada skala air raksa</p> <p>21. Buka manset, rapikan, dan kunci kembali penutup air raksa</p> <p>22. Selanjutnya melakukan pengukuran denyut nadi</p> <p>23. Pilih arteri untuk mengukur nadi (biasanya pada arteri radial)</p> <p>24. Letakkan tiga jari pemeriksaan pada permukaan arteri radial klien</p> <p>25. Hitung nadi dalam 1 menit, amati irama dan kekuatan denyut nadi</p> <p>26. Selanjutnya menghitung pernafasan</p> <p>27. Hitung setiap gerakan nafas dalam 1 menit</p> <p>28. Kemudian angkat termometer setelah 5-10 menit</p> <p>29. Bersihkan termometer dengan cara mengusap thermometer dengan kasa alkohol dari atas ke bawah dengan satu kali usapan dan turunkan air raksa.</p> <p>30. Masukkan kembali termometer pada tempatnya</p> <p>31. Rapikan pasien, lingkungannya serta alat</p> <p>32. Mencuci tangan dan lakukan pendokumentasian</p>			
--	--	--	--

BAB IV

ASUHAN PASIEN BEDAH PADA KASUS KEBIDANAN

A. PENGERTIAN PERIOPERATIF

Perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan yaitu prabedah (*praoperative*), bedah (*intraoperative*), dan pasca bedah (*postoperative*). Pra bedah dan pra operasi merupakan masa sebelum dilakukannya tindakan pembedahan yang dimulai sejak ditentukannya persiapan pembedahan yang dimulai sejak di tentukannya persiapan pembedahan dan berakhir sampai pasien berada di meja bedah. Intrabedah atau intraoperasi merupakan masa pembedahan yang dimulai sejak pasien ditransfer kemja bedah dan berakhir saat pasien di bawa ke ruang pemulihan. Pascabedah atau pasca operasi merupakan masa setelah dilakukannya pembedahan yang dimulai sejak pasien memasuki ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya.

Keperawatan perioperatif dilakukan berdasarkan proses keperawatan dan perawat perlu menetapkan strategi yang sesuai dengan kebutuhan individu selama periode perioperatif sehingga klien memperoleh kemudahan sejak datang sampai klien sehat kembali. Asuhan keperawatan perioperatif meliputi asuhan keperawatan yang di berikan sebelum (*preoperatif*), selama (*intraoperatif*), dan setelah (*pascaoperatif*) (Potter & Perry, 2006)

A. PERAWATAN PRE OPERASI

Preoperasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan

tindakan pembedahan. Pada tahap ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengakjian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara preoperatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat pembedahan

Rencana tindakan yang dapat dilakukan yaitu :

1. Pemberian Tindakan Kesehatan Prabedah

Pendidikan kesehatan yang perlu diberikan mencakup penjelasan mengenai berbagai informasi dalam tindakan pembedahan. Informasi tersebut diantaranya tentang jenis pemeriksaan yang dilakukan sebelum bedah, alat- alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke kamar bedah, ruang pemulihan, dan kemungkinan pengobatan setelah bedah.

2. Persiapan Diet

Pasien yang akan dibedah memerlukan persiapan khusus dalam hal pengaturan diet. Sehari sebelum bedah, pasien boleh menerima makanan biasa. Namun, delapan jam sebelum bedah tersebut dilakukan, pasien tidak diperbolehkan makan. Sedangkan cairan tidak diperbolehkan empat jam sebelum operasi, sebab makanan dan cairan dalam lambung dapat menyebabkan terjadinya aspirasi.

3. Persiapan Kulit

Persiapan ini dilakukan dengan cara membebaskan daerah yang akan di bedah dari mikroorganisme dengan cara menyiram kulit dengan sabun heksaklorofin atau sejenisnya yang sesuai dengan jenis pembedahan. Bila pada kulit terdapat rambut maka harus dicukur

4. Latihan Bernafas dan Latihan Batuk

Latihan ini dilakukan untuk meningkatkan kemampuan pengembangan paru- paru. Sedangkan batuk dapat menjadi kontraindikasi pada bedah intracranial, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan karena dapat meningkatkan tekanan, merusak jaringan, dan melepaskan jahitan.

Pernafasan yang dianjurkan adalah pernafasan diafragma dengan cara sebagai berikut ini :

- a. Atur posisi tidur semifowler, lutut dilipat untuk mengembangkan toraks
- b. Tempatkan tangan di atas perut
- c. Tarik nafas perlahan- lahan melalui hidung, biarkan dada mengembang
- d. Tahan nafas selama tiga detik
- e. Keluarkan nafas dengan mulut yang di moncongkan
- f. Tarik nafas dan keluarkan kembali, lakukan hal yang sama hingga tiga kali setelah nafas terakhir, batukkan untuk keluarkan lendir
- g. Istirahat
- h. Ulangi langkah c sampai g 2 kali lagi (Long, 1961)

5. Latihan Kaki

Latihan ini dapat dilakukan untuk mencegah dampak tromboflebitis. Latihan kaki yang dianjurkan antara lain latihan memompa otot, latihan quadrisep dan latihan mengencangkan glutea. Latihan memompa otot dapat dilakukan dengan mengkontraksikan otot betis dan paha, kemudian istirahatkan otot kaki dan ulangi hingga sepuluh kali. Latihan qudrisep dapat dilakukan dengan membengkokkan lutut kaki rata pada tempat tidur, kemudian meluruskan kaki pada tempat tidur, dan ulangi hingga lima kali. Latihan mengencangkan glutea dapat dilakukan dengan menekan otot pantat, kemudian coba gerakkan kaki ketepi tempat tidur, lalu istirahat, dan ulangi hingga lima kali.

6. Latihan Mobilitas

Latihan mobilitas dilakukan untuk mencegah komplikasi sirkulasi, mencegah dekubitus, merangsang peristaltik, serta mengurangi adanya nyeri. Melalui latihan mobilitas, pasien harus mampu menggunakan alat di tempat tidur, seperti menggunakan pengahalang agar bisa

memutar badan, melatih duduk disisi tempat tidur. Melatih duduk diawali dengan fowler, kemudian duduk tegak dengan kaki menggantung disisi tempat tidur. Mobilitas dilakukan melalui tahap-tahap sebagai berikut:

- a. Setelah 12- 24 jam pertama postoperasi pasien berpindah posisi setiap 1- 2 jam. Melakukan latihan kaki setiap jam jika pasien terjaga.
- b. Jika pasien mampu beradaptasi untuk melakukan miring kiri dan kanan, 6- 12 jam berikutnya pasien dibantu untuk bergerak secara bertahap dari posisi berbaring ke duduk sampai semua tanda pusing hilang. Posisi ini dapat di capai dengan menaikkan posisi bagian tempat tidur
- c. Apabila pasien dapat duduk di tempat tidur tanpa mengeluh pusing hari ketiga postoperasi anjurkan untuk menjuntai kaki di samping tempat tidur, jika tanda- tanda vital normal dan pasien tidak mengeluh pusing bantu pasien untuk berdiri disamping tempat tidur dan bantu pasien untuk berjalan perlahan dalam jarak pendek \pm 2- 3 meter.
- d. Hari ke empat pasien dibantu untuk berjalan ke kamar mandi dan jika luka operasi kering, pemenuhan nutrisi baik, hasil pemeriksaan penunjang baik, tidak ada komplikasi lainnya, perawat dapat memberitahukan kepada dokter agar pasien boleh dipulangkan (Perry dan Potter).

7. Pencegahan Cidera

Untuk mengatasi resiko terjadinya cidera, tindakan yang perlu dilakukan sebelum pelaksanaan bedah adalah:

- a. Cek identitas pasien
- b. Lepaskan perhiasan pada pasien yang dapat mengganggu, misalnya cincin, gelang dan lain-lain.
- c. Bersihkan cat kuku untuk memudahkan penilaian sirkulasi.

- d. Lepaskan kontak lensa.
- e. Lepaskan protesis.
- f. Alat bantu pendengaran bisa digunakan jika pasien tidak dapat mendengar.
- g. Anjurkan pasien untuk mengosongkan kandung kemih
- h. Gunakan kaos kaki antiemboli bila pasien berisiko terjadi tromboflebitis

B. PERAWATAN INTRA OPERASI

Fase- fase dalam asuhan intraoperatif

a. Perlindungan terhadap injury

Aktifitas yang dilakukan pada tahap ini adalah segala macam aktifitas yang dilakukan oleh perawat diruangan operasi. Aktifitas diruang operasi oleh perawat difokuskan pada pasien yang menjalani prosedur pembedahan untuk perbaikan, koreksi atau menghilangkan masalah- masalah fisik yang mengganggu pasien. Tentunya pada saat dilakukan pembedahan akan muncul permasalahan baik fisiologis maupun psikologis pada diri pasien. Untuk itu keperawatan intraoperatif tidak hanya berfokus pada masalah fisiologis yang dihadapi oleh pasien selama operasi, namun juga harus berfokus pada masalah psikologis yang dihadapi oleh pasien. Sehingga pada akhirnya akan menghasilkan outcome berupa asuhan keperawatan yang terintegrasi.

b. Monitoring pasien

Aktifitas keperawatan selama tahap intraoperatif meliputi 4 hal, yaitu:

1). Safety Management

Tindakan ini merupakan suatu bentuk jaminan keamanan bagi pasien selama prosedur pembedahan. Tindakan yang

dilakukan untuk jaminan keamanan diantaranya adalah pengaturan posisi pasien. Pengaturan posisi pasien bertujuan untuk memberikan kenyamanan pada klien dan memudahkan pembedahan. Perawat perioperatif mengerti bahwa berbagai posisi operasi berkaitan dengan perubahan fisiologis yang timbul bila pasien di tempatkan pada posisi tertentu.

2). Monitoring Fisiologis

Pemantauan fisiologis yang dilakukan oleh perawat meliputi hal- hal sebagai berikut :

➤ Melakukan balance cairan

Penghitungan balance cairan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien. Pemenuhan balance cairan dilakukan dengan cara menghitung jumlah cairan yang masuk dan yang keluar (cek pada kantong kateter urine) kemudian koreksi terhadap imbalance cairan yang terjadi. Misalnya dengan pemberian cairan infus

➤ Memantau kondisi cardiopulmonal

Pemantauan kondisi kardiopulmonal harus dilakukan secara kontinue untuk melihat apakah kondisi pasien normal atau tidak. Pemantauan yang dilakukan meliputi fungsi pernapasan, nadi dan tekanan darah, saturasi oksigen, perdarahan dan lain- lain

➤ Pemantauan terhadap vital sign

Pemantauan tanda- tanda vital penting dilakukan untuk memastikan kondisi pasien masih dalam keadaan batas normal. Jika terjadi gangguan harus dilakukan intervensi secepatnya.

3). Monitoring Psikologis

Dukungan psikologis (sebelum induksi dan bila pasien sadar) dukungan psikologis yang dilakukan oleh perawat pada pasien antara lain:

- Memberikan dukungan emosional pada pasien
- Perawat berdiri didekat pasien dan memberikan sentuhan selama prosedur pemberian induksi
- Mengkaji status emosional klien
- Mengkomunikasikan status emosional pasien kepada tim kesehatan (jika ada perubahan).

4). Pengaturan dan koordinasi *Nursing Care*

Pengaturan dan koordinasi *Nursing Care*, tindakan yang dilakukan antara pemakaian lain :

- Memanage keamanan fisik pasien
- Mempertahankan prinsip dan tehnik aseptis

Salah satu hal yang perlu dikaji dalam intra bedah adalah pengaturan posisi pasien. Berbagai masalah yang terjadi selama pembedahan mencapai aspek pemantauan fisiologis perubahan tanda vital, sistem kardiovaskular, keseimbangan cairan dan pernafasan. Selain itu , dilakukan pengkajian terhadap tim, dan instrument pembedahan serta anestesi yang diberikan.

Rencana tindakan yang dapat dilakukan yaitu :

1. Penggunaan Baju Seragam Bedah

Penggunaan baju seragam bedah di desain secara khusus dengan harapan dapat mencegah kontaminasi dari luar. Hal itu dilakukan dengan berprinsip bahwa semua baju dari luar harus diganti dengan baju bedah yang steril atau baju harus dimasukkan dalam celana atau harus menutupi pingngng untuk mengurangi penyebaran bakteri, serta gunakan tutup kepala, masker, sarung tangan, dan celemek steril.

2. Mencuci Tangan Sebelum Pembedahan

3. Menerima Pasien di Daerah Bedah

Sebelum memasuki wilayah bedah, pasien harus melakukan pemeriksaan ulang diruang penerimaan untuk mecek lagi nama, bedah apa yang dilakukan, nomer status registrasi pasien, berbagai hasil laboratorium dan x- ray, persiapan darah setelah dilakukan pemeriksaan silang dan golongan darah, alat protesis dan lain- lain.

4. Pengiriman dan Pengaturan Posisi ke Kamar Bedah.

Posisi yang dianjurkan umumnya adalah telentang, telungkup, trendelenburg, lateral, atau disesuaikan dengan jenis operasi yang akan dilakukan.

5. Pembersihan dan Persiapan Kulit

Pelaksanaan tindakan ini bertujuan untuk membuat daerah yang akan dbedah bebas dari kotoran dan lemak kulit, serta untuk mengurangi adanya mikroba. Bahan yang digunakan dalam kulit ini harus memiliki spectrum khasiat, memiliki kecepatan khasiat, memiliki potensi yang baik dan tidak menurun bila terdapat kadar alkohol, sabun deterjen, atau bahan organik lainnya.

6. Penutupan Daerah Steril

Penutupan daerah steril dilakukan dengan menggunakan duk steril agar tetap sterilnya daerah seputar bedah dan mencegah berpindahnya mikroorganisme antara daerah steril dan tidak.

7. Pelaksanaan Anesthesia

Anastesia dapat dilakukan dengan berbagai macam, antara lain anastesi umum, inhalasi atau intravena, anesthesi regional dan anastesi local.

8. Pelaksanaan Pembedahan

Setelah dilakukan anastesi, tim bedah akan melaksanakan pembedahan sesuai dengan ketentuan pembedahan.

C. PERAWATAN POST OPERASI

Keperawatan post operasi adalah periode terakhir dari perawatan perioperasi. Selama periode ini proses keperawatan di arahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada fungsi optimalnya dengan cecepat, aman dan nyaman.

Upaya yang dapat dilakukan diarahkan untuk mengantisipasi dan mencegah yang kemungkinan muncul paa tahap ini. Pengkajian dan penanganan yang cepat dan akurat sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi yang memperlama perawatan dirumah sakit atau membahayakan diri pasien. Memperhatikan hal ini, asuhan keperwtan post operasi sama pentingnya dengan prosedur pembedahan itu sendiri.

Faktor yang mempengaruhi postoperasi :

- Mempertahankan jalan nafas
Dengan mengatur posisi, memasang suction dan pemasangan mayo/ gudel
- Mempertahankan ventilasi/ oksigenasi
Ventilasi dan oksigenisasi dapat dipertahankan dengan pemberian bantuan nafas dengan ventiloat mekanik atau nasa kanul
- Mempertahankn sirkulasi darah
Mempertahankan sirkulasi darah dapat dilakukan dengan pemberian cairan plasma ekspander.

1. Obersvasi kedaan umum, obersvasi vomitus dan drainase
Keadaan umum dari pasien harus diobservasi untuk mengetahui keadaan pasien, seperti kesadaran dan sebagainya. Vomitus atau muntahan mungkin saja terjadi akibat pengaruh anastesi sehingga perlu dipantau kondisi vomitusnya. Selain itu drainase

sangat penting untuk dilakukan obeservasi terkait dengan kondisi pendarahan yang dialami oleh pasien.

2. Balance cairan

Harus diperhatikan untuk mengetahui input dan output cairan klien. Cairan harus balance untuk mencegah komplikasi lanjutan, seperti dehidrasi akibat perdarahan atau justru kelebihan cairan yang justru menjadi beban bagi jantung dan juga mungkin terkait dengan fungsi eliminasi pasien.

3. Mempertahankan kenyamanan dan mencegah resiko injury

Pasien post anastesi biasanya mengalami kecemasan, disorientasi dan berisiko besar untuk jatuh. Tempatkan pasien pada tempat tidur yang nyaman dan pasang side railnya. Nyeri biasanya sangat dirasakan pasien, diperlukan intervensi keperawatan yang tepat juga kolaborasi dengan medis terkait dengan agen pemblok nyerinya

4. Tindakan post operasi

Ketika pasien sudah selesai dalam tahap intraoperasi, setelah itu pasien di pindahkan keruang perawatan, maka hal – hal yang dilakukan yaitu :

a. Monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum [pasien, drainage, tube/ slang, dan komplikasi. Begitu pasien tiba di bangsal langsung monitor kondisinya. Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan pertama yang dilakukan di bangsal setelah operasi.

b. Manajemen Luka

Amati kondisi luka operasi dan jahitannya, pastikan luka tidak mengalami perdarahan abnormal. Observasi discharge untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Manajemen luka meliputi perawatan luka sampai dengan pengangkatan jahitan

c. Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini yang dapat dilakukan seperti ROM, nafas dalam dan juga batuk yang efektif yang penting untuk mengaktifkan kembali fungsi neuromuskuler dan mengeluarkan sekret lendir.

d. Rehabilitasi

Rehabilitasi diperlukan oleh pasien untuk memulihkan kondisi pasien kembali. Rehabilitasi dapat berupa berbagai macam latihan spesifik yang diperlukan untuk memaksimalkan kondisi pasien seperti sedia kala.

e. Discharge Planning

Merencanakan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada klien dan keluarganya tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi/ penyakitnya postoperasi.

Ada 2 macam discharge planning

- 1). Untuk Perawat: berisi poin-poin discharge planning yang diberikan kepada klien (sebagai dokumentasi)
- 2). Untuk Pasien : dengan bahasa yang lebih dimengerti oleh pasien dan lebih detail.

Setelah tindakan pembedahan (pasca bedah), beberapa hal yang perlu dikaji diantaranya adalah status kesadaran, kualitas jalan nafas, sirkulasi tanda perubahan tanda vital lainnya, keseimbangan elektrolit, kardiovaskuler, lokasi daerah pembedahan dan sekitarnya, serta alat yang digunakan dalam pembedahan. Rencana tindakan yang dapat dilakukan yaitu :

1. Meningkatkan proses penyembuhan luka dan mengurangi rasa nyeri dapat dilakukan dengan cara merawat luka, serta memperbaiki asupan makanan tinggi protein dan vitamin C. Protein dan vitamin C dapat membantu pembentukan kolagen dan mempertahankan integritas dinding kapiler

2. Mempertahankan respirasi yang sempurna dengan latihan nafas, tarik nafas yang dalam dengan mulut terbuka, lalu tahan nafas selama tiga detik dan hembuskan. Dapat pula dilakukan dengan menarik nafas melalui hidung dan menggunakan diafragma, kemudian nafas dikeluarkan perlahan-lahan melalui mulut yang dikuncupkan
3. Mempertahankan sirkulasi dengan stoking pada pasien yang beresiko tromboflebitis atau pasien dilatih agar tidak duduk terlalu lama dan harus meninggikan kaki pada tempat duduk guna memperlancar vena balik.
4. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit dengan memberikan cairan sesuai kebutuhan pasien, monitoring input dan output serta mempertahankan nutrisi yang cukup.
5. Mempertahankan eliminasi dengan mempertahankan asupan dan output, serta mencegah terjadinya retensi urine.
6. Mempertahankan aktifitas dengan latihan yang memperkuat otot sebelum ambulatory
7. Mengurangi kecemasan dengan melakukan komunikasi secara terapeutik.

BAB V

PERAWATAN LUKA DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

A. PENGERTIAN LUKA

Luka adalah hilang atau rusaknya sebagian jaringan tubuh (diskontinuitas jaringan). Keadaan ini dapat disebabkan oleh trauma benda tajam atau tumpul, perubahan suhu, zat kimia, ledakkan, sengatan listrik atau gigitan hewan. Proses yang kemudian terjadi pada jaringan yang rusak ini ialah penyembuhan luka yang dapat dibagi dalam tiga fase, yaitu fase inflamasi, proliferasi dan penyudahan yang merupakan perupaan kembali (remodelling) jaringan.

1. Jenis- jenis luka

Berdasarkan sifat kejadiannya, luka di bagi menjadi dua jenis, yaitu disengaja dan luka tidak disengaja. Luka disengaja misalnya luka karena radiasi atau bedah, sedangkan luka tidak disengaja misalnya luka terkena trauma. Luka yang tidak disengaja dibagi menjadi luka tertutup dan luka terbuka. Luka disebut tertutup, jika tidak terjadi robekan, sedangkan luka terbuka jika terjadi robekan dan keluhaatan. Luka terbuka seperti luka abrasi (yakni luka akibat gesekan), luka *puncture* (luka akibat tusukan), dan luka *haustration* (luka akibat alat- alat yang digunakan dalam perawatan luka). Dibiidang kebidanan, luka yang seirng terjaddi adalah luka episiotomi, luka bedah seksio caesaria, atau luka saat proses persalinan.

Berdasarkan penyebabnya, luka dibagi menjadi dua, yakni luka mekanik dan luka nonmekanik. Luka mekanik terdiri atas *vulnus scissum*, *vulnus contusum*, *vulnus kaceratum*, *vulnus punctum*, *vulnus seloferadum*, *vulnus morcum* dan *vulnus abrasio*. Sedangkan luka non mekanik terdiri atas luka akibat zat kimia, termik, radiasi, atau serangan listrik.

Berikut ini merupakan uraian penjelasan lebih lanjut mengenai luka mekanik :

- a. *Vulnus Scissum*, luka sayat akibat benda tajam. Pinggir lukanya terlihat rapi
- b. *Vulnus Contusum*, luka memar karena cedera pada jaringan bawah kulit akibat benturan benda tumpul
- c. *Vulnus Karecatum*, luka robek karena terkena mesin atau benda lainnya yang menyebabkan robeknya jaringan dalam
- d. *Vulnus Punctum*, luka tusuk yang kecil dibagian luar (dibagian mulut lukanya), tetapi besar dibagian dalam luka
- e. *Vulnus Seloferadum*, luka tembak akibat tembakan peluru
- f. *Vulnus Morcum*, luka gigitan yang tidakjelaas bentuknya pada bagian luka
- g. *Vulnus abrasio*, luka terkikis yang terjadi pada bagian luka dan tidak sampai ke pembuluh darah

2. Faktor- faktor yang mempengaruhi peneyembuhan luka

Proses penyembuhan luka dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

- a. *Vaskularisasi*, mempengaruhi luka karena membutuhkan keadaan peredaran darah yang baik untuk pertumbuhan dan perbaikan sel
- b. *Anemia*, memperlambat proses penyembuhan luka mengingat perbaikansel membutuhkan kadar protein yang cukup. Oleh sebab itu, orang yang mengalami kekurangan kadar hemoglobin dalam darah akan mengalami proses penyembuhan lama
- c. *Usia*, kecepatan perbaikan sel berlangsung sejalan dengan pertumbuhan atau kematangan usia seseorang. Namun selanjutnya, proses penuaan dapat menurunkan sistem perbaikan sel sehingga dapat memperlambat penyembuhan luka
- d. *Penyakit lain*, mempengaruhi proses penyembuhan luka. Adanya penyakit, seperti diabetes melitus dan ginjal, dapat memperlambat proses penyembuhan luka
- e. *Nutrisi*, merupakan unsur utama dalam membantu perbaikan sel, terutama karena kandungan zat gizi yang terdapat di dalamnya.

Sebagai contoh, vitamin A diperlukan untuk proses epitelisasi atau penutupan luka dan sintesis kolagen, vitamin B kompleks sebagai kofaktor pada sistem enzim yang mengatur metabolisme protein, karbohidrat, dan lemak, vitamin c dapat berfungsi sebagai fibroblas dan menegah adanya infeksi, serta membentuk adanya kapiler- kapiler darah, dan vitamin K yang membantu sintesis protombin dan berfungsi sebagai zat pembekuan darah

- f. Kegemukan, obat- obatan, merokok dan stres, mempengaruhi proses penyembuhan luka. Orang yang terlalu gemuk, banyak mengonsumsi obat- obatan, merokok, atau stres akan mengalami proses penyembuhan luka lebih lama

3. Klasifikasi penyembuhan luka

Penyembuhan luka kulit tanpa pertolongan dari luar, berjalan secara alami. Luka akan terisi jaringan granulasi dan kemudian ditutup jaringan epitel. Penyembuhan ini disebut penyembuhan sekunder (*sanatio per secundam*) cara ini biasanya makan waktu cukup lama dan meninggalkan parut yang kurang baik, terutama kalau lukanya menganga lebar.

Jenis penyembuhan yang lain adalah penyembuhan primer (*sanatio per primam*) yang terjadi bila luka segera di usahakan bertaut, biasanya dengan bantuan jahitan. Parut yang terjadi biasanya lebih halus dan kecil. Namun penjahitan luka tidak dapat langsung dilakukan pada luka yang terkonyaminasi berat dan/ atau tidak terbatas tegas. Luka yang compang camping seperti luka tembak sering meninggalkan jaringan yang tidak dapat hidup yang pada pemeriksaan pertama sukar dikenal. Keadaan ini di perkirakan akan menyebabkan infeksi bila luka langsung dijahit. Luka yang demikian sebaiknya dibersihkan dan dieksisi (*debridemen*) dahulu dan kemudian dibiarkan selama 4 – 7 hari. Baru selanjutnya dijahit dan akan sembuh secara primer. Cara ini umumnya disebut penyembuhan primer tertunda. Terjadinya infeksi pada luka pascaeksisi umumnya terjadi

karena eksisi luka tidak cukup luas dan teliti. Jika setelah debridemen luka langsung dijahit, dapat diharapkan terjadi penyembuhan primer.

Pada manusia, penyembuhan luka dengan cara reorganisasi dan regenerasi hanya terjadi pada epidermis, hati, dan tulang yang dapat menyembuh alami tanpa meninggalkan bekas. Organ lain, termasuk kulit mengalami penyembuhan secara epimorfis, artinya jaringan yang rusak diganti oleh jaringan ikat yang tidak sama dengan jaringan semula.

Fase penyembuhan luka

No	Fase	Proses	Gejala dan Tanda
I	Inflamasi	Reaksi radang	Dolor, rubor, calor, tumor, gangguan fungsi
II	Proliferasi	Regenerasi/ Fibroplasia	Jaringan granulasi/kalus tulang menutup: epitel/ endotel/mesotel
III	Penyudahan	Pematangan dan perupaan kembali	Jaringan parut/fibrosis

4. Gangguan penyembuhan luka

Penyembuhan luka dapat terganggu oleh penyebab dari dalam tubuh (endogen) atau oleh penyebab dari luar tubuh (eksogen). Penyebab endogen terpenting adalah gangguan sistem imun. Semua gangguan pembekuan darah akan menghambat penyembuhan luka sebab hemostasis merupakan titik tolak dan dasar fase inflamasi. Gangguan sistem imun akan menghambat dan mengubah reaksi tubuh terhadap luka, kematian jaringan, kontaminasi. Bila sistem daya tahan tubuh, baik humoral maupun selular terganggu, pembersihan kontaminasi dan jaringan mati serta penahanan infeksi tidak berjalan baik.

Gangguan sistem imun dapat terjadi pada infeksi virus, terutama HIV, keganasan tahap lanjut, penyakit menahun berat seperti tuberkulosis, hipoksia setempat seperti ditemukan pada arteriosklerosis, diabetes melitus, morbus raynoud, morbus burger, kelainan pendarahan (hemangioma, fistel arteriovena) atau fibrosis. Sistem imun juga dipengaruhi oleh gizi kurang

akibat kelaparan, malabsorpsi, juga boleh kekurangan asam amino esensial, mineral maupun vitamin, serta oleh gangguan dalam metabolisme makanan, misalnya pada penyakit hati. Selain itu fungsi sistem imun ditekan oleh keadaan umum yang kurang baik, seperti pada usia lanjut dan penyakit tertentu, misalnya penyakit Cushing dan penyakit Addison.

Penyebab eksogen meliputi penyinaran sinar ionisasi yang akan mengganggu mitosis dan merusak sel dengan akibat dini maupun lanjut. Pemberian sitostatik, obat penekan raksi imun, misalnya setelah transplantasi organ, kortikosteroid juga akan mempengaruhi penyembuhan luka. Pengaruh setempat seperti infeksi, hematoma, benda asing, serta jaringan mati sangat menghambat penyembuhan luka.

A. PERSIAPAN MERAWATAN LUKA

1. Diagnosis

Pertama-tama dilakukan pemeriksaan secara teliti untuk memastikan apakah ada perubahan yang harus dihentikan. Kemudian, tentukan jenis trauma, tajam atau tumpul, luasnya kematian jaringan, banyaknya kontaminasi dan berat ringannya luka.

2. Tindakan

Pertama dilakukan anestesi setempat atau umum, tergantung berat dan letak luka, serta keadaan penderita. Luka dan sekitarnya dibersihkan dengan antiseptik, kalau perlu dicuci dengan air sebelumnya. Kemudian daerah sekitar lapangan kerja ditutup dengan kain steril dan secara steril dilakukan kembali pembersihan luka dari kontaminan secara mekanis, misalnya pembuangan jaringan mati dengan gunting atau pisau dan dibersihkan dengan bilasan, guyuran atau semprot cairan NaCl. Akhirnya lakukan penjahitan dengan rapi. Bila diperkirakan akan terbentuk atau dikeluarkan cairan yang berlebihan perlu dibuat penyaliran. Luka ditutup dengan bahan yang

dapat mencegah lengketnya kasa, misalnya mengandung vaselin, ditambah dengan kasa penyerap, dan dilanjut dengan pembalut elastis.

Dalam melakukan perawatan luka terdapat hal-hal yang mempersulit tindakan dan penyembuhan yang dibedakan menjadi :

a. Penyulit dini

Hematom harus dicegah dengan mengerjakan hemaostatis secara teliti. Hematom yang mengganggu atau terlalu besar sebaiknya dibuka dan dikeluarkan. Seroma adalah penumpukan cairan luka dilapangan bedah. Jika seroma mengganggu atau terlalu besar dapat dilakukan fungsi. Jika seroma kambuh sebaiknya dibuka dan dipasang penyalir.

Infeksi luka terjadi jika yang terkontamiasi dijahit tanpa pembilasan dan eksisi yang memadai. Pada keadaan demikian luka harus dibuka kembali, dibiarkan terbuka dan penderita diberi antibiotiksesuai dengan hasil biakan dari cairan luka atau nanah.

b. Penyulit lanjut

Keloid dan jaringan parut hipertropik timbul karena relaksi serta kolagen yang berlebihan dalam proses penyembuhan luka. Serat kolagen disini teranyam teratur. Keloid yang tumbuh berlebihan melampaui batas luka, sebelumnya menimbulkan gatal dan cenderung kambuh bila dilakukan intervensi bedah.

3. Persetujuan Tindakan Medik

Penghormatan terhadap hak asasi manusia dalam bidang kedokteran atau *patiens rights*, sebagai salah satu kewajiban etik yang harus dipatuhi oleh setiap warga profesi kedokteran. Selanjutnya persetujuan tindakan medik berkembang menjadi kewajiban administrasi dan hukum. Persetujuan tindakan medik adalah adanya persetujuan dari pasien terhadap tindakan medik yang akan dilakukan terhadap dirinya.

Persetujuan diberikan setelah pasien memperoleh penjelasan yang lengkap dan obyektif tentang diagnosis penyakit, upaya penyembuhan, tujuan dan pilihan tindakan yang akan dilakukan. Dalam tindakan medis penjahitan luka penderita memperoleh penjelasan kondisi luka, kemungkinan penyembuhan secara primer dan sekunder, cacat yang mungkin timbul, keuntungan dan kerugian jahit luka, anestesi lokal.

4. Anestesia

a. Anestesia infiltrasi

Anestesia infiltrasi dilakukan dengan menyuntikkan anestesi lokal langsung ke jaringan tanpa mempertimbangkan persarafannya. Anestetik berdifusi dan khasiatnya dicapai melalui penghambatan ujung saraf perasa di jaringan subkutan. Jika penyuntikan anestetik menimbulkan nyeri, berarti teknik penyuntikan tidak memenuhi syarat. Infiltrasi dimulai dengan penyuntikan kecil intrakutan yang memang menimbulkan sedikit nyeri. Tempat penyuntikan intrakutan digunakan sebagai pintu masuknya selanjutnya untuk anestetik. Penyuntikannya harus dilakukan secara teliti, sedikit demi sedikit supaya tidak menyebabkan nyeri.

b. Anestesi lapangan

Merupakan penyuntikan anestetik subkutan sedemikian rupa sehingga terjadi anestesia di distal penyuntikan

5. Peringatan yang berhubungan dengan anestesi lokal

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan sebelum memberikan anestesi lokal, yaitu :

- a. Tanyakan dalam anamnesis apakah penderita pernah menerima suntikan anestetik lokal
- b. Jangan tinggalkan penderita setelah dilakukan anestetik lokal

- c. Sewaktu penyuntikan anestesik lokal, sebaiknya penderita dibaringkan
- d. Perhatikan tindak aseptis
- e. Ingat kontraindikasi penggunaan vasokonstriktor
- f. Pakai vasokonstriktor bila ada kemungkinan penyerapan cepat
- g. Pakai vasokonstriktor bila diperlukan anestesia untuk waktu lama
- h. Pakai persentase obat anestesia serendah mungkin
- i. Berikan dosis yang memadai
- j. Berikan pada tempat yang tepat
- k. Cegah iskemia kompresi
- l. Hindari penyuntikan intravaskuler

Sediaan Lidokain				
Anestetik	%	Dosis Maksimal (ml)	Mulai kerja	Lama Kerja
Lidokain	2 %	10	5 Menit	
Lidokain + Adrenalin	2 %	25	5 Menit	70 Menit

B. MENJAHIT LUKA

1. Pemilihan Benang

Ada tinggal yang menentukan pemilihan jenis benang jahit, yaitu jenis bahnnya, kemampuan tubuh untuk menyerapnya dan susunan filamennya. Benang yang dapat diserap melalui reaksi enzimatik pada cairan tubuh kini banyak di pakai penyerapan benang oleh jaringan dapat berlangsung antara tigs hari sampai tiga

bulan tergantung pada jenis benang dan kondisi jaringan yang dijahit.

Menurut bahan asalnya, benang dibagi dalam benang yang terbuat dari usus domba (catgut) dan dibedakan dalam catgut murni yang tanpa campuran dan catgut kromik yang bahannya bercampur larutan asam kromat. Catgut murni cepat diserap, kira-kira dalam waktu satu minggu, sedangkan catgut kromik diserap lebih lama, kira-kira 2-3 minggu.

Disamping itu, ada benang yang terbuat dari bahan sintetik, baik dari asam poliglikolik maupun dari poliglaktin dan memiliki daya tegang yang besar. Benang ini dapat dipakai pada semua jaringan termasuk kulit. Benang yang dapat diserap menimbulkan reaksi jaringan setempat yang dapat menyebabkan fistel benang atau infiltrat jaringan yang mungkin ditandai indurasi. Benang yang tidak dapat diserap oleh tubuh umumnya tidak menimbulkan reaksi jaringan karena bukan merupakan bahan biologik. Benang yang tidak dapat diserap oleh tubuh umumnya tidak menimbulkan reaksi jaringan karena bukan merupakan bahan biologik. Benang ini dapat berasal dari sutra yang sangat kuat dan liat, dari kapas yang kurang kuat dan mudah terurai, dan dari poliester yang merupakan bahan sintetik yang kuat dan biasanya dilapisi teflon. Selain itu terdapat pula benang nilon yang daya tegang besar, yang dibuat dari polipropilen, dan baja yang terbuat dari baja tahan karat.

Karena tidak dapat diserap maka benang akan tetap berada di jaringan tubuh. Benang jenis ini biasanya dipakai pada jaringan yang sukar sembuh. Bila terjadi infeksi akan terbentuk fistel yang baru dapat sembuh setelah benang yang bersifat benda asing dikeluarkan.

Benang alami terbuat dari bahan sutra atau kapas. Kedua bahan alami ini dapat bereaksi dengan jaringan tubuh meskipun

minimal karena mengandung juga bahan kimia alami. Daya tegangnya cukup dengan larutan garam sebelum digunakan.

Benang sintetik terbuat dari poliester, nilon, atau polipropilen yang umumnya dilapisi oleh bahan pelapis teflon atau dakron. Dengan lapisan ini permukaannya lebih mulus sehingga tidak mudah bergulung atau terurai. Benang ini mempunyai daya tegang yang besar dan dipakai untuk jaringan yang memerlukan kekuatan penyatuan yang besar.

Menurut bentuk untaian seratnya, benang dapat berupa monofilamen bila hanya terdiri atas satu serat saja dan polifilamen bila terdiri atas banyak serat yang diuntai menjadi satu. Ukuran benang merupakan salah satu faktor yang menentukan kekuatan jahitan. Oleh karena itu, pemilihan ukuran benang untuk menjahit luka bedah bergantung pada jaringan apa yang dijahit dan dengan mempertimbangkan faktor kosmetik. Sedangkan kekuatan jaringan ini ditentukan oleh jumlah jahitan yang di buat, jarak jahitan, dan jenis benangnya. Pada daerah wajah digunakan ukuran yang kecil (5,0 atau 6,0).

Ukuran dan Jenis Benang untuk Berbagai Jaringan

Lokasi Penjahitan	Jenis Benang	Ukuran
Fasia	Semua	2.0-1
Otot	Semua	3.0-0
Kulit	Tak Terserap	2.0-6.0
Lemak	Terserap	2.0-3.0
Hepar	Kromik Catgut	2.0-0
Ginjal	Semua Catgut	4.0
Pankreas	Sutera, Kapas	3.0
Usus Halus	Kromik Catgut	2.0-3.0
Usus Besar	Kromik Catgut	4.0-0
Tendo	Tak Terserap	5.0-30

Kapsul Sendi	Tak Terserap	5.0-2.0
Peritoneum	Kromik Catgut	3.0-2.0
Bedah Mikro	Tak Terserap	7.0-11-0

2. Jarum Jahit Bedah

Jarum jahit bedah yang lurus maupun yang lengkung, berbeda beda bentuknya. perbedaan bentuk ini pada penampang batang jarum yang bulat atau bersegi tajam, dan bermata atau tidak bermata. Panjang jarum pun beragam dari 2- 60 mm.

Masing- masing berbeda kegunaannya, berbeda cara mempersiapkan dan memasang benangnya. Kelaengkungan jarum berbeda untuk kedalaman jaringan yang berbeda, sedangkan penampang batang jarum dipilih berdasarkan lunak kerasnya jaringan. Jarum yang sangat lengkung untuk luka dan yang bersegi untuk kulia. Jarum yang bermata akan membuat lubang tusukan lebih besar, sedangkan jarum yang tidak bermata yang disebut atraumatik akan membuat lubang yang lebih halus.

3. Jenis Jahitan

Jenis jahitan yang umumnya di pakai adalah:

- a. Jahitan tunggal/ terputus/ /interruptus
- b. Jahitan jelujur/ kontinyu
- c. Jahitan jelujur/ kontinyu terkunci
- d. Jahitan matras vertikal
- e. Jahitan matras horisontal

4. Menjahit Luka

Biasanya luka bedah yang selesai dijahit ditutup dengan alasan untuk melindungi dari infeksi, disamping agar cairan luka yang keluar terserap, luka tidak kekeringan, dan luka tidak tergaruk oleh penderita. Selain itu, perdarahan dihentikan dengan memberi

sedikit tekanan pada luka. Jenis penutup luka dapat berupa kasa yang diolesi vaselin atau salep antibiotik, atau kasa kering.

Penutup luka yang sudah basah oleh darah atau cairan luka harus diganti. Penggantiannya harus dilakukan dengan teknik aseptik. Pada kesempatan mengganti balutan ini, sekaligus dicari kemungkinan asal perdarahan atau kebocoran cairan tersebut. Kemudian sumber kebocoran harus ditangani, misalnya dengan tindakan hemostasis. Bila tidak dipasang penyalir pada luka bedah, penutup luka dapat dibiarkan sampai 48 jam pasca bedah agar tujuan penutupan luka dapat di capai.

Luka bedah perlu diawasi pada masa pasca bedah. Luka tidak perlu dilihat setiap hari dengan membuka penutup luka, kecuali jika ada gejala atau radang. Bila luka sudah kuat dan sembuh primer, jahitan atau benangnya dapat diangkat. Saat pengambilan benang tergantung pada kondisi luka waktu diperiksa. Umumnya luka di daerah wajah memerlukan waktu 3-4 hari, di daerah lain 7- 10 hari. Salah satu faktor terpenting dalam menentukan saat pencabutan jahitan adalah tegangan pada tepi luka bedah. Tepi luka yang searah dengan garis lipatan kulit tidak akan tegang, sementara luka yang arahnya tegak lurus terhadap garis kulit atau dijahit setelah banyak bagian kulit diambil, akan menyebabkan ketegangan tepi luka yang besar. Dalam hal ini pengambilan jahitan harus ditunda lebih lama sampai dicapai kekuatan jaringan yang cukup sehingga bekas jahitan tidak mudah terbuka lagi

5. Alat dan Bahan

a. Bahan

- 1). NaCl Fisiologis
- 2). Povidon Iodion 10 %
- 3). Perhidrol 3 %
- 4). Lidicain 2 %

- 5). Klorin 0,5 %
 - 6). Kasa Steril
 - 7). Plester
 - 8). Spuit 3 cc
 - 9). Benang side no.3.0
 - 10). Benang Catgut no 3.0
- b. Minor set steril
- 1). Wadah dari Logam :1 Buah
 - 2). Needle Holder /pemegang jarum : 1 Buah
 - 3). Jarum dengan Ujung Segitiga : 1 Buah
 - 4). Jarum dengan Ujung Bulat : 1 Buah
 - 5). Pinset Anatomi : 1 Buah
 - 6). Pinset Chirrugis : 1 Buah
 - 7). Gunting Benang : 1 Buah
 - 8). Gunting Jaringan : 1 Buah
 - 9). Klem arteria berujung lurus/ bengkok : 3 Buah
 - 10). Kain steril : 1 Buah

6. Prosedur Tindakan / Pelaksanaan

- a. Menentukan jenis luka
Menilai bentuk luka : teratur/tidak
Menilai tepi luka : teratur/ tidak, jembatan jaringan
Menilai luas luka : panjang dan lebar dalam cm
Menilai kedalaman luka : dalam cm
- b. Memberikan penjelasan dan meeminta persetujuan tindakan medik
 - 1). Menjelaskan kondisi luka
 - 2). Menjelaskan prosedur luka
 - 3). Menjelaskan tujuan tindakan, keuntungan dan kerugian
 - 4). Meminta persetujuan tindakan
- c. Menyiapkan peralatan yang diperlukan dalam keadaan steril

- d. Menentukan jenis barang dan jarum yang diperlukan
- e. Memilih antiseptik , desinfektan yang diperlukan
- f. Melakukan cuci tangan secara foerbringer
- g. Memakai sarung tangan
- h. Melakukan tindakan aseptik antiseptik, dimulai dari tengah ke tepi ssecara sentrifugal menggunakan kasa dan povidon iodine
- i. Melakukan anestesi lokal (secara infiltrasi atau lapangan)
Cara : Menusukkan jarum subkutan menyusupi tepi luka sampai seluruh luka sampai seluruh luka teranestesi dengan baik. Lakukan aspirasi untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak masuk pembuluh darah (terlihat cairan darah dalam spuit). Infiltrasikan lidocain bersamaan waktu menarik mundurjarum 2-4 cc (tergantung luas luka)
- j. Melakukan debridemen luka
Cara : setelah luka teranestesi dengan baik, desinfesksi lukan menggunakan perhidrol 3 %, agar kotoran yang menempel terangkat. Untuk mengangkat tanah/ pasir yang melekat dapat menggunakan NaCL Fisiologis sampai semua kotoran terangkat
- k. Pasang kain steril
- l. Lakukan ekspolrasi luka untuk mencari perdarahan aktif, jaringan- jaringan mati / rusak. Perdarahan dari vena cukup dihentikan dengan penekanan menggunakan kasa steril beberapa detik. Perdarahan arterial dihentikan dengan jahitan ligasi. Jahitan mati/ rusak dibuang menggunakan benang pada pembuluh darah yang teropotong. Buatlah simpul kedua dibawah jahitan
- m. Desinfeksi menggunakan povidon iodine
- n. Menjahit luka
 - 1). Gunakan needle holder untuk memegang jarum. Jepit jarum pada ujung pemegang jarum pada pertengahan atau spertiga

ekor jarum. Jika penjepitan kurang dari setengah jarum, akan sulit dalam menjahit. Pegang needle holder dengan jari- jari sedemikian sehingga pergelangan tangan dapat melakukan gerakan rotasi dengan bebas

- 2). Memasukkan ujung jarum pada kulit dengan jarak dari tepi luka sekitar 1 cm, membentuk sudut 90
- 3). Dorong jarum mengikuti kelengkungan jarum
- 4). Jahit luka lapis demi lapis dari yang terdalam. Aproksimasi tepi luka harus baik
- 5). Penjahitan luka bagian dalam menggunakan benang yang dapat diserap atau monofilament
- 6). Jarak tiap jahitan sekitar 1 cm. Jahitan yang terlalu jarang luka kurang menutup dengan baik. Bila terlalu rapat meningkatkan trauma jaringan dan reaksi inflamasi

0. Melakukan dressing

Setelah penjahitan selesai, lakukan eksplorasi. Jahitan yang terlalu ketat/ kendur di ganti. Desinfeksi luka dengan povidon iodine. Tutup dengan kasa steril beberapa lapis untuk menyerap discharge yang mungkin terbentuk dan di plester

p. Melakukan dekontaminasi :

Untuk menghindari penularan penyakit yang menular lewat serum/ cairan tubuh. Alat – alat direndam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

q. Memberikan edukasi perawatan luka

Berikan edukasi tentang makanan, cara merawat luka, mengganti kasa waktu kontrol

r. Menentukan prognosis penyembuhan

menjelaskan lama penyembuhan, waktu pengangkatan jahita, penyulit- penyulit yang mempengaruhi penyembuhan luka.

C. MERAWAT LUKA

Tindakan merawat luka merupakan proses penanganan luka yang terdiri dari membersihkan luka, menutup dan membalut luka sehingga dapat membantu proses penyembuhan luka. Luka perlu dirawat untuk menjaga luka dari trauma, mengistirahatkan atau imobilisasi luka, mencegah terjadinya perdarahan, mencegah kontaminasi oleh kuman, mengabsorpsi drainase atau cairan tubuh yang keluar melalui luka, serta meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis klien.

Perawatan luka perlu dilakukan, ada rembesan eksudat, ingin mengkaji keadaan luka, serta dilakukan dengan frekuensi tertentu untuk mempercepat debridement jaringan nekrotik.

Pemilihan balutan dan metode balutan sangat membantu dalam proses penyembuhan luka. Pemilihan obat-obatan topical untuk membersihkan luka yang dianjurkan adalah cairan normal yang merupakan larutan fisiologis dan tidak akan membahayakan jaringan luka. Banyak larutan topical yang bersifat toksik pada luka seperti yodium- povidon, larutan asam asetat, hydrogen peroksida, oleh karena itu cairan ini tidak boleh untuk membersihkan luka.

Dibawah ini akan dipaparkan tehknik perawatan luka.

1. Perawatan luka dengan Tehknik basah- Kering

Tekhnik merawat luka basah kering merupakan perawatan luka dengan cara menutup luka dengan balutan basah kemudian dilapisi lagi dengan balutan kering. Bagian yang basah dari balutan secara efektif membersihkan luka terinfeksi dari jaringan nekrotik. Kasa yang lembab akan langsung mengabsorpsi semua eksudat dan kotoran pada luka. Sedangkan lapisan luar dibuat kering bertujuan untuk

membantu kelembaban dari luka ke dalam balutan dengan aksi kapiler.

a. Tujuan

- 1). Mengabsorpsi drainase dan menghilangkan debris
- 2). Melindungi luka dari trauma mekanis
- 3). Mencegah kontaminasi dari kotoran- kotoran tubuh seperti feces dan urine
- 4). Menghambat atau membunuh mikroorganisme
- 5). Memberikan lingkungan fisiologis yang sesuai dengan penyembuhan luka
- 6). Memberikan rasa aman bagi mental dan fisik pasien
- 7). Membantu proses penyembuhan luka

b. Indikasi

Dilakukan pada luka yang tidak teratur atau terinfeksi yang memerlukan debridement.

c. Prosedur

Tahap Pre Interaksi :

1). Lakukan verifikasi order yang ada untuk perawatan luka

2). Siapkan Alat

Alat steril dalam bak instrument steril

- Sarung tangan
- Guting 1 buah
- Pinset steril 2 buah
- Kasa steril
- Kom steril untuk larutan antiseptic/ pembersih alat tidak steril
- Sarung tangan disposable
- Pinset bersih
- Kom dengan larutan steril
- Cairan NaCL 0,9 %

- Larutan pembersih yang diresepkan atau antiseptic
- Plester dan gunting plester
- Bengkok
- Kantong plastik untuk sampah
- Perlak/ pengalas
- Kapas alkohol
- Handssrub/ spray alkohol

Tahap orientasi :

- 1). Berikan salam, tanyakan nama klien dan panggilan yang disukai.
- 2). Memperkenalkan nama perawat dan menjelaskan prosedur, tujuan serta lamanya tindakan
- 3). Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya
- 4). Kontrak waktu dan menanyakan kesiapan klien

Tahap Kerja :

- 1). Mendekatkan alat
- 2). Menjaga privacy klien
- 3). Cuci tangan secara menyeluruh, menggunakan sarung tangan proteksi
- 4). Mengtur posisi klien yang nyaman. Bebaskan area luka dari pakaian klien. pertahankan area yang tidak dilakukan tindakan tetap tertutup
- 5). Pasang pengalas dibawah area yang akan dilakukan perawatan, letakkan bengkok diatas pengalas
- 6). Membuka balutan lama menggunakan pinset bersih atau sarung tangan bersih
 - Lepaskan plester

- Angkat balutan dengan pinset atau sarung tangan, masukkan ke dalam bengkak
 - Bila balutan lengket pada luka, basahi balutan dengan NaCL atau air steril, perlahan bebaskan balutan dari eksudat yang mengering. Jelaskan pada klien mungkin akan merasakan ketidaknyamanan (pada kondisi luka yang rapuh, balutan sangat lengket atau berpotensi perdarahan lakukan dengan hati- hati basahi dulu dengan NaCL atau air steril) bila ada kassa dibagian dalam/ tampon ambil dengan pinset steril
- 7). Buang balutan kotor pada kantong sampah medis, hindari kontaminasi permukaan luar kantong
 - 8). Siapkan peralatan perawatan luka steril. Tuangkan larutan yang diresepkan ke dalam kom steril dan tambahkan kasa secukupnya
 - 9). Kenakan sarung tangan steril (kalau perlu)
 - 10). Bersihkan luka dengan kasa antiseptic atau larutan fisiologis, pegang kasa dengan tangan dominan menggunakan pinset steril. Bersihkan luka dari area yang terkontaminasi atau dari tangan ke tepi luka dari atas ke bawah. Gunakan permukaan kasa terpisah untuk setiap kali mengusap/ membersihkan luka
 - 11). Observasi luka : ukuran luka, warna dasar luka, tanda- tanda infeksi, karakter dan jumlah drainase pada luka. Bila perlu lakukan palpasi disekitar luka
 - 12). Bila ada jaringan yang nekrotis lakukan nekrotomi, kemudian bersihkan lagi
 - 13). Ulangi langkah nomer 10
 - 14). Pasang balutan primer : letakkan kasa beranyaman halus yang lembab tepat pada permukaan luka. Bila luka dalam

secara perlahan masukkan luka kontak dengan kassa lembab atau sesuai program

- 15). Pasang balutan sekunder : Letakkan kasa kering diatas balutan basah secukupnya atau sesuai dengan program
- 16). Fikasai dengan plester atau kasa gulung sesuaidengan kondisi dan letak luka. Luka yang tidak memungkinkan di plester, difiksasi dengan kasa gulung
- 17). Ambil pengalas dan bengkok
- 18). Kenakan kembali pakian klien, atur posisi yang nyaman
- 19). Bereskan alat dan buang kotoran pada tempat sampah medis
- 20). Lepas sarung tangan dan cuci tangan

Tahap Eliminasi :

- 1). Evaluasi hasil yang dicapai : kondisi luka, hal- hal yang harus diperhatikan klien dan respon klien
- 2). Berikan reinforcement pada klien, lakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya
- 3). Dokumentasi tindakan (Nama pemberi tindakan, waktu pelaksanaan, hasil observasi luka, hasil tindakan)

2. Perawatan luka dengan tehknik Balutan Kering- kering

Prosedur perawatan luka dengan melakukan menutup luka menggunakan balutan kasa kering.

a. Tujuan

- 1) Melindungi luka trauma mekanik
- 2) Mengimobilisasikan luka
- 3) Mengabsorbsi drainsae
- 4) Mencegah kontaminasi dan kotoran –kotoran tubuh (feces dan urine)
- 5) Membantu hemostasis
- 6) Menghambat dan membunuh mikroorganisme

- 7) Memberikan lingkungan fisiologis yang sesuai dengan penyembuhan luka
 - 8) Memberikan rasa aman bagi mental dan fisik pasien
- b. Indikasi
Dilakukan pada luka
- c. Kontra indikasi
- d. Prosedur
Tahap Pre Interaksi.
- 1). Lakukan verifikasi order yang ada untuk perawatan luka
 - 2). Siapkan alat
- Alat steril dalam instrumen steril
- Sarung tangan
 - Gunting 1 buah
 - Pinset steril 2 buah
 - Kasa steril
 - Kosmetik untuk larutan antiseptik/ pembersih
 - Korentang dalam tempatnya
- Alat tidak steril/ bersih
- Sofratul
 - Salep antibiotik (bila diperlukan)
 - Sarung tangan disposable
 - Pinset bersih
 - Kom dengan larutan desinfektan
 - Cairan NaCL 0,9 %
 - Larutan pembersih yang diresepkan atau antiseptik
 - Plester dan gunting
 - Bengkok
 - Kantong plastik untuk sampah
 - Perlak/ pengalas
 - Kapas alkohol

- Handscrub/ spray alkohol

Tahap orientasi

- 1). Berikan salam, tanyakan nama klien dan panggilan yang disukai
- 2). Memperkenalkan nama perawat dan menjelaskan prosedur, tujuan serta lamanya tindakan
- 3). Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya
- 4). Kontrak waktu dan menanyakan kesiapan klien

Tahap kerja

- 1). Mendekatkan alat
- 2). Menjaga privacy klien
- 3). Cuci tangan secara menyeluruh, menggunakan sarung tangan proteksi
- 4). Mengantar posisi klien yang nyaman. Bebaskan area luka dari pakaiana klien. Pertahankan area yang tidak dilakukan tindakan tetap tertutup
- 5). Pasang pengalas di bawah area yang akan dilakukan perawatan, letakkan bengkak diatas pengalas
- 6). Membuka balutan lama menggunakan pinset atau sarung tangan bersih
 - Lepaskan plester
 - Angkat balutan dengan pinset atau sarung tangan, masukkan ke dalam bengkak
 - Bila balutan lengket pada luka, basahi alutan dengan NaCL atau air steril, perlahan bebaskan balutan dari eksudat yang mengering. Jelaskan pada klien mungkin akan merasakan ketidaknyamanan (pada kondisi luka yang rapuh, balutan sangat lengket atau berpotensi perdarahan llukan dengan hati- hati, basahi dulu balutan dengan NaCL atau air seni)

bila ada kassa dibagian dalam/ tampon ambil dengan pinset steril

- 7). Buang balutan kotor pada kantong sampah medis, hindari kontaminasi permukaan luar kantong. Lepaskan sarung tangan
- 8). Siapkan peralatan luka steril. Tuangkan larutan yang diresepkan kedalam kom steril dan tambahkan kassa secukupnya
- 9). Kenakan sarung tangan steril (kalau perlu)
- 10). Bersihkan luka dengan kassa antiseptic atau larutan fisiologis, pegang kassa dengan tangan dominan menggunakan pinset steril. Bersihkan luka dari area yang bersih ke area yang terkontaminasi atau dari tengah ke tepi luka atau dari atas ke bawah. Gunakan permukaan kassa terpisah untuk setiap kali mengusap/ membersihkan luka
- 11). Observasi luka : ukuran luka, warna dasar luka, tanda tanda infeksi, karakter dan jumlah drainase pada luka. Bila perlu lakukan palpasi di sekitar luka
- 12). Ulangi langkah no 10
- 13). Gunakan kas baru untuk mengeringkan luka
- 14). Berikan salep antibiotik atau sufratul bila diperlukan
- 15). Pasang balutan primer : kassa kering pada insisi atau luka dengan menyesuaikan bentuk luka (sesuai program).
- 16). Pasang balutan primer : kassa kering pada insisi atau luka dengan menyesuaikan bentuk luka (sesuai program)
- 17). Fiksasi balutan dengan plester atau kassa gulung
- 18). Ambil pengalas dan bengkok
- 19). Kenakan kembali pakaian klien, atur posisi yang nyaman
- 20). Bereskan alata dan buang kotoran pada tempat sampah medis
- 21). Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan

Tahap terminasi

- 1). Evaluasi hasil yang dicapai : kondisi luka, hal- hal yang harus diperhatikan kliendan respon klien
- 2). Berikan reinforcement pada klien, lakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya
- 3). Dokumentasikan tindakan (Nama pemberi tindakan, waktu pelaksanaan, hasil observasi luka, hasil tindakan)

D. MENGANGKAT JAHITAN

Suatu tindakan melepas jahitan yang biasanya dilakukan pada hari ke 5-7 (menyesuaikan dengan penyembuhan luka yang terjadi)

1. Tujuan
 - a. Mempercepat proses penyembuhan luka
 - b. Mencegah proses infeksi luka akibat adanya korpus alenium
2. Indikasi
 - a. Pada klien yang mendapatkan tindakan jahitan dan telah memasuki waktu pengangkatan jahitan
 - b. Waktu pengangkatan jahitan

Tempat	Hari pengangkatan
Wajah termasuk kelopak mata dan lidah	4
Skrotum	5
Kulit kepala	6 -7
Tangan dan jari	7
Dinding perut	
- Sayatan lintang	7 – 9
- Sayatan vertikan	9 -11
Pinggang dan bahu	11 – 12

3. Pelaksanaan
Tahap Pre Interaksi :

- a. Lakukan verifikasi dokumentasi perawatan yang ada untuk mengangkat jahitan
- b. Menyiapkan alat
 - Set angkat jahitan steril
(Bal steril berisi : kom steril, 1 pinset anatomi, 1 pinset chirurgis, 1 gunting angkat jahitan)
 - Kassa steril secukupnya
 - Larutan desinfektan
 - Plester
 - Gunting plester
 - Pengalas
 - Bengkok
 - Satu pasang sarung tangan bersih
 - Kantung sampah disposable
 - Pinset bersih dalam tempatnya
 - Salp atau sufratul sesuai kebutuhan

Tahap orientasi :

- a. Berikan salam, tanyakan nama klien dan panggilan yang disukai
- b. Memperkenalkan nama perawat dan menjelaskan prosedur, tujuan serta lamanya tindakan
- c. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya
- d. Kontrak waktu dan menanyakan kesiapan klien

Tahap kerja :

- a. Mendekatkan alat- alat
- b. Menjaga privacy klien
- c. Cuci tangan secara menyeluruh, menggunakan sarung tangan proteksi

- d. Mengatur posisi klien yang nyaman. Bebaskan area luka dari pakaian klien. Pertahankan area yang tidak dilakukan tindakan tetap tertutup
- e. Pasang pengalas dibawah area yang akan dilakukan perawatan, letakkan bengkok di atas pengalas
- f. Membuka balutan lama menggunakan pinset bersih atau sarung tangan bersih
- g. Bersihkan luka dengan kassa antiseptic atau larutan fisiologis
- h. Observasi luka , bila perlu palpasi disekitar luka
- i. Bersihkan kembali
- j. Siapkan kasa untuk tempat bekas benang jahitan
- k. Dengan menggunakan pinset chirurgid pada tangan non dominan (kiri) pegang simpul jahitan dengan pinset dan angkat menjauhi kulit
- l. Pegang gunting menggunakan tangan dominan (kanan). Tempatkan ujung kurva di gunting di bawah simpul benang dekat kulit
- m. Gunting benang dan dengan pinset tarik perlahan dengan satu gerakan hingga benang terlepas dari kulit. Kemudian tempatkan bekas benang di atas selembur kasa yang sudah di siapkan. Jangan mengunting benang jahitan di sisi atas tengah, yang akan mengakibatkan benang bagian luar masuk ketika menarik benang
- n. Teruskan pengangkatan benangjahitan sisanya sampai habis atau sebagian sesuai kondisi luka. Bila kondisi tidak memungkinkan jahitan di angkat seluruhnya, lakukan pengangkatan jahitan sebagian selang seling dan angkat jahitan sisanya pada waktu yang lain untuk mencegah dehiscense/ everasi

- o. Bersihkan bekas benang dengan antiseptic kemudian keringkan dengan kassa kering
- p. Tutup luka dengan kassa kering steril, lapisan dalam boleh diberikan salp antibiotik/ sufratul baru ditutuo dengan kassa steril
- q. Fiksasi balutan dengan plester
- r. Rapikan kembalip pasien atur posisi yang nyaman
- s. Bereskan alat, cuci tangan dan lepaskan sarung tangan

Tahap Terminasi

- a. Evaluasi hasil yang di capai secara subjektif dan objektif
- b. Berikan reinforcement pada klien, lakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya
- c. Dokumentasi tindakan (Nama pemebri tindakan, waktu pelaksanaan, hasil obervasi luka, hasil tindakan)

PERAWATAN LUKA DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

I. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mampu melakukan perawatan luka dalam praktik kebidanan dengan tepat.

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikut pembelajaran praktik ini, anda diharapkan mampu melakukan perawatan luka dalam praktik kebidanan dengan tepat. Setelah melakukan kegiatan belajar praktikum ini anda diharapkan dapat:

- A. Melakukan penjahitan luka
- B. Melakukan perawatan luka
- C. Melakukan pengangkatan dan pengambilan jahitan

III. Dasar Teori (secara ringkas)

Kulit merupakan bagian tubuh paling luar yang berguna dalam melindungi diri dari trauma luar serta masuknya benda asing. Trauma dapat menyebabkan luka pada kulit, yaitu suatu keadaan terputusnya kontinuitas jaringan tubuh, yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari.

Berdasarkan sifat kejadiannya, luka dibagi menjadi dua jenis, yaitu luka disengaja dan luka tidak disengaja. Luka disengaja misalnya luka terkena radiasi atau bedah, sedangkan luka tidak disengaja misalnya adalah luka terkena trauma. Luka yang tidak disengaja juga dibagi menjadi luka tertutup dan luka terbuka. Luka disebut tertutup jika tidak terjadi robekan, sedangkan luka terbuka jika terjadi robekan dan kelihatan. Luka terbuka seperti luka abrasi (yakni luka akibat gesekan), luka puncture (luka akibat tusukan), dan luka hausration (luka akibat alat-alat yang digunakan dalam perawatan luka). Di bidang kebidanan, luka yang sering terjadi adalah luka episiotomi, luka bedah seksio caesarea, atau luka saat proses persalinan.

Berdasarkan penyebabnya, luka dibagi menjadi dua, yaitu luka mekanik dan luka non mekanik. Luka mekanik terdiri atas *vulnus scissum*,

vulnus contum, vulnus kaceratum, vulnus punctum, vulnus seloferadum, vulnus morcun, dan vulnus abrasio. Sedangkan luka non mekanik terdiri atas luka akibat zat kimia, termik, radiasi atau serangan listrik.

Berikut ini merupakan uraian penjelasan lebih lanjut mengenai luka mekanik :

1. *Vulnus scissum*, luka sayat akibat benda tajam. Pinggir lukanya terlihat rapi.
2. *Vulnus constum*, luka memar karena cedera pada jaringan bawah kulit akibat benturan benda tumpul.
3. *Vulnus laceratum*, luka robek akibat terkena mesin atau benda lainnya yang menyebabkan robeknya jaringan rusak dalam.
4. *Vulnus puncture*, luka tusuk yang kecil dibagian luar (dibagian mulut lukanya), tetapi besar di bagian dalam luka.
5. *Vulnus sclopetorum*, luka tembak akibat tembakan peluru.
6. *Vulnus morsum*, luka gigitan yang tidak jelas bentuknya pada bagian luka.
7. *Vulnus abrasio*, luka terkikis yang terjadi pada bagian luka yang tidak sampai ke pembuluh darah.

IV. Langkah-langkah Praktik

KETERAMPILAN MENJAHIT LUKA

- a. Pengertian** : salah satu cara yang dilakukan untuk menutup luka melalui jahitan
- b. Tujuan** : untuk mencegah terjadinya perdarahan, mencegah infeksi silang dan mempercepat proses penyembuhan
- c. Persiapan alat** :
 - Pinset anatomi
 - Pinset cirugahi

- Gunting steril
- Naal voerder
- Jarum
- Benang
- Larutan betadine
- Obat anastesia
- Sput
- Duk steril
- Pisau steril
- Gunting verban
- Plester/pembalut
- Bengkok
- Kasa steril
- Mangkok kecil
- Handskon steril

**DAFTAR TILIK
KETERAMPILAN MENJAHIT LUKA**

PENILAIAN :

Nilai 0	:	Perlu Perbaikan (Langkah / tugas tidak dikerjakan)
Nilai 1	:	Mampu (Langkah / tugas dikerjakan tetapi kurang tepat)

NO.	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
1.	Menyambut Ibu			
2.	Memperkenalkan diri kepada Ibu			
3.	Mempersiapkan Alat			

4. Mencuci Tangan
5. Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
6. Lakukan desinfeksi pada daerah yang akan dijahit (dengan betadine), kemudian lakukan anastesia pada daerah yang akan dijahit
7. Lakukan jahitan pada daerah yang dikehendaki dengan menggunakan teknik menjahit yang telah disesuaikan dengan kondisi luka
8. Berikan obat betadine
9. Tutup luka dengan menggunakan kasa steril
10. Lakukan pembalutan
11. Catat perubahan luka
12. Cuci tangan

KETERAMPILAN PERAWATAN LUKA

- a. **Pengertian** : Merupakan tindakan untuk merawat luka dan melakukan pembalutan
- b. **Tujuan** : untuk mencegah infeksi silang (masuk melalui luka) dan mempercepat proses penyembuhan
- c. **Persiapan alat** :
 - Pinset anatomi
 - Pinset cirurghi
 - Gunting steril
 - Kapas sublimat/savlion dalam tempatnya
 - Larutan H₂O₂
 - Larutan boorwater
 - NaCl 0,9%
 - Gunting perban (gunting tidak steril)
 - Plester/pembalut
 - Bengkok
 - Kasa steril
 - Mangkok kecil
 - Handskon steril

DAFTAR TILIK

KETERAMPILAN PERAWATAN LUKA

PENILAIAN :	
Nilai 0	: Perlu Perbaikan (Langkah / tugas tidak dikerjakan)
Nilai 1	: Mampu (Langkah / tugas dikerjakan tetapi kurang tepat)

NO.	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
1.	Menyambut Ibu			
2.	Memperkenalkan diri kepada Ibu			

3. Mempersiapkan Alat
4. Mencuci Tangan
5. Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
6. Gunakan sarung tangan steril
7. Buka plester dan balutan dengan menggunakan pinset
8. Bersihkan luka dengan menggunakan sublimat/savlon, H₂O₂, boorwater, atau NaCl 0,9%. Penggunaannya disesuaikan dengan keadaan luka. Lakukan hingga bersih.
9. Berikan obat luka
10. Tutup luka dengan kasa steril
11. Catat perubahan luka
12. Cuci tangan

KETERAMPILAN MENGANGKAT DAN MENGAMBIL JAHITAN

- a. **Pengertian** : merupakan tindakan memotong simpul jahitan luka
- b. **Tujuan** : untuk mencegah infeksi silang (masuk melalui luka) dan mempercepat proses penyembuhan luka
- c. **Persiapan alat** :
- Pinset anatomi
 - Pinset cirurghi
 - Arteri klem
 - Gunting angkat jahitan steril
 - Lidi kapas (lidi yang diberi/dilapisi kapa pada ujungnya)
 - Kasa steril
 - Mangkok steril
 - Gunting pembalut
 - Plester
 - Larutan H₂O₂ savlon/lisol atau larutan lainnya sesuai dengan kebutuhan
 - Obat luka
 - Gunting perban
 - Bengkok
 - Handskon steril

DAFTAR TILIK
KETERAMPILAN MENGANGKAT JAHITAN

PENILAIAN :		
Nilai 0	:	Perlu Perbaikan (Langkah / tugas tidak dikerjakan)
Nilai 1	:	Mampu (Langkah / tugas dikerjakan tetapi kurang tepat)

NO.	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
1.	Menyambut Ibu			
2.	Memperkenalkan diri kepada Ibu			
3.	Mempersiapkan Alat			
4.	Mencuci Tangan			
5.	Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan			
6.	Gunakan sarung tangan steril			
7.	Buka plester dan balutan dengan menggunakan pinset			
8.	Bersihkan luka dengan menggunakan sublimat/savlon, H ₂ O ₂ , boorwater, atau NaCl 0,9%. Penggunaannya disesuaikan dengan keadaan luka. Lakukan hingga bersih.			
9.	Angkat jahitan dengan menarik simpul jahitan sedikit ke atas, kemudian gunting benang dan tarik dengan hati-hati, lalu benang dibuang pada kasa yang disediakan			
10.	Tekan daerah sekitar luka hingga			

- pus/nanah tidak ada
11. Berikan obat luka
 12. Tutup luka dengan menggunakan kasa steril
 13. Catat perubahan keadaan luka
 14. Cuci tangan

BAB VI

PEMASANGAN INFUS

A. Pengertian

Pemberian cairan melalui infus merupakan tindakan memasukkan cairan melalui intra yang dilakukan pada pasien dengan bantuan perangkat infus diantaranya vena lengan (vena safilika basilika dan mediana cubiti), pada tungkai (vena safena), atau vena yang ada di kepala vena temporalis frontalis (khusus untuk anak-anak). Pemberian cairan infus dapat diberikan pada pasien yang mengalami pengeluaran cairan atau nutrisi yang berat selain itu cairan infus dapat juga diberikan pada pasien syok, intoksikasi berat, pra dan pasca bedah, sebelum transfusi darah atau pasien membutuhkan pengobatan tertentu. Sesuatu yang masuk dalam tubuh, memiliki kandungan atau komposisi yang harus sesuai tubuh manusia. Pemberian ini tidak boleh salah, karena bisa berakibat fatal. Misalnya saja flebitis. Flebitis adalah radang dinding vena. Oleh sebab itu, kita sebagai bidanterlebh dahulu harus bisa memahami komposisi dari tiap- tiap infus. Pada pasien trauma akibat kecelakaan lalu lintas atau karena sebab lainnya, kita sering menjumpai keadaan syok hipovolemik alias suatu kondisi dimana terjadi kehilangan cairan darah dengan cepat dalam jumlah yang cukup banyak sehingga komponen darah yang berfungsi untuk mengangkut oksigen ke organ organ tidak lagi adekuat, menyebabkan gangguan perfusi pada jaringan dan berkontribusi terhadap metabolisme anaerob dan akumulasi asam laktat.

Tindakan ini membutuhkan ke sterilan meningat langsung berhubungan dengan pembuluh darah. Pemberian cairan mealului infus dengan memasukkan ke dalam vena, pada tungkai, atau vena

yang ada dikepala, seperti vena temporalis frontalis. Selain pemberian infus pada pasien syock, intoksikasi berat, pra dan pasca bedah, sebelum transfusi darah atau pasien yang membutuhkan pengobatan tertentu.

Kasus kematian pada ssyock hemoragik disebabkan sebagai hasil dari pola perfusi dan hipoksia jaringan yang progresif juga karena asidosis. Berbagai regimen yang kita kenal untuk penanganan resusitasi cairan yaitu diantaranya koloid, kristaloid, wholeblood dan komponen komponen darah

A. Cara Menghitung Tetesan Infus

$$\text{Tetesan / Menit} = \frac{\text{Jumlah cairan yang masuk}}{\text{Lamanya infus (jam)} \times 3}$$

$$\text{Tetesan / Menit} = \frac{\sum \text{Keb.Cairan} \times \text{Faktor tetesan}}{\text{Lamanya Infus (jam)} \times 60 \text{ menit}}$$

B. Cairan dan elektrolit

Cairan tubuh manusia terdiri dari 50% - 60 % dari berat badan. Kebutuhan cairan dn elektrolit adalah suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap dalam berespon terhadap stressor fisiologis dan lingkungan, cairan tubuh dibagi atsa 2 komponen, yaitu :

a. Intraselular

Terdiri dari 40% dari berat badan orang dewasa atau 70 % total dari cairan tubuh

b. Estraseluler

Terdiri dari 20 % dari berat badan orang dewasa atau 30 % dari total cairan tubuh

Faktor- faktor yang mempengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit :

1. Usia
2. Suhu tubuh
3. Diet
4. Stress
5. Sakit

Pergerakan cairan tubuh

1. Difusi yaitu dari konsentrasi tinggi ke rendah sampai terjadi keseimbangan
2. Osmosis yaitu dari konsentrasi lebih rendah ke konsentrasi tinggi yang sifatnya menarik
3. Transport Aktif yaitu dari konsentrasi rendah ke tinggi karena daya aktif dari tubuh seperti pompa jantung

C. Gangguan / masalah kebutuhan elektrolit

a. Hipertermia

Suatu keadaan kekurangan kadar natrium dalam plasma darah yang ditandai dengan adanya kadar natrium plasma yang kurang dari 135 mEq/L mual, muntah dan diare

b. Hipernatrimia

Suatu keadaan dimana kadar natrium dalam plasma tinggi dengan adanya mukosa kering, oliguria/ anuria, turgor kulit buruk dari dan permukaan kulit membengkak, kulit kemerahan, lidah kering dan kemerahan, konvulsi, suhu badan naik, serta kadar natrium dalam plasma darah lebih dari 145 mEq/L

c. Hipokalemia

Suatu keadaan kekurangan kadar kalium dalam darah

d. Hiperkalemia

Suatu keadaan dimana kadar kalium dalam darah tinggi

e. Hipokalsemia

Kekurangan kalsium dalam plasma darah

f. Hiperkalsemia

Suatu keadaan berlebih kadar kalsium dalam darah

g. Hipomagnesia

Kekurangan kadar magnesium dalam darah

h. Hiperagnesia

Kondisi kelebihan kadar magnesium dalam darah

D. Kontraindikasi pada infuse

1. Daerah yang memiliki tanda- tanda infeksi, infiltrasi atau thrombosis
2. Daerah yang berwarna merah, kenyal, bengkak dan hangat saat disentuh
3. Vena dibawah infiltrasi vena sebelumnya atau di bawah area flebitis
4. Vena sekrotik atau bertrombus
5. Lengan dengan pirai arteriovena atau fitsula
6. Lengan yang mengalami edema, infeksi, bekuan darah, atau kerusakan kulit
7. Lengan pada sisi yang mengalami mastektomi (aliran balik vena terganggu)
8. Lengan yang mengalami luka bakar

Memasang Infus

- i. Pengertian : pemberian sejumlah cairan ke dalam tubuh melalui sebuah jarum ke dalam pembuluh vena untuk mengganticaoiran atau zat- zat makanan yang tidak bisa di dapatkan secara oral
- j. Tujuan :
 - 1). Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh yang hilang
 - 2). Memperbaiki keseimbangan asam basa

- 3). Memperbaiki volume komponen darah
- 4). Memberikan jalan masuk untuk pemberian obat- obatan ke dalam tubuh
- 5). Memberikan nutrisi pada saat sistem pencernaan diistirahatkan

PETUNJUK

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan memberi tanda check list (V) pada skala dengan kriteria sbb :

0. Perlu perbaikan : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau tidak
1. Mampu : langkah dan tugas dikerjakan dengan benar tetapi peserta masih lakukan dengan lambat atau kurang
2. Mahir : langkah atau tugas dikerjakan dengan benar atau sesuai dengan daftar tilik

No	Komponen yang di uji	Nilai			Ket
		0	1	2	
1.	1. Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none">• Baki dan alasnya• Perlak dan alasnya• Sarung tangan (handsconn)• Kapasalkohol dalam tempatnya• Cairan yang diperlukan• Infus set steril• Abbcath steril sesuai ukuran• Tourniquet• Bengkok (nierbeken)				

- Kasa steril dalam tempatnya
 - Plester dan gunting
2. • Standar infus

Cara Kerja :

2. memperkenalkan diri dan pasien diberitahu mengenai tindakan yang akan dilakukan
 3. membawa alat- alat kedekat pasien
 4. memasang sampiran
 5. mencuci tangan
 6. memasang perlak dan alasnya dibawah daerah yang akan dipasang infus
 7. memakai sarung tangan
- Menggantungkan
8. flaboot pada tiang infus
 9. membuka kemasan infus set
 10. mengatur klem rol sekitar 2-4 cm dibawah bilik drip dan menutup klem yang ada pada saluran infus
 11. memasukkan pipa saluran infus ke dalam

botol cairan dan mengisi tabung tetesan dengan cara memencet tabung tetesan infus hingga setengahnya

12. membuka klem dan mengalirkan cairan keluar sehingga tidak ada udara pada slang infus lalu tutup kembali klem

13. memilih vena yang akan dipasang infus

14. meletakkan tourniquet 10- 12 cm diatas tempat yang akan ditusuk , menganjurkan pasien menggenggam tangannya

15. melakukan desinfeksi daerah penusukan dengan kapas alkohol secara sirkular dengan diameter + 5 cm

16. menussukkan jarum abocath ke vena dengan lubang jarum menghadap ke atas, dengan menggunakan tangan yang dominan

17. melihat apakah darah terlihat dipipa abocath

18. menussukkan abocath

secara perlahan- lahan serta menarik secara pelan- pelan jarum yang ada pada abocath, hingga plastic abocath masuk semua dalam vena dan jarum keluar sama

19. segera menyambungkan abocat dengan slang infus

20. melepaskan tourniquet, menganjurkan pasien membuka tangannya dan melonggarkan klem untuk melihat kelancaran tetesan

21. merekatkan pangkal jarum pada kulit dengan plester

22. mengatur tetesan sesuai dengan kebutuhan

23. menutup tempat tusukan dengan kasa streril dan direkatkan dengan plester

24. mengatur letak anggota badan yang dipasang infus supaya tidak digerak- gerakan agar jarum infus tidak bergeser dan bila perlu

memasang spalk

25. membersekan alat-alat dan merapikan pasien

26. melepaskan sarung tangan, merendam dalam larutan clorin 0,5 % selama 10 menit

27. mencuci tangan

28. melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan

BAB VII

MENYIAPKAN PEMERIKSAAN UNTUK DIAGNOSTIK

A. PERSIAPAN PENGAMBILAN DAN PEMERIKSAAN SPESIMEN

1. SPESIMEN DARAH

a. Persiapan pengambilan spesimen darah vena

1) Alat dan bahan

- Bak instrument
- Torniquet
- Spuit 3 cc
- Botol untuk spesimen darah
- Kapas alkohol
- Bengkok
- Sarung tangan
- Pengalas atau perlak kecil

2) Pelaksanaan

- Memberitahu dan menjelaskan pada pasien tindakan yang akan dilakukan
- Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien
- Memasang sampiran
- Mengatur posisi pasien senyaman mungkin
- Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih
- Memakai sarung tangan
- Membebaskan lokasi pengambilan spesimen darah vena dari pakaian
- Mencari darah vena yang terlihat jelas venanya

- Memasang pengalas di bawah daerah yang akan di ambil darahnya
- Mengikat bagian di atas daerah yang akan diambil darahnya dengan karet pembedung atau tourniquet, pasien dianjurkan mengepalkan tangannya
- Mendesinfeksi kulit dengan kapas alkohol secara sirkuler dengan diameter \pm 5 cm.
- Menegangkan kulit dengan tangan yang tidak dominan
- Menusukkan jarum ke dalam vena, dengan tangan dominan (jarum dan kulit membentuk sudut \pm 20°).
- Menarik sedikit penghisap untuk aspirasi apakah jarum sudah masuk vena.
- Membuka karet pembedung, anjurkan pasien membuka kepalan tangan (bila darah terlihat pada tabung spuit)
- Menarik penghisap sehingga darah masuk ke dalam tabung spuit, hisap sebanyak kebutuhan
- Menarik jarum keluar, dengan meletakkan kapas alkohol diatas jarum dan tarik jarum keluar
- Memasukkan darah dalam spuit ke dalam botol yang tersedia (memasukkan agak miring dan tidak terlalu keras menyemprotkannya).
- Memberi label pada botol dan siap di bawa ke laboratorium untuk pemeriksaan.
- Membereskan alat, buang alat suntik dengan benar
- Melepaskan sarung tangan
- Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih
- Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan

b. Persiapan pengambilan spesimen darah perifer

1) Alat dan bahan :

- Lanset
- Kapas alkohol
- Kapas kering
- Sarung tangan
- Pengalas
- Botol tempat darah yang di beri label, alat pengukur Hb (Hb Sahli) dll tergantung jenis pemeriksaan
- Bengkok

2) Pelaksanaan

- Memberitahu dan menjelaskan pada pasien tindakan yang akan dilakukan
- Memasang sampiran
- Mengatur posisi pasien nyaman mungkin
- Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih
- Memakai sarung tangan
- Mendesinfeksi kulit dengan kapas alkohol (ujung jari) dan biarkan kering
- Menusuk dengan lanset secara tegak lurus
- Mengusap darah yang baru keluar dengan kapas kering, darah yang keluar berikutnya digunakan untuk pemeriksaan
- Menekan bekas tusukan dengan kapas kering
- Membereskan alat, buang lanset dengan benar
- Melepas sarung tangan
- Mencuci tangan dengan sabun mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih

- Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan

2. SPESIMEN URINE

a. Persiapan pengambilan spesimen urine

1) Pelaksanaan

- Memberitahu dan menjelaskan pada pasien tindakan yang dilakukan
- Menyiapkan alat dan membawa ke dekat pasien
- Memasang sampiran
- Mengatur posisi pasien senyaman mungkin
- Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handukbersih
- Memakai sarung tangan

Pasien yang istirahat total di tempat tidur.

- Memasang pengalas dibawah bokong pasien
- Memasang pispot dibawah bokong pasien
- Membantu pasien untuk cebok dulu sebelum berkemih
- Membiarkan urine yang keluar permulaan dan menampung urine yang keluar berikutnya dengan bengkok atau botol yang disediakan sesuai kebutuhan
- Membantu pasien untuk cebok

Pasien yang dapat berjalan

- Memberitahu pasien untuk membiarkan saja urine yang keluar permulaan mengalir sedikit dan menampung urine yang keluar berikutnya dengan bengkok atau botol yang telah disediakan.

- Memberi etiket yang jelas dan mengisi formulir pengiriman, untuk segera dikirim ke laboratorium
- Membereskan alat
- Melepaskan sarung tangan
- Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
- Melakukan dekontaminasi tindakanyang telah dilakukan

3. SPESIMEN FESES

a. Persiapan pengambilan spesimen feses

1). Pelaksanaan

- Memberitahu dan menjelaskan pada pasien tindakan yang akan dilakukan
- Menyiapkan alat dan membawa kedekat pasien
- Memasang sampiran
- Mengatur posisi pasien senyaman mungkin
- Mencucitangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dangan handuk bersih
- Memakai sarung tangan

Pasien yang tidak kuat berjalan

- Memasang pengalas di bawah bokong pasien
- Memberikan urinal atau pispot pada pasien untuk BAK
- Mengganti urinal dangan pispot untuk BAB
- Mengambil tinja sedikit dengan lidi kapas, memasukkan ke dlam tempat yang sudah di sediakan
- Membantu pasien untuk cebok

Pasien yang dapat berjalan

- Memberitahu pasien untuk mengambil tinja dengan lidi kapas dan memasukkan ke tempt yang telah disediakan, jangan sampai tinja tercampur dengan air
- Memberi etiket yang jelas dan mengisi formulir pengiriman untuk segera di kirim ke laboratorium
- Membereskan alat
- Melepaskan sarung tangan
- Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih
- Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan

4. SPESIMEN CAIRAN PERVAGINAM

a. Persiapan pengambilan spesimen cairan vagina

1). Alat dan bahan :

- Kapas lidi steril atau oase
- Obyek glass
- Bengkok
- Sarung tangan
- Kain kassa, kapas sublimat
- Perlak

2). Pelaksanaan

- Memberitahu dan menjelaskna pada pasien tindakan yang akan dilakukan
- Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien
- Memasang sampiran
- Membuka atau menganjurkan pasien menanggalkan pakaian bawah
- Memasang pengalas di bawah bokong pasien
- Mengatur posisi pasien dengan kaki ditekuk (dorsal recumbent)

- Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih
- Memakai sarung tangan
- Buka labia mayora dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan yang tidak dominan
- Mengambil sekret vagina dengan kapas lidi tangan yang dominan sesuai kebutuhan.
- Menghapus sekret vagina dengan kapas lidi tangan yang dominan sesuai kebutuhan
- Menghapus sekret vagina pada obyek glass yang disediakan
- Membuang kapas lidi dengan bengkok
- Memasukkan obyek glass ke dalam piring petri atau ke dalam tabung kimia dan ditutup
- Memberi label dan mengisi formulir pengiriman spesimen untuk dikirim ke laboratorium
- Membereskan alat
- Melepas sarung tangan
- Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih
- Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan

5. SPESIMEN SPUTUM

Pemeriksaan dengan bahan sekret atau sputum dilakukan untuk medeteksi adanyakuman seperti tuberkolosis pulmonal, pneumonia bakteri, bronkhitis kronis, bronkhietaksis.

Persiapan dan pelaksanaan :

- a. Siapkan wadah dalam keadaan steril
- b. Dapatkan sputum pada pagi hari atau sebelum makan pagi
- c. Anjurkan pasien untuk batuk agar mengeluarkan sputum

- d. Pertahankan agar wadah dalam keadaan tertutup
- e. Bila kultur untuk pemeriksaan BTA (Bakteri Tahan Asam), ikuti instruksi yang ada pada botol penampung. Biasanya di perlukan 5- 10 cc sputum yang dilakukan selama tiga hari

A. PERSIAPAN PEMERIKSAAN RADIOLOGI

1. ULTRASONOGRAFI (USG)

USG merupakan suatu prosedur diagnosis yang digunakan untuk melihat struktur jaringan tubuh atau analisi dari gelombang Doppler, yang pemeriksaannya dilakukan di atas permukaan kulit atau di atas rongga tubuh untuk menghasilkan suatu ultrasound di dalam jaringan.

Ultrasonografi dapat digunakan untuk mendeteksi berbagai kelainan yang ada abdomen, otak, kandung kemih, jantung, ginjal, hepar, uterus atau pelvis. Selain itu USG juga dapat digunakan untuk membedakan antara kista dan tumor. Pada kehamilan cairan amnion dapat menambah refleksi gelombang suara dari plasenta dan fetus sehingga dapat mengidentifikasi ukuran, bentuk, dan posisi, kemudian dapat mendeteksi pankreas, limpa, tiroid, dan lain- lain.

Persiapan dan pelaksanaan :

- a. Lakukan informed consent
- b. Anjurkan untuk puasa makan dan minum 8- 12 jam sebelum pemeriksaan USG aorta abdomen, kandung empedu, hepar, limpa, pankreas
- c. Oleskan jeli konduktif pada permukaan kulit yang akan dilakukan USG
- d. Transduser di pegang dengan tangan dan digerakkan kedepan dan kebelakang di atas permukaa kulit
- e. Lakukan antara 10- 30 menit

- f. Premedikasi jarang dilakukan hanya bila pasien dalam keadaan gelisah
- g. Pasien tidak boleh merokok sebelum pemeriksaan untuk mencegah masuknya udara
- h. Bila ada pemeriksaan obstetrik (trimester pertama dan kedua), pelvis dan ginjal pasien di anjurkan untuk minum 4 gelas air dan tidak boleh berkemih sementara untuk trimester ketiga, pemeriksaan pada pasien dilakukan pada saat kandung kemih kosong.
- i. Bila pada otak lepaskan semua perhiasan dari leher dan jepit rambut dari kepala.
- j. Bila pada jantung anjurkan untuk bernafas perlahan dan menahan setelah inspirasi dalam

2. RONTGEN

Rontgen atau sering dikenal dengan sinar X merupakan pemeriksaan yang memanfaatkan peran sinar X dalam mendeteksi kelainan pada berbagai organ di antaranya dada, jantung, abdomen, ginjal, ureter, kandung kemih, tengkorak dan rangka, pemeriksaan ini dilakukan dengan menggunakan radiasi sinar X yang sedikit karena tingginya kualitas film sinar X dan digunakan untuk melakukan skrining dari berbagai kelainan yang ada pada organ.

Persiapan dan pelaksanaan :

- a. Lakukan informed consent
- b. Tidak ada pembatasan makanan atau cairan
- c. Pada dada pelaksanaan foto dengan posisi PA (Posterior Anterior) dapat dilakukan dengan posisi berdiri AP (anterior posterior) lateral dapat juga dilakukan, baju harus diturunkan sampai ke pinggang, baju kertas atau baju kain dapat digunakan dan perhiasan dapat dilepaskan, anjurkan pasien untuk tarik

napas dan menahan napas pada waktu pengambilan foto sinar X

- d. Pada jantung foto PA dan lateral kiri dapat di indikasikan untuk mengevaluasi ukuran dan bentuk jantung, perhiasan pada leher harus dilepaskan, baju diturunkan hingga ke pinggang.
- e. Pada abdomen pelaksanaan foto harus dilakukan sebelum pemeriksaan IVP, baju harus dilepaskan dan digunakan baju kain/ kertas. Pasien tidur telentang dengan tangan menjauh dari tubuh, testis harus dilindungi.
- f. Pada tengkorak, sebelum pelaksanaan foto, penjepit rambut harus dilepaskan, kaca mata gigi palsu sebelum pemeriksaan.
- g. Pada rangka bila dicurigai terdapat fraktur anjurkan puasa, dan imobilisasi pada daerah fraktur.

3. PAP SMEAR

Pap Smear merupakan pemeriksaan sitologi yang digunakan untuk mendeteksi adanya kanker serviks atau mendeteksi sel pra kanker, mengkaji efek pemberian hormon seks dan respon terhadap kemoterapi dan radiasi.

Persiapan dan pelaksanaan :

- a. Lakukan informed consent
- b. Tidak ada pembatasan makanan dan cairan
- c. Anjurkan pasien untuk tidak melakukan irigasi vagina atau memasukkan obat melalui vagina atau melakukan hubungan seks sekurang kurangnya 24 jam atau sebaliknya 48 jam
- d. Anjurkan pasien berbaring di meja periksa dalam posisi lithotomi
- e. Spekulum yang sudah dilumasi dengan air mengalir di masukkan ke vagina

- f. Spatula kayu bengok (pap stick) digunakan untuk mengusap serviks, kemudian dipindahkan ke kaca mikroskop dan dibenamkan ke dalam cairan fiksasi
- g. Beri label nama dan tanggal

4. MAMMOGRAFI

Mammografi merupakan pemeriksaan dengan bantuan sinar X yang dilakukan pada bagian payudara untuk mendeteksi adanya kista atau tumor, dan digunakan untuk menilai payudara secara periodik.

Persiapan dan pelaksanaan :

- a. Lakukan informed consent
- b. Tidak ada pembatasan makanan dan cairan
- c. Baju di lepas sampai pinggang dan perhiasan di leher di lepas
- d. Gunakan pakaian kertas atau gaun bagian depan terbuka
- e. Anjurkan pasien untuk duduk dan letakkan payudara satu persatu di atas meja kaset sinar X, saat payudara ditekan pasien akan diminta untuk menahan nafas
- f. Lalu lakukan pemeriksaan

PERSIAPAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM DAN DIAGNOSTIK

I. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mampu melakukan persiapan dan pemeriksaan diagnostik yang berhubungan dengan praktik kebidanan dengan benar.

II. Tujuan Praktikum

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, anda diharapkan mampu melakukan persiapan dan pemeriksaan diagnostik yang berhubungan dengan praktik kebidanan dengan benar.

III. Dasar Teori (secara ringkas)

1. DARAH

Pemeriksaan darah merupakan pemeriksaan dengan bahan atau spesimen darah. Beberapa pemeriksaan berikut ini menggunakan spesimen darah, antara lain :

a. Serum Glutamik Piruvik Transaminase (SGPT) atau Alanin Amoniotransferase. Pemeriksaan SGPT dilakukan untuk mendeteksi adanya kerusakan hepatoseluler.

Cara :

- 1) Ambil darah \pm 5-10 ml dari vena
- 2) Masukkan pada tabung atau botol
- 3) Hindari hemolisis
- 4) Berikan tabel nama dan tanggal

b. Albumin

Pemeriksaan albumin dilakukan untuk mendeteksi kemampuan albumin yang disintesis oleh hepar. Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan adanya gangguan hepar seperti sirosis, luka bakar, gangguan ginjal, atau kehilangan protein dalam jumlah banyak.

Cara :

- 1) Ambil darah \pm 5-10 ml dari vena
- 2) Masukkan pada tabung atau botol
- 3) Berikan label nama dan tanggal

c. Asam urat

Pemeriksaan asam urat dilakukan untuk mendeteksi penyakit pada ginjal, anemia asam folat, luka bakar, dan kehamilan. Terjadi peningkatan asam urat dapat diindikasikan penyakit seperti leukimia, kanker, eklampsia berat, gagal ginjal, malnutrisi dan lain-lain.

Cara :

- 1) Ambil darah 5-7 ml dari vena
- 2) Masukkan pada tabung atau botol
- 3) Berikan label nama dan tanggal

d. Bilirubin (total, direct, dan indirect)

Pemeriksaan bilirubin dilakukan untuk mendeteksi kadar bilirubin. Pemeriksaan pada bilirubin direct, dilakukan untuk mendeteksi adanya ikterik obstruktif oleh karena batu atau neoplasma, hepatitis, dan sirosis. Pada bilirubin indirect, pemeriksaan dapat mendeteksi adanya anemia, malaria, dan lain-lain.

Cara :

- 1) Ambil darah \pm 5-10 ml dari vena
- 2) Masukkan pada tabung atau botol
- 3) Hindari hemolisis
- 4) Berikan label nama dan tanggal

e. Estrogen

Pemeriksaan estrogen dilakukan untuk mendeteksi disfungsi ovarium, gejala menopause dan pasca menopause, serta stres psikogenik. Peningkatan nilai estrogen dapat menunjukkan indikasi adanya tumor ovarium, adanya kehamilan, dan lain-lain.

Cara :

- 1) Ambil darah \pm 5-10 ml dari vena
- 2) Masukkan pada tabung atau botol
- 3) Berikan label nama dan tanggal

f. Gas darah arteri

Pemeriksaan gas darah arteri dilakukan untuk mendeteksi gangguan keseimbangan asam basa yang disebabkan oleh karena gangguan respiratorik atau gangguan metabolik.

Cara :

- 1) Ambil darah \pm 5-15 ml dari arteri, dengan spuit dan jarum berisikan heparin
- 2) Berikan label nama dan tanggal

g. Gula darah puasa

Pemeriksaan gula darah puasa dilakukan untuk mendeteksi adanya diabetes atau reaksi hipoglikemik.

Cara :

- 1) Ambil darah \pm 5-10 ml dari vena
- 2) Masukkan pada tabung atau botol
- 3) Puasa makan dan minum 12 jam sebelum pemeriksaan

h. Gula darah postprandial

Pemeriksaan gula darah postrandial dilakukan untuk mendeteksi adanya diabetes atau hipoglikemik. Pemeriksaan dilakukan setelah makan.

Cara :

- 1) Ambil darah \pm 5-10 ml dari vena
- 2) Masukkan pada tabung atau botol

i. Gonadotropin korionik manusia (*Human Chronic Gonadotropin* – HCG)

Pemeriksaan HCG dilakukan untuk mendeteksi adanya kehamilan karena HCG adalah hormon yang diproduksi oleh plasenta.

Cara :

- 1) Ambil darah \pm 5-10 ml dari vena
- 2) Masukkan pada tabung atau botol
- 3) Hindari hemolisis
- 4) Berikan label nama dan tanggal

j. Hematokrit

Pemeriksaan hematokrit dilakukan untuk mengukur konsentrasi sel-sel darah merah dalam darah. Pemeriksaan ini dapat mendeteksi adanya anemia, kehilangan darah, gagal ginjal kronis, serta defisiensi vitamin B dan C. Apabila terjadi peningkatan kadar hematokrit dapat diindikasikan adanya dehidrasi, asidosis, trauma, pembedahan, dan lain-lain.

Cara :

- 1) Ambil darah \pm 7 ml dari vena
- 2) Masukkan pada tabung atau botol
- 3) Berikan label nama dan tanggal

k. Hemoglobin

Pemeriksaan hemoglobin dilakukan untuk mendeteksi adanya anemia dan penyakit ginjal. Peningkatan hemoglobin dapat menunjukkan indikasi adanya dehidrasi, penyakit paru-paru obstruksi menahun, gagal jantung kongestif, dan lain-lain.

Cara :

- 1) Ambil darah \pm 5-10 ml dari vena
- 2) Masukkan pada tabung atau botol
- 3) Hindari hemolisis
- 4) Berikan label nama dan tanggal

l. Trombosit

Pemeriksaan trombosit dilakukan untuk mendeteksi adanya trombositopenia yang berhubungan dengan perdarahan, dan trombositosis yang menyebabkan peningkatan pembekuan.

Cara :

- 1) Ambil darah \pm 5 ml dari vena
- 2) Masukkan pada tabung atau botol
- 3) Berikan label nama dan tanggal

m. Masa tromboplastin parsial (Partial Tromboplastin Time – PTT), masa tromboplastin parsial teraktivasi (Activation Partial Tromboplastin Time – APTT)

Pemeriksaan PTT/ APTT bertujuan untuk mendeteksi variasi trombosit, memonitor terapi heparin, dan mendeteksi defisiensi faktor pembekuan kecuali faktor VII dan VIII.

Cara :

- 1) Ambil darah \pm 7-10 ml dari vena
- 2) Lakukan pengambilan 1 jam sebelum pemberian dosis heparin
- 3) Masukkan pada tabung atau botol
- 4) Berikan label nama dan tanggal

2. URINE

Pemeriksaan urine merupakan pemeriksaan yang menggunakan bahan atau spesimen urine. Adapun pemeriksaannya dapat dilakukan antara lain :

a. Asam urat

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi berbagai kelainan pada penyakit ginjal, eklampsia, keracunan timah hitam, leukemia dengan diet tinggi purin, ulseratif kolitis, dan lain-lain.

b. Bilirubin

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi penyakit obstruktif saluran empedu, penyakit hepar, kanker hepar, dan lain-lain.

c. *Human Chronic Gonadotropin (HCG)*

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi adanya kehamilan karena HCG adalah hormon yang diproduksi oleh plasenta.

3. FESES

Pemeriksaan dengan bahan feses dilakukan untuk mendeteksi adanya kuman seperti *Salmonella*, *Shigella*, *Eschericha coli*, *Staphylococcus*, dan lain-lain.

4. SPUTUM

Pemeriksaan dengan menggunakan bahan sekret atau sputum dilakukan untuk mendeteksi adanya kuman seperti tuberkulosis pulmonal, pneumonia bakteri, bronkhitis kronis, bronkhietaksis.

A. PERSIAPAN PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

1. ULTRASONOGRAFI (USG)

USG merupakan suatu diagnosis yang dilakukan di atas permukaan kulit atau diatas rongga tubuh untuk menghasilkan suatu ultrasound didalam jaringan. Pemeriksaan ini digunakan untuk melihat struktur jaringan tubuh atau analisis dari gelombang Doppler.

Ultrasonografi dapat digunakan untuk mendeteksi berbagai kelainan yang ada pada abdomen, otak, kandung kemih, jantung, ginjal, hepar, uterus, atau pelvis. Selain itu, USG juga dapat digunakan untuk membedakan antara kista dan tumor. Pada kehamilan, cairan amnion dapat menambah refleksi gelombang suara dari plasenta dan fetus sehingga dapat mengidentifikasi pada fetus mengenai ukuran, bentuk, dan posisi, kemudian dapat mendeteksi pankreas, limpa, tiroid, dan lain-lain.

2. PAP SMEAR

Pap Smear merupakan pemeriksaan sitologi yang digunakan untuk mendeteksi adanya kanker serviks atau sel prakanker, mengkaji efek pemberian hormon seks, serta mengkaji respons terhadap kemoterapi dan radiasi.

3. RONTGEN

Rontgen atau dikenal dengan nama sinar X, merupakan pemeriksaan yang memanfaatkan peran sinar X untuk melakukan skrining dan mendeteksi kelainan pada berbagai organ, diantaranya dada, jantung, abdomen, ginjal, ureter, kandung kemih, tengkorak, dan rangka. Pemeriksaan ini dilakukan dengan menggunakan radiasi sinar X yang sedikit karena tingginya kualitas film sinar X.

4. MAMMOGRAFI

Mammografi merupakan pemeriksaan dengan bantuan sinar X yang dilakukan pada bagian payudara untuk mendeteksi adanya kista atau tumor dan menilai payudara secara periodik.

DAFTAR TILIK PERSIAPAN SPUTUM

PENILAIAN :

Nilai 0	:	Perlu Perbaikan (Langkah / tugas tidak dikerjakan)
Nilai 1	:	Mampu (Langkah / tugas dikerjakan tetapi kurang tepat)

NO.	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
1.	Menyambut Ibu			
2.	Memperkenalkan diri kepada Ibu			
3.	Mempersiapkan Alat			
4.	Mencuci Tangan			
5.	Lakukan informed consent			
6.	Siapkan wadah dalam keadaan steril			
7.	Dapatkan sputum pada pagi hari sebelum makan pagi			
8.	Anjurkan pasien untuk batuk agar mengeluarkan sputum			
9.	Pertahankan agar wadah dalam keadaan tertutup			
10.	Bila kultur untuk pemeriksaan BTA (bakteri tahan asam), ikuti instruksi yang			

ada pada botol penampung. Biasanya diperlukan 5-10 cc sputum, yang dilakukan selama tiga hari berturut-turut.

**DAFTAR TILIK
PERSIAPAN USG**

PENILAIAN :	
Nilai 0	: Perlu Perbaikan (Langkah / tugas tidak dikerjakan)
Nilai 1	: Mampu (Langkah / tugas dikerjakan tetapi kurang tepat)

NO.	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
1.	Menyambut Ibu			
2.	Memperkenalkan diri kepada Ibu			
3.	Mempersiapkan Alat			
4.	Mencuci Tangan			
5.	Lakukan informed consent			
6.	Anjurkan untuk puasa makan dan minum 8-12 jam sebelum pemeriksaan USG aorta abdomen, kandung empedu, hepar, limpa dan pankreas			
7.	Oleskan jelly konduktif pada permukaan kulit yang akan dilakukan USG			
8.	Transduser dipegang dengan tangan dan gerakkan ke depan dan ke belakang di atas permukaan kulit			
9.	Lakukan antara 10-30 menit			
10.	Premedikasi jarang dilakukan, hanya bila pasien dalam keadaan gelisah			
11.	Pasien tidak boleh merokok sebelum pemeriksaan untuk mencegah masuknya udara			

- 12 Pada pemeriksaan obstetrik (trimester pertama dan kedua), pelvis, dan ginjal, pasien dianjurkan untuk minum empat gelas air dan tidak boleh berkemih. Sementara untuk trimester ketiga, pemeriksaan pada pasien dilakukan pada saat kandung kemih kosong
- 13 Bila pemeriksaan dilakukan pada otak, lepaskan semua perhiasan dari leher dan jepit rambut dari kepala.
- 14 Bila pemeriksaan dilakukan pada jantung, anjurkan untuk bernapas secara perlahan-lahan dan menahannya setelah inspirasi dalam.

**DAFTAR TILIK
PERSIAPAN PAP SMEAR**

PENILAIAN :

Nilai 0	:	Perlu Perbaikan (Langkah / tugas tidak dikerjakan)
Nilai 1	:	Mampu (Langkah / tugas dikerjakan tetapi kurang tepat)

NO.	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
1.	Menyambut Ibu			
2.	Memperkenalkan diri kepada Ibu			
3.	Mempersiapkan Alat			
4.	Mencuci Tangan			
5.	Lakukan informed consent			
6.	Tidak ada pembatasan makanan dan cairan			
7.	Anjurkan pasien untuk tidak melakukan irigasi vagina (pembersihan vagina dengan zat lain) ; memasukkan obat melalui vagina; atau melakukan hubungan seks sekurang-kurangnya 24 jam, sebaiknya 48 jam			
8.	Anjurkan pasien berbaring di meja periksa dalam posisi litotomi			
9.	Spekulum yang sudah dilumasi dengan air mengalir dimasukkan ke vagina			
10.	Spatula kayu bengkok (pap stick) digunakan untuk mengusap serviks,			

- kemudian pindahkan ke kaca mikroskop dan ditenamkan ke dalam cairan fiksasi.
- 11 Beri label nama dan tanggal pengambilan bahan pemeriksaan.

**DAFTAR TILIK
PERSIAPAN MAMMOGRAFI**

PENILAIAN :

Nilai 0	:	Perlu Perbaikan (Langkah / tugas tidak dikerjakan)
Nilai 1	:	Mampu (Langkah / tugas dikerjakan tetapi kurang tepat)

NO.	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
1.	Menyambut Ibu			
2.	Memperkenalkan diri kepada Ibu			
3.	Mempersiapkan Alat			
4.	Mencuci Tangan			
5.	Lakukan informed consent			
6.	Tidak ada pembatasan makanan dan cairan			
7.	Baju dilepas sampai pinggang dan perhiasan dileher dilepas			
8.	Gunakan pakaian kertas atau gaun bagian depan terbuka			
9.	Anjurkan pasien untuk duduk dan letakkan payudara satu per satu di atas meja kaset sinar X. Saat payudara ditekan, pasien akan diminta untuk menahan napas.			
10.	Lalu lakukan pemeriksaan			

BAB VIII

RESUSITASI JANTUNG – PARU PADA ORANG DEWASA

STANDAR KOMPETENSI:

Mahasiswa mampu memahami tentang Resusitasi Jantung Pada Orang Dewasa

KOMPETENSI DASAR:

1. Mampu menjelaskan tentang Pengertian Resusitasi Jantung Paru / Bantuan Hidup Dasar
2. Mampu menjelaskan tentang Tujuan Melakukan Resusitasi Jantung Paru
3. Mampu menjelaskan tentang Indikasi Melakukan Resusitasi Jantung Paru
4. Mampu menjelaskan tentang Tanda-Tanda Sumbatan Jalan Nafas
5. Mampu menjelaskan tentang Fisiologi Pernafasan (Respirasi)
6. Mampu menjelaskan tentang Kebutuhan Rubuh Akan Oksigen
7. Mampu menjelaskan tentang Gangguan Distribusi Oksigen ke Jaringan
8. Mampu menjelaskan tentang Langkah-Langkah Yang Harus Diambil Sebelum Melakukan Resusitasi Jantung Paru
9. Mampu menjelaskan tentang Langkah-Langkah Resusitasi Jantung Paru

A. Pengertian Resusitasi Jantung – Paru / Bantuan Hidup Dasar

Basic life support atau bantuan hidup dasar (BHD) sudah sering diperkenalkan dalam situasi kegawatdaruratan. Dalam perkembangannya, metode BHD selalu mengalami penyempurnaan. BHD sangat bermanfaat bagi penyelamatan kehidupan mengingat dengan pemberian sirkulasi dan napas buatan secara sederhana, BHD memberikan asupan oksigen dan sirkulasi darah ke sistem tubuh terutama organ yang sangat vital dan sensitif terhadap kekurangan oksigen seperti otak dan jantung.

Resusitasi Jantung Paru (RJP) atau Cardiopulmonary Resusitasi (CPR) adalah upaya mengembalikan fungsi nafas dan atau sirkulasi yang berhenti oleh berbagai sebab dan boleh membantu memulihkan kembali kedua-dua fungsi jantung dan paru ke keadaan normal. Bantuan hidup dasar (BHD) atau basic life support (BLS) termasuk mengenali jika terjadinya serangan jantung, aktivasi respon sistem gawat darurat, dan defibrilasi dengan menggunakan defibrillator

Resusitasi jantung paru-paru atau CPR (*Cardiopulmonary resuscitation*) adalah tindakan pertolongan pertama pada orang yang mengalami henti napas karena sebab-sebab tertentu. CPR bertujuan untuk membuka kembali jalan napas yang menyempit atau tertutup sama sekali. CPR sangat dibutuhkan bagi orang tenggelam, terkena serangan jantung, sesak napas karena syok akibat kecelakaan, terjatuh, dan sebagainya.

Berhentinya sirkulasi beberapa detik sampai beberapa menit, asupan oksigen ke dalam otak terhenti, terjadi hipoksia otak yang mengakibatkan kemampuan koordinasi otak untuk menggerakkan organ otonom menjadi terganggu, seperti gerakan denyut jantung dan pernapasan.

Penyelamatan ini akan sangat bermanfaat jika dilakukan sesegera mungkin dan sebaik mungkin. Lebih baik ditolong, walaupun tidak sempurna daripada dibiarkan tanpa pertolongan. Pada saat henti napas, kandungan oksigen dalam darah masih tersedia sedikit, jantung masih mampu mensirkulasikannya ke dalam organ penting, terutama otak, jika pada situasi diberi bantuan pernapasan, kebutuhan jantung akan oksigen untuk metabolisme tersedia dan henti jantung dapat dicegah. Kasus-kasus penyebab terjadinya henti jantung dan henti napas dapat terjadi kapan saja, dimana saja dan pada siapa saja. Contoh kasusnya antara lain adalah tenggelam, stroke, obstruksi jalan napas, menghirup asap, kercunan obat, tersengat listrik, tercekik, trauma, MCI (myocardial infarction) atau gagal jantung, dan masih banyak lagi. Kondisi diatas, ditandai dengan tidak terabanya denyut nadi karotis dan tidak adanya gerakan napas dada.

Ketika American Heart Association (AHA) menetapkan pedoman resusitasi yang pertama kali pada tahun 1966, resusitasi jantung paru (RJP) awalnya “A-B-C” yaitu membuka jalan nafas korban (Airway), memberikan bantuan napas (Breathing) dan kemudian memberikan kompresi dinding dada (Circulation). Namun, sekuensinya berdampak pada penundaan bermakna (kira-kira 30 detik) untuk memberikan kompresi dinding dada yang dibutuhkan untuk mempertahankan sirkulasi darah yang kaya oksigen.

Dalam 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, AHA menekankan fokus bantuan hidup dasar pada:

- 1 Pengenalan segera pada henti jantung yang terjadi tiba-tiba (immediate recognition of sudden cardiac arrest [SCA])
- 2 Aktivasi sistem respons gawat darurat (activation of emergency response system)
- 3 Resusitasi jantung paru sedini mungkin (early cardiopulmonary resuscitation)
- 4 Segera didefibrilasi jika diindikasikan (rapid defibrillation if indicated)

Dalam AHA Guidelines 2010 ini, AHA mengatur ulang langkah-langkah RJP dari “A-B-C” menjadi “C-A-B” pada dewasa dan anak, sehingga memungkinkan setiap penolong memulai kompresi dada dengan segera. Sejak tahun 2008, AHA telah merekomendasikan bagi penolong tidak terlatih (awam) yang sendirian melakukan Hands Only CPR atau RJP tanpa memberikan bantuan napas pada korban dewasa yang tiba-tiba kolaps.

Setiap orang dapat menjadi penolong pada korban yang tiba-tiba mengalami henti jantung. Keterampilan RJP dan penerapannya bergantung pada pelatihan yang pernah dijalani, pengalaman dan kepercayaan diri penolong. Kompresi dada merupakan fondasi RJP sehingga setiap penolong baik terlatih maupun tidak, harus mampu memberikan kompresi dada pada setiap korban henti jantung. Karena pentingnya, kompresi dada harus menjadi tindakan prioritas pertama setiap korban dengan usia berapapun. Penolong yang terlatih, harus memberikan kompresi dada yang dikombinasikan dengan

ventilasi (napas bantuan). Sedangkan penolong yang telah sangat terlatih diharapkan bekerja secara bersama-sama dalam bentuk tim dalam memberikan ventilasi dan kompresi dada.

Pedoman baru ini juga berisi rekomendasi lain yang didasarkan pada bukti yang telah dipublikasikan, yaitu:

- 1 Pengenalan segera henti jantung tiba-tiba (sudden cardiac arrest) didasarkan pada pemeriksaan kondisi unresponsive dan tidak adanya napas normal (seperti, korban tidak bernapas atau hanya gasping/terengah-engah). Penolong tidak boleh menghabiskan waktu lebih dari 10 detik untuk melakukan pemeriksaan nadi. Jika nadi tidak dapat dipastikan dalam 10 detik, maka dianggap tidak ada nadi dan RJP harus dimulai atau memakai AED (automatic external defibrillator) jika tersedia.
- 2 Perubahan pada RJP ini berlaku pada korban dewasa, anak dan bayi tapi tidak pada bayi baru lahir.
- 3 "Look, Listen and Feel" telah dihilangkan dari algoritme bantuan hidup dasar.
- 4 Jumlah kompresi dada setidaknya 100 kali per menit
- 5 Penolong terus melakukan RJP hingga terjadi return of spontaneous circulation (ROSC)
- 6 Kedalaman kompresi untuk korban dewasa telah diubah dari 1 ½ - 2 inchi menjadi sedikitnya 2 inchi (5 cm)
- 7 Peningkatan fokus untuk memastikan bahwa RJP diberikan dengan high-quality didasarkan pada : Kecepatan dan kedalaman kompresi diberikan dengan adekuat dan memungkinkan full chest recoil antara kompresi, meminimalkan interupsi saat memberikan kompresi dada, menghindari pemberian ventilasi yang berlebihan

A. Tujuan Resusitasi Jantung Paru

- 1 Mencegah berhentinya sirkulasi darah atau berhentinya pernapasan
- 2 Memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi (melalui kompresi dada) dan ventilasi (melalui bantuan napas penolong) dari pasien yang

mengalami henti jantung atau henti napas melalui rangkaian kegiatan Resusitasi Jantung Paru (RJP).

- 3 Oksigenasi darurat yang diberikan secara efektif pada organ vital seperti otak dan jantung melalui ventilasi buatan dan sirkulasi buatan sampai paru dan jantung dapat menyediakan oksigen dengan kekuatan sendiri secara normal. Hal ini adalah untuk mencegah berhentinya sirkulasi darah atau berhentinya pernapasan. Resusitasi mencegah terjadinya berhentinya sirkulasi atau berhentinya respirasi yang dapat menyebabkan kematian sel-sel akibat dari kekurangan oksigen dan memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi melalui kompresi dada (chest compression) dan ventilasi dari korban yang mengalami henti jantung atau henti nafas.

B. Indikasi Melakukan Resusitasi Jantung Paru

1. Henti Nafas

Henti nafas primer (respiratory arrest) dapat disebabkan oleh banyak hal, misalnya serangan stroke, keracunan obat, tenggelam, inhalasi aspirasi/uap/gas, obstruksi jalan nafas oleh benda asing, tersengat listrik, tersambar petir, serangan infrak jantung, radang epiglottis, tercekik (suffocation), trauma dan lain-lainnya.

Henti nafas ditandai dengan tidak adanya gerakan dada dan aliran udara pernafasan dari korban dan ini merupakan kasus yang harus dilakukan tindakan Bantuan Hidup Dasar (BHD). Pada awal henti nafas, jantung masih berdenyut dan nadinya masih teraba, dimana oksigen masih dapat masuk ke dalam darah untuk beberapa menit dan jantung masih dapat mensirkulasikan darah ke otak dan organ-organ vital yang lainnya. Dengan memberikan bantuan resusitasi, ia dapat membantu menjalankan sirkulasi lebih baik dan mencegah kegagalan perfusi organ.

2. Henti Jantung

Henti jantung primer (cardiac arrest) adalah ketidakmampuan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen ke otak dan organ vital

lainnya secara mendadak dan dapat balik normal, jika dilakukan tindakan yang tepat atau akan menyebabkan kematian atau kerusakan otak menetap kalau tindakan tidak adekuat. Henti jantung yang terminal akibat usia lanjut atau penyakit kronis tertentu tidak termasuk henti jantung atau cardiac arrest.

Sebagian besar henti jantung disebabkan oleh fibrilasi ventrikel atau takikardi tanpa denyut, kemudian disusun oleh ventrikel asistol dan terakhirnya oleh disosiasi elektro-mekanik. Dua jenis henti jantung yang berakhir lebih sulit ditanggulangi kerana akibat gangguan pacemaker jantung. Fibrilasi ventrikel terjadi karena koordinasi aktivitas jantung menghilang.

Henti jantung ditandai oleh denyut nadi besar yang tidak teraba (karotis, femoralis, radialis) disertai kebiruan (sianosis), pernafasan berhenti atau gasping, tidak terdapat dilatasi pupil karena bereaksi terhadap rangsang cahaya dan pasien tidak sadar. Pengiriman oxygen ke otak tergantung pada curah jantung, kadar hemoglobin (Hb), saturasi Hb terhadap oxygen dan fungsi pernapasan. Iskemia melebihi 3-4 menit pada suhu normal akan menyebabkan kortek serebri rusak menetap, walaupun setelah itu dapat membuat jantung berdenyut kembali.

C. Tanda-Tanda Sumbatan Jalan Nafas

Pada keadaan penderita yang masih bernafas, mengenali ada tidaknya sumbatan jalan nafas dapat dilakukan dengan cara lihat (look), dengar (listen), dan feel (raba),

1. Lihat (look)

Dilihat apakah penderita mengalami agitasi atau penurunan kesadaran. Agitasi memberi kesan adanya hipoksemia yang mungkin disebabkan oleh karena sumbatan jalan nafas, sedangkan penurunan kesadaran memberi kesan adanya hiperkarbia yang mungkin disebabkan oleh hipoventi Iasi akibat sumbatan jalan nafas.

Dilihat pula pergerakan dada dan perut waktu bernafas, normalnya pada posisi berbaring waktu inspirasi dinding dada bergerak keatas dinding-dinding perut bergerak ke atas dan waktu ekspirasi dinding dada turun dinding perut juga turun. Pada sumbatan jalan nafas total atau parsial berat, waktu inspirasi dinding dada bergerak turun tapi dinding perut bergerak naik sedangkan waktu ekspirasi terjadi sebaliknya. Gerak nafas ini disebut see saw atau rocking respiration.

Adanya retraksi sela iga, supra klavikula atau subkostal merupakan tanda tambahati adanya sumbatan jalan nafas. Sianosis yang terlihat di kuku atau bibir menunjukkan adanya hipoksemia akibat oksigenasi yang tidak adekwat. Pada penderita trauma perlu dilihat adanya deformitas daerah maksilofasial atau leher serta adanya gumpalan darah, patah tulang, gigi dan muntahan yang dapat menyumbat jalan nafas.

2. Dengar (Listen)

Didengar suara nafas dan ada tidaknya suara tambahan. Adanya suara nafas tambahan berarti ada sumbatan jalan nafas parsial. Suara nafas tambahan dapat berupa dengkur (snoring), kumuran (gurgling), atau siulan (crowing/stridor). Snoring disebabkan oleh lidah yang menutup orofaring, gurgling karena sekret, darah atau muntahan dan crowing/stridor menunjukkan adanya penyempitan jalan nafas karena spasme, edema atau pendesakan. Suara bicara penderita yang normal menunjukkan tidak ada sumbatan jalan nafas sedangkan suara yang parau menunjukkan adanya masalah di daerah laring.

3. Raba (Feel)

Di rabakan hawa ekspirasi yang keluar dari lubang hidung atau mulut, dan ada tidaknya getaran di leher waktu bernafas. Adanya getaran di leher menunjukkan sumbatan parsial ringan. Pada penderita trauma perlu diraba apakah ada fraktur di daerah maksilofasial, bagaimana posisi trakhea.

D. Fisiologi Pernafasan (Respirasi)

1. Pengertian Pernafasan.

Pernafasan (respirasi) adalah peristiwa menghirup udara dari luar yang mengandung (oksigen) ke dalam tubuh serta menghembuskan udara yang banyak mengandung CO₂(karbondioksida) sebagai sisa dari oksidasi keluar dari tubuh. Penghisapan udara ini disebut inspirasi dan menghembuskan disebut ekspirasi. Jadi, dalam paru-paru terjadi pertukaran zat antara dan oksigen ditarik dari udara masuk ke dalam darah dan CO₂ akan dikeluarkan dari darah secara osmose. Seterusnya CO₂ akan dikeluarkan melalui tractus respiratorius(jalan pernafasan) dan masuk ke dalam tubuh melalui kapiler –kapiler vena pulmonalis kemudian masuk ke serambi kiri jantung (atrium sinistra) kemudian ke aorta keseluruh tubuh disini terjadi oksidasi sebagai ampas dari pembakaran adalah CO₂ dan zat ini dikeluarkan melalui peredaran darah vena masuk ke jantung, ke bilik kanan,dan dari sini keluar melalui arteri pulmonalis ke jaringan-jaringan paru-paru akhirnya dikeluarkan menembus lapisan epitel dari alveoli. Proses pengeluaran CO₂ ini adalah sebagian dari sisa metabolisme sedangkan sisa dari metabolisme lainnya akan dikeluarkan melalui traktus urogenitalis, dan kulit.

2. Fisiologi Pernafasan

Fungsi paru-paru adalah pertukaran gas oksigen dan karbon dioksida.Pada pernafasan melalui paru-paru atau pernafasan eksterna, oksigen dipungut melalui hidung dan mulut.Pada waktu bernapas, oksigen masuk melalui trakea dan pipa bronkhial ke alveoli, dan dapat erat hubungan dengan darah di dalam kapiler pulmonaris.

Hanya satu lapisan membran , yaitu membran alveoli-kapiler, memisahkan oksigen dari darah. Oksigen menembus membran ini dan dipungut oleh hemoglobin sel darah merah dan dibawa ke jantung.Dari sini, dipompa di dalam arteri ke semua bagian tubuh. Darah

meninggalkan paru-paru pada tekanan oksigen 100 mmHg dan pada tingkat ini hemoglobinnya 95 persen jenuh oksigen.

Di dalam paru-paru, karbon dioksida adalah salah satu hasil buangan metabolisme, menembus membran alveoler-kapiler dari kapiler darah ke alveoli dan setelah melalui pipa bronkhial dan trakhea, dinafaskan keluar melalui hidung dan mulut.

Empat proses yang berhubungan dengan pernafasan pulmoner atau pernafasan eksterna :

- a. Ventilasi pulmoner, atau gerak pernafasan yang menukar udara dalam alveoli dengan udara luar.
- b. Arus darah melalui paru-paru
- c. Distribusi arus udara dan arus darah sedemikian sehingga jumlah tepat dari setiapnya dapat mencapai semua bagian tubuh
- d. Difusi gas yang menembusi membran pemisah alveoli dan kapiler. CO₂ lebih mudah berdifusi daripada oksigen.

Semua proses ini diatur sedemikian sehingga darah yang meninggalkan paru-paru menerima jumlah tepat CO₂ dan O₂. Pada waktu gerak badan lebih banyak darah datang di paru-paru membawa terlalu banyak CO₂ dan terlampau sedikit O₂. Jumlah CO₂ itu tidak dapat dikeluarkan, maka konsentrasinya dalam arteri bertambah. Hal ini merangsang pusat pernapasan dalam otak untuk memperbesar kecepatan dan dalamnya pernapasan. Penambahan ventilasi yang dengan demikian terjadi pengeluaran CO₂ dan memungut lebih banyak O₂.

3. Pernapasan Jaringan Atau Pernapasan Interna

Darah yang telah menjenuhkan hemoglobinnya dengan oksigen (oksihemoglobin) mengitari seluruh tubuh dan mencapai kapiler, dimana darah bergerak sangat lambat. Sel jaringan memungut oksigen dari hemoglobin untuk memungkinkan oksigen berlangsung dan darah menerima sebagai gantinya hasil buangan oksidasi yaitu karbondioksida.

Perubahan- perubahan berikut terjadi dalam komposisi udara dalam alveoli, yang disebabkan pernapasan eksterna dan pernapasan interna atau penapasan jaringan.

Udara (atmosfer) yang dihirup :

Nitrogen : 79 %

Oksigen : 20 %

Karbondioksida : 0-0,4 %

Udara yang masuk alveoli mempunyai suhu dan kelembaban atmosfer.

Udara yang dihembuskan

Nitrogen : 79 %

Oksigen : 16 %

Karbon dioksida : 4-0,4

Udara yang dihembuskan jenuh dengan uap air dan mempunyai suhu yang sama dengan badan (20 persen panas badan hilang untuk pemanasan udara yang dikeluarkan).

Daya Muat Udara oleh Paru-paru

Besarnya daya muat udara oleh paru-paru ialah 4.500 ml sampai 5.000 ml atau 4,5 sampai 5 liter udara. Hanya sebagian kecil dari udara ini, kira-kira 1/10nya atau 500 ml adalah udara pasang surut (tidal air), yaitu yang dihirup masuk dan dihembuskan ke luar pada pernapasan biasa dengan tenang.

Kapasitas tidal. Volume udara yang dapat dicapai masuk dan keluar paru-paru pada penarikan napas dan pengeluaran napas paling kuat, disebut kapasitas vital paru-paru. Diukur dengan alat spirometer. Pada seorang laki-laki, normal 4-5 liter dan pada seorang perempuan 3-4 liter. Kapasitas itu berkurang pada penyakit paru-paru, pada penyakit jantung (yang menimbulkan kongesti paru-paru) dan pada kelemahan otot pernapasan.

E. Kebutuhan tubuh akan oksigen

Dalam banyak keadaan, termasuk yang telah disebut, oksigen dapat diatur menurut keperluan. Orang tergantung pada oksigen untuk hidupnya, kalau tidak mendapatkannya selama lebih dari empat menit akan menyebabkan kerusakan pada otak yang tak dapat diperbaiki dan biasanya pasien meninggal. Keadaan genting timbul bila misalnya seorang anak menundangi kepala dan mukanya dengan kantong plastik dan menjadi mati lemas. Tetapi bila penyediaan oksigen hanya berkurang, maka pasien menjadi kacau pikiran (menderita anoxia serebralis) Hal ini terjadi pada orang yang bekerja dalam ruangan sempit tertutup seperti dalam ruang kapal, di dalam tank atau ruang ketel uap: oksigen yang ada mereka habiskan dan kalau mereka tidak diberi oksigen untuk bernapas atau tidak dipindahkan ke udara yang normal, maka mereka akan meninggal karena anoxemia atau disingkat anoxia. Istilah lain adalah hipoxemia atau hipoxia.

Bila oksigen di dalam darah tidak mencukupi maka warna merahnya hilang dan berubah menjadi kebiru-biruan, bibir, telinga, lengan dan kaki pasien menjadi kebiru-biruan dan ia disebut menderita sianosis.

Orang yang berusaha bunuh diri dengan memasukkan kepalanya ke dalam oven gas, bukan saja terkena anoxia tetapi ia juga menghirup karbon monoksida yang bersifat racun dan yang segera bergabung dengan hemoglobin sel darah merah, menyingkirkan isi normal oksigen. Dalam hal ini, bibir tidak kebiru-biruan, melainkan merah ceri yang khas. Pengobatan yang diperlukan adalah pengisapan dan pemberian oksigen dalam konsentrasi sampai lima kali jumlah oksigen udara atmosfer atau lima atmosfer.

F. Gangguan Distribusi Oksigen ke Jaringan

1. Hipoksia (anoksia) adalah defisiensi oksigen, yaitu kondisi berkurangnya kadar oksigen dibandingkan kadar normalnya secara fisiologis dalam jaringan dan organ.
 - a) Hipoksia dapat terjadi akibat insufisiensi oksigen dalam atmosfer; anemia (insufisiensi sel darah merah); gangguan sirkulasi darah;

penyakit paru, yang mengganggu ventilasi pulmonar; atau keberadaan zat toksik, seperti karbon monoksida atau sianida, didalam tubuh.

- b) Karbon monoksida (CO) adalah zat toksik karena molekul ini berikatan dengan hemoglobin disisi yang sama untuk mengikat oksigen.
2. Hiperkapnia adalah peningkatan kadar CO₂ dalam cairan tubuh dan sering disertai dengan hipoksia.
3. Hipokapnia adalah penurunan kadar CO₂ dalam darah, biasanya terjadi akibat hiperventilasi (pernafasan cepat) dan penghembusan CO₂.
4. Asfisisa atau sufokasi, suatu kondisi hipoksia dan hiperkapnia akibat ketidakcukupan ventilasi pulmonar.
5. Penyakit pulmonar obstruktif menahun (PPOM) adalah kelompok penyakit yang meliputi asma, bronkitis kronik, dan emfisima, juga kelompok penyakit industrial seperti asbestosis, silikosis dan black lung.
6. Kanker Paru (Karsinoma pulmonar) sering dikaitkan dengan perokok tetapi dapat juga terjadi pada orang bukan perokok.
7. Tuberculosis adalah penyakit yang disebabkan bakteri yang dapat mempengaruhi semua jaringan tubuh, tetapi paling umum terlokalisasi dalam paru-paru
8. Pneumonia adalah proses inflamasi infeksius akut yang mengakibatkan alveoli penuh terisi cairan. Penyakit ini dapat disebabkan oleh jamur, bakteri, protozoa, virus atau zat kimia.

G. Langkah – Langkah Yang Harus Diambil Sebelum Memulai Resusitasi Jantung Paru (RJP)

1. Penentuan Tingkat Kesadaran (Respon Korban)
Dilakukan dengan menggoyangkan korban. Bila korban menjawab, maka ABC dalam keadaan baik. Dan bila tidak ada respon, maka perlu ditindaki segera.
2. Memanggil bantuan (call for help)
Bila petugas hanya seorang diri, jangan memulai RJP sebelum memanggil bantuan

3. Posisikan Korban

Korban harus dalam keadaan terlentang pada dasar yang keras (lantai, long board). Bila dalam keadaan telungkup, korban dibalikkan. Bila dalam keadaan trauma, pembalikan dilakukan dengan "Log Roll"

4. Posisi Penolong

Korban di lantai, penolong berlutut di sisi kanan korban

5. Pemeriksaan Pernafasan

Yang pertama harus selalu dipastikan adalah airway dalam keadaan baik

- Tidak terlihat gerakan otot napas
- Tidak ada aliran udara via hidung

Dapat dilakukan dengan menggunakan teknik lihat, dengan dan rasa

Bila korban bernapas, korban tidak memerlukan RJP

6. Pemeriksaan Sirkulasi

Pada orang dewasa tidak ada denyut nadi carotis. Pada bayi dan anak kecil tidak ada denyut nadi brachialis. Tidak ada tanda – tanda sirkulasi. Bila ada pulsasi dan korban bernapas, napas buatan dapat dihentikan. Tetapi bila ada pulsasi dan korban tidak bernapas, napas buatan diteruskan. Dan bila tidak ada pulsasi, dilakukan RJP.

H. Langkah–Langkah Resusitasi Jantung Paru (RJP)

1. Prosedur Dasar

Setiap tahap ABC pada RJP diawali dengan fase penilaian :

- a. Penilaian respons
- b. Pernafasan, dan
- c. Nadi

Penilaian respons

Setelah memastikan keadaan aman, maka penolong yang tiba ditempat kejadian harus segera melakukan penilaian dini. Lakukan penilaian respons dengan cara menepuk bahu korban dan tanyakan dengan suara lantang

Aktifkan sistem SPGDT

- Di beberapa daerah yang Sistem Penanganan Gawat Darurat Terpadunya sudah berjalan dengan baik, penolong dapat meminta bantuan dengan nomor akses yang ada
- Bila penolong adalah tim dari sistem SPGDT maka tidak perlu mengaktifkan sistem tersebut. Prinsipnya adalah saat menentukan korban tidak respons maka ini harus dilaporkan untuk memperoleh bantuan

2. A (Airway) = Jalan Nafas

a. Membebaskan Jalan Nafas

Bila tidak ditemukan respons pada korban maka langkah selanjutnya adalah penolong menilai pernafasan korban apakah cukup adekuat? Untuk menilainya maka korban harus dibaringkan terlentang dengan jalan nafas terbuka.

Lidah paling sering menyebabkan sumbatan jalan nafas pada kasus-kasus korban dewasa tidak ada respons, karena pada saat korban kehilangan kesadaran otot-otot akan menjadi lemas termasuk otot dasar lidah yang akan jatuh ke belakang sehingga jalan nafas jadi tertutup. Penyebab lainnya adalah adanya benda asing terutama pada bayi dan anak.

Penguasaan jalan nafas merupakan prioritas pada semua korban. Prosedurnya sangat bervariasi mulai dari yang sederhana sampai yang paling rumit dan penanganan bedah. Tindakan-tindakan yang lain kecil peluangnya untuk berhasil bila jalan nafas korban masih terganggu.

Beberapa cara untuk membebaskan jalan nafas

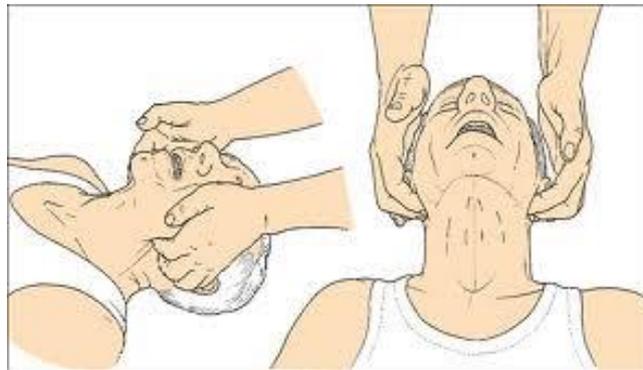
1) *Head Tilt Chinlift* (angkat dagu tekan dahi)

Teknik ini dilakukan pada *korban yang tidak mengalami trauma pada kepala, leher maupun tulang belakang.*



2) Jaw Thrust Maneuver (perasat pendorongan rahang bawah)

Teknik ini digunakan sbg pengganti teknik *Head Tilt Chinlift*. Teknik ini sangat sulit dilakukan tetapi merupakan teknik yang aman untuk membuka jalan nafas bagi korban yang mengalami trauma pada tulang belakang. Dengan teknik ini, kepala dan leher korban dibuat dalam posisi alami / normal.



b. Pemeriksaan Jalan Nafas

- Setelah jalan nafas terbuka, maka periksalah jalan nafas karena terbukanya jalan nafas dengan baik dan bersih sangat diperlukan untuk pernafasan adekuat. Keadaan jalan nafas dapat ditentukan bila korban sadar, respon dan dapat berbicara dengan penolong.
- Perhatikan pengucapannya apakah baik atau terganggu, dan hati-hati memberikan penilaian untuk korban dengan gangguan mental.

- Untuk korban yang disorientasi, merasa mengambang, bingung atau tidak respon harus diwaspadai kemungkinan adanya darah, muntah atau cairan liur berlebihan dalam saluran nafas.

c. Membersihkan Jalan Nafas

1) Posisi pemulihan

Bila korban dapat bernafas dengan baik dan tidak ada kecurigaan adanya cedera leher, tulang punggung atau cedera lainnya yang dapat bertambah parah akibat tindakan ini maka letakkan korban dalam posisi pemulihan (posisi miring mantap).

Posisi ini berguna untuk mencegah sumbatan dan jika ada cairan maka cairan akan mengalir melalui mulut dan tidak masuk ke dalam saluran nafas.

2) Sapuan jari

Teknik ini hanya dilakukan pada penderita yang tidak sadar, penolong menggunakan jarinya untuk membuang benda yang mengganggu jalan nafas.

3. B (Breathing) = Bantuan Nafas

Memberikan bantuan nafas terdiri dari 2 tahap :

- a. Memastikan korban tidak bernafas
- Melihat pergerakan naik turunnya dada
 - Mendengan bunyi nafas
 - Merasakan hembusan nafas korban

Dengan cara : penolong mendekatkan telinga di atas mulut / hidung korban dengan waktu < 10 detik.

- b. Memberikan bantuan nafas

Jika korban tidak bernafas, bantuan nafas dapat diberikan melalui :

- Mulut ke mulut
- Mulut ke hidung

- Mulut ke stoma (lubang yang dibuat pada tenggorokan)
- Hembusan nafas dilakukan sebanyak 2 x hembusan, waktu untuk tiap kali hembusan 1,5–2 detik dengan volume udara yang dihembuskan 500–1000 ml / sampai dada korban terlihat mengembang
- Penolong menarik nafas dalam pada saat akan menghembuskan nafas agar tercapai volume udara yang cukup
- Penolong harus memperhatikan respon korban setelah diberikan bantuan nafas

Mulut ke mulut

- ❑ Cara yang tepat dan efektif untuk memberikan udara ke paru-paru
- ❑ Pada saat dilakukan hembusan nafas dari mulut ke mulut, penolong harus mengambil nafas dalam terlebih dahulu dan menutup seluruh mulut korban serta lubang hidung korban dengan ibu jari dan jari telunjuk agar tidak terjadi kebocoran dan mencegah udara keluar kembali
- ❑ Volume udara yang diberikan pada orang dewasa : 500–1000 ml (6–8 ml/kgBB). Volume udara yang berlebihan dan laju inspirasi yang terlalu cepat dapat menyebabkan udara memasuki lambung, sehingga terjadi distensi lambung



Memberikan bantuan nafas mulut ke mulut

Bahaya bagi penolong yang melakukan bantuan pernafasan dari mulut ke mulut :

- ✓ Penyebaran penyakit
- ✓ Kontaminasi bahan kimia
- ✓ Muntahan penderita

Mulut ke hidung

- Teknik ini direkomendasikan jika usaha ventilasi dari mulut korban tidak memungkinkan, misalnya : mulut korban mengalami luka yang berat
- Pada saat dilakukan hembusan nafas dari mulut ke hidung, penolong harus menutup mulut korban

Mulut ke stoma

- Korban yang mempunyai *laringotomi*, mempunyai lubang (stoma) yang menghubungkan trakea langsung ke kulit
- Bila korban mengalami kesulitan pernafasan maka harus dilakukan ventilasi dari mulut ke stoma

Beberapa tanda–tanda pernafasan :

1. Adekuat (mencukupi)
 - Dada dan perut bergerak naik turun seirama dengan pernafasan
 - Udara terdengar dan terasa saat keluar dari mulut / hidung
 - Korban tampak nyaman
 - Frekuensinya cukup (12–20 x/menit)
2. Kurang adekuat (kurang mencukupi)
 - Gerakan dada kurang baik
 - Sianosis (kulit kebiruan)
 - Frekuensi kurang atau berlebihan
3. Tidak bernafas
 - Tidak ada gerakan dada dan perut
 - Tidak terdengar aliran udara melalui mulut / hidung

- Tidak terasa hembusan nafas dari mulut / hidung

4. C (Circulation) = Bantuan Sirkulasi

Bantuan sirkulasi terdiri dari 2 tahap :

1. Memastikan ada tidaknya denyut jantung

Ada tidaknya denyut jantung korban dapat ditentukan dengan meraba **arteri karotis** di daerah leher dengan 2 atau 3 jari (jari telunjuk dan jari tengah) pada pertengahan leher (trakea), kemudian kedua jari digeser ke bagian sisi kanan 1–2 cm, raba dengan lembut selama < 10 detik.

Jika teraba denyutan nadi, penolong harus kembali memeriksa pernafasan korban dengan melakukan **manuver tengadah topang dagu** untuk menilai pernafasan korban :

- ✓ Jika tidak bernafas, lakukan bantuan pernafasan
- ✓ Jika bernafas, pertahankan jalan nafas

2. Kompresi jantung luar

Jika telah dipastikan tidak adanya denyut jantung, selanjutnya diberikan bantuan sirkulasi (kompresi jantung luar) dengan teknik :

- Letakkan kedua telapak tangan dengan cara saling menumpuk, satu pangkal telapak tangan diletakkan ditengah tulang sternum dan telapak tangan yang satunya diletakkan diatas telapak tangan yang pertama dengan jari–jari saling mengunci. Hindari jari–jari tangan menyentuh dinding dada korban, jari–jari tangan dapat diluruskan / menyilang.
- Dengan posisi badan tegak lurus, penolong menekan dinding dada korban dengan tenaga dari berat badannya secara teratur sebanyak 30 x dengan kedalaman penekanan 2 inci / 5 cm.
- Tekanan pada dada harus dilepaskan keseluruhan dan dada dibiarkan mengembang kembali ke posisi semula setiap kali melakukan kompresi dada. Selang waktu yang dipergunakan untuk

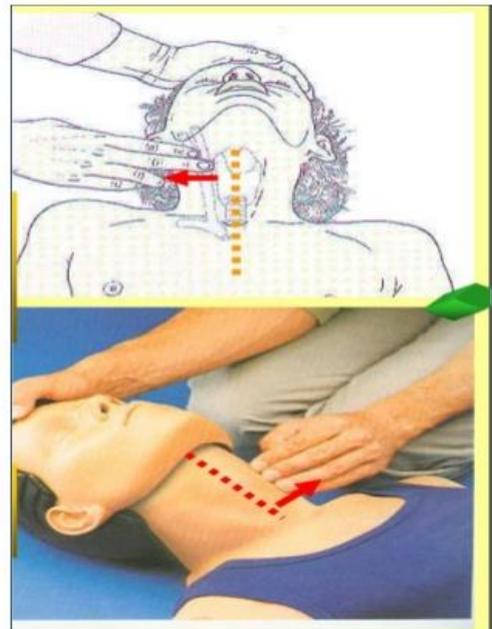
melepaskan kompresi harus sama dengan pada saat melakukan kompresi.

- Tangan tidak boleh lepas dari permukaan dada atau merubah posisi tangan pada saat melepaskan kompresi.
- Rasio bantuan sirkulasi dan pemberian nafas 30 : 2, dilakukan oleh 1 atau 2 penolong (dilakukan 5 siklus per menit), kemudian dinilai apakah perlu dilakukan siklus berikutnya atau tidak

TEKNIK RESUSITASI JANTUNG PARU (RJP)

Periksa nadi

- Pengecekan sirkulasi pada orang dewasa dilakukan pd nadi karotis
- Lakukan dengan cepat 5 – 10 detik
- Jika tidak teraba segera lakukan pijatan jantung \pm 100x/menit
- RJP pada dewasa dilakukan dgn rasio 30 : 2 oleh 1 atau 2 penolong
- Pada anak dilakukan di nadi karotis atau femoralis/lipat paha. RJP 15 : 2. 2 penolong (HCP), 1 penolong 30 : 2.
- Pada bayi dilakukan pada nadi brachialis/lengan atas. RJP 3 : 1 oleh 1 atau 2 penolong

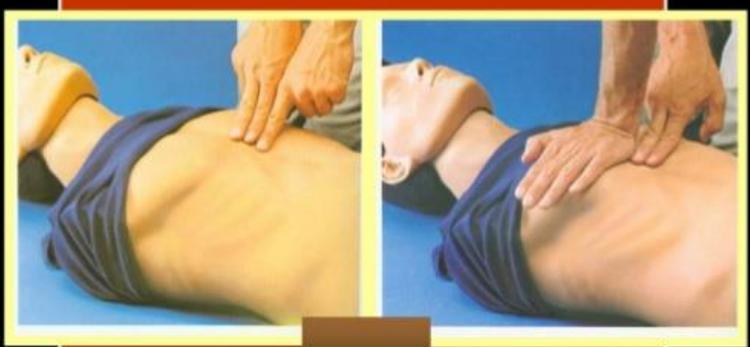


PIJAT JANTUNG
"RIB MARGIN" METHOD



CARA MENENTUKAN
TITIK TUMPU :

TENTUKAN **LOKASI** PIJATAN DENGAN TELUNJUK &
JARI TENGAH MENYUSUR BATAS BAWAH IGA,
SAMPAI TITIK TEMU DENGAN STERNUM



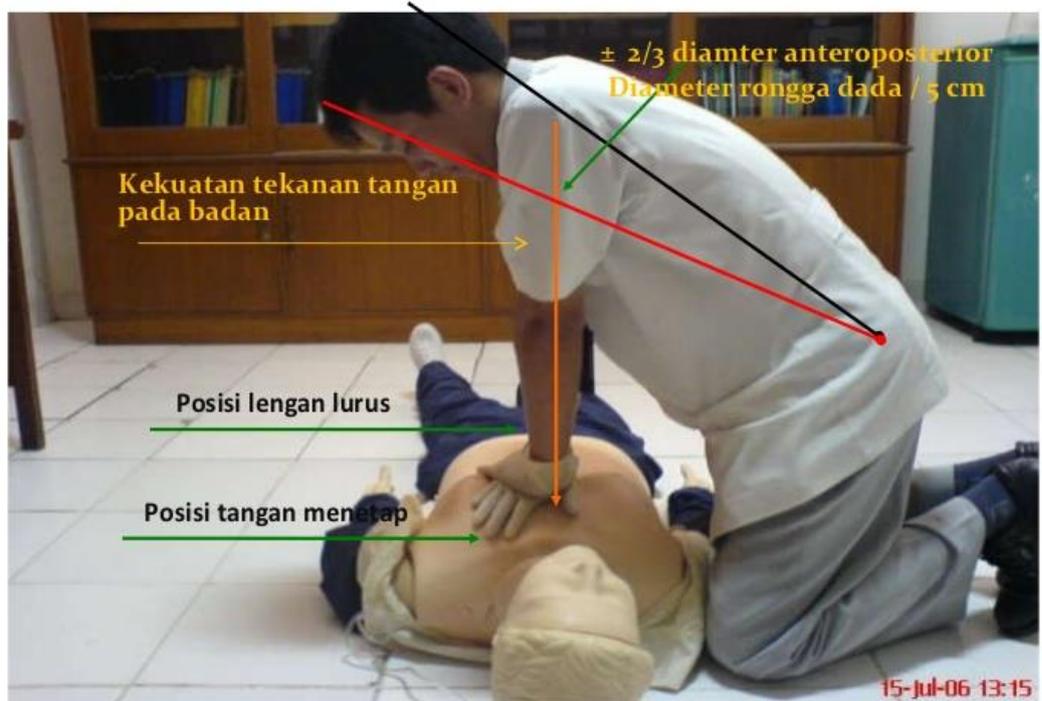
TEMPATKAN TUMIT TANGAN SATUNYADI ATAS
STERNUM, TEPAT DI SAMPING TELUNJUK



CPR Technique

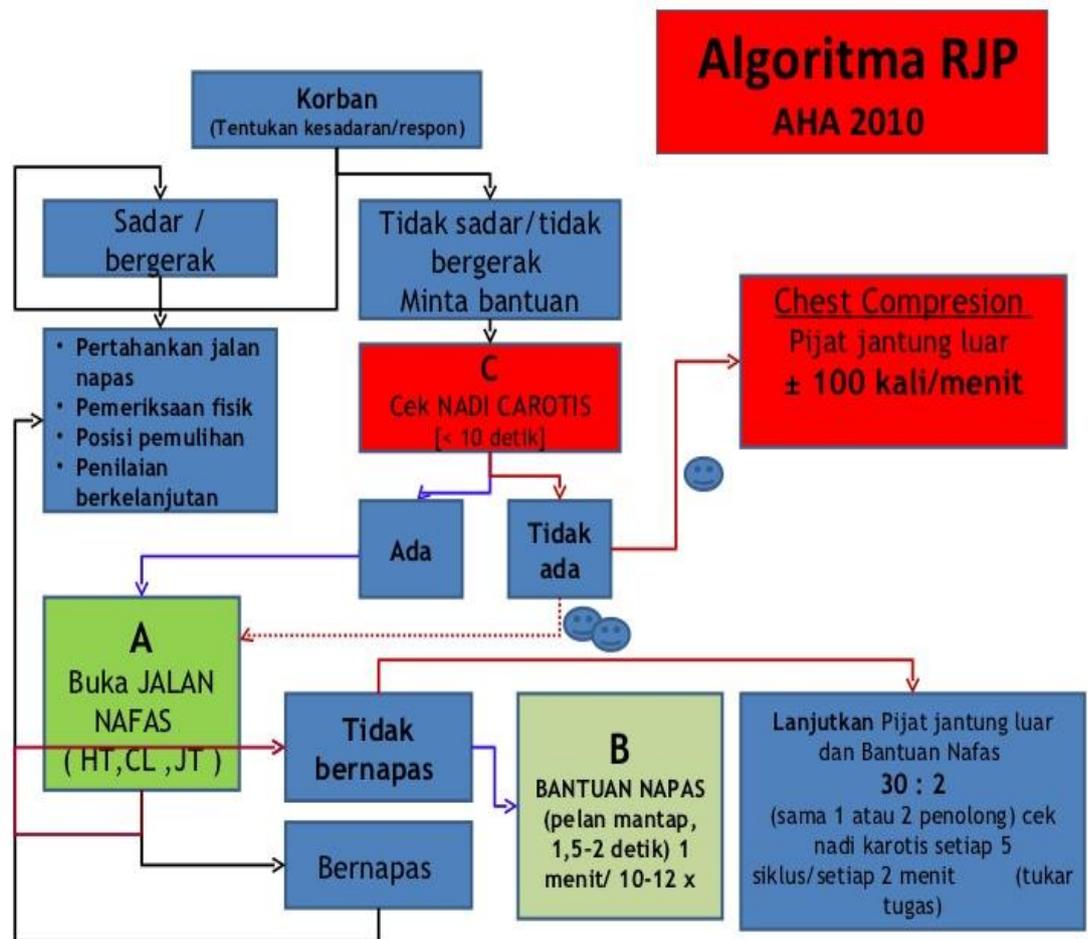
Adult (over 8 years) Child (1 to 8 years) Infant (under 1 year)





Algoritma Sempel BHD Dewasa





Soal Latihan

1. Jelaskan tentang Pengertian Resusitasi Jantung Paru / Bantuan Hidup Dasar!
2. Jelaskan tentang Tujuan Melakukan Resusitasi Jantung Paru!
3. Jelaskan tentang Indikasi Melakukan Resusitasi Jantung Paru!
4. Jelaskan tentang Tanda-Tanda Sumbatan Jalan Nafas!
5. Jelaskan tentang Fisiologi Pernafasan (Respirasi)!
6. Jelaskan tentang Kebutuhan Rubuh Akan Oksigen!
7. Jelaskan tentang Gangguan Distribusi Oksigen ke Jaringan!
8. Jelaskan tentang Langkah-Langkah Yang Harus Diambil Sebelum Melakukan Resusitasi Jantung Paru!
9. Jelaskan tentang Langkah-Langkah Resusitasi Jantung Paru!

DAFTAR TILIK

PENATALAKSANAAN RESUSITASI JANTUNG PARU (RJP)

Beri nilai untuk setiap langkah dengan menggunakan kriteria sebagai berikut :

No	Kriteria	Keterangan
1.	Perlu perbaikan	Langkah–langkah tidak dilakukan dengan benar atau tidak sesuai urutannya atau ada langkah yang tidak dikerjakan
2.	Mampu	Langkah–langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak dilakukan secara efisien
3.	Mahir	Langkah–langkah dilakukan dengan efisien, sesuai dengan urutannya dan tepat

No

**Penuntun Belajar Keterampilan
Penatalaksanaan Resusitasi Jantung Paru (RJP)**

Langkah / Kegiatan

Kriteria

Prosedur Dasar

- 1 Tentukan kesadaran penderita (respon penderita)
. *Lakukan penilaian respon dengan cara menepuk bahu penderita dan tanyakan dengan suara lantang*
- 2 Panggil bantuan / *call for help*
. *Bila petugas sendiri, jangan mulai RJP sebelum memanggil bantuan*
- 3 Buka jalan nafas
. *Petugas harus membuka jalan napas dengan manuver head tilt chin lift (angkat dagu tekan dahi) bila tidak dicurigai ada trauma kepala atau leher. Bila dicurigai adanya trauma*

kepala dan trauma leher buka jalan napas dengan manuver chin lift (tengadah topang dagu) atau jaw thrust (pendorongan rahang bawah) bila ada snoring / ngorok. Pastikan jalan napas dalam keadaan baik

- 4 Lakukan penilaian pernafasan penderita
 - . *Menilai pernafasan penderita dengan mendekatkan pipi dan telinga petugas di depan hidung dan mulut penderita sambil melihat pergerakan dadanya. Pemeriksaan ini dilakukan < 10 detik . Bila ada nafas, penderita tidak memerlukan RJP*
- 5 Lakukan penilaian nadi penderita
 - . *Menilai pernafasan penderita dengan memeriksa nadi karotis dengan waktu < 10 detik*

Teknik Resusitasi Jantung Paru

- 6 Atur posisi penderita
 - . *Penderita dalam keadaan terlentang pada dasar yang keras, bila perlu penderita dipindah ke lantai*
- 7 Berikan bantuan pernafasan sebanyak 2 kali dengan waktu tiap kali hembusan 1,5–2 detik
 - . *Bantuan pernafasan dapat diberikan melalui mulut ke mulut, mulut ke hidung dan mulut ke stoma*
- 8 Petugas menarik nafas dalam agar tercapai volume udara yang cukup
- 9
 - Bila pernafasan diberikan melalui mulut ke mulut
 - . Bibir petugas ditempelkan ke bibir penderita yang terbuka dengan erat sambil menutup kedua lubang hidung penderita dengan cara memencetnya
 - Bila pernafasan diberikan melalui mulut ke hidung
 - . Bibir petugas dihembuskan ke hidung penderita sambil menutup mulut pasien
 - Bila pernafasan diberikan melalui mulut ke stoma

Petugas menghembuskan nafas melalui lubang (stoma) yang menghubungkan trakea langsung ke kulit

1 Lakukan hembusan nafas sampai dada penderita terlihat
0 mengembang

.

1 Berikan bantuan sirkulasi (kompresi jantung luar) sebanyak
1 30 kali

.

1 Letakkan kedua telapak tangan dgn cara saling menumpuk,
2 satu pangkal telapak tangan diletakkan ditengah tulang
. sternum dan telapak tangan yg satunya diletakkan diatas
telapak tangan yg pertama dgn jari-jari saling mengunci
*Hindari jari-jari tangan menyentuh dinding dada korban,
jari-jari tangan dpt diluruskan / menyilang*

1 Dengan posisi badan tegak lurus, petugas menekan dinding
3 dada penderita dengan tenaga dari berat badannya secara
. teratur sebanyak 30 kali dengan kedalaman penekanan 2 inci
/ 5 cm

1 Tekanan pada dada harus dilepaskan keseluruhan dan dada
4 dibiarkan mengembang kembali ke posisi semula setiap kali
. melakukan kompresi dada

*Selang waktu yang dipergunakan untuk melepaskan kompresi
harus sama dengan pada saat melakukan kompresi*

*Tangan tidak boleh lepas dari permukaan dada atau
merubah posisi tangan pada saat melepaskan kompresi*

1 Lakukan rasio bantuan sirkulasi dan pemberian nafas 30 : 2
5 (1 siklus) sebanyak 5 siklus per menit

.

1 Lakukan evaluasi pernafasan dan nadi penderita untuk
6 menilai perlunya dilakukan siklus berikutnya atau tidak

.

$$\text{Penilaian} : \left(\frac{\text{Jumlah tindakan x Skala}}{48} \right) \times 100 \% = \text{Nilai}$$

BAB IX

ASUHAN PADA KLIEN DENGAN MASALAH KEHILANGAN DAN KEMATIAN

STANDAR KOMPETENSI:

Mahasiswa mampu memahami tentang asuhan pada klien dengan masalah kehilangan dan kematian

KOMPETENSI DASAR:

1. Menjelaskan kehilangan dan berduka
2. Menjelaskan tindakan pada pasien menghadapi kehilangan dan berduka
3. Menjelaskan sekarat dan kematian
4. Menjelaskan perubahan tubuh setelah kematian
5. Menjelaskan perawatan pada jenazah
6. Menjelaskan perawatan jenazah yang akan diotopsi
7. Menjelaskan perawatan terhadap keluarga

A. KONSEP KEHILANGAN (LOSS) DAN BERDUKA (GRIEVING)

Kehilangan dan berduka merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia. Setiap manusia yang lahir pasti akan mati, dan kematian seseorang dapat memunculkan rasa kehilangan dan duka pada kerabat atau orang-orang di sekitarnya. Proses kehilangan dan berduka secara erat melibatkan emosi manusia. Tenaga kesehatan memiliki peran penting saat akan klien yang sedang mengalami kehilangan dan berduka. Hal ini tidak bias dipungkiri karena pekerjaan petugas kesehatan berhubungan dengan pasien yang sembuh atau meninggal dunia, sehingga petugas kesehatan akan

mengetahui keluarga maupun kerabat pasien yang mengalami kehilangan atau berduka. Maka dari itu mekanisme petugas kesehatan atau perawat mengatasi kehilangan dan berduka perlu diperhatikan. Menurut Potter dan Perry (2005), mekanisme coping atau mengatasi masalah kehilangan atau berduka yang dilakukan oleh perawat akan berbeda-beda sesuai dengan pengalaman dan perasaan pribadi atau nilai-nilai tentang kehilangan yang perawat tersebut yakini.

1. Kehilangan (Loss)

Kehilangan merupakan hal yang pasti dialami oleh semua orang. Kehilangan dapat didefinisikan sebagai proses berpisahnya seseorang dengan orang lainnya atau dengan sesuatu baik sebagian maupun secara keseluruhan. Seseorang yang mengalami kehilangan akan merasakan kekurangan, seseorang atau sesuatu yang sebelumnya ada menjadi tidak ada. Seberapa besar perasaan kehilangan bergantung pada beberapa factor seperti nilai spiritual yang diyakini, lingkungan, dan kondisi psikologi seseorang. Orang dengan nilai spiritual yang tinggi dapat menganggap bahwa kehilangan merupakan proses yang pasti akan terjadi sehingga perasaan atau emosi sedih yang berlebihan akan dihindari. Lingkungan sekitar seperti keluarga, teman serta kerabat dapat menjadi factor yang meringankan dampak kehilangan. Sementara factor psikologis juga dapat menentukan bagaimana seseorang menerima proses kehilangan.

a. Jenis Kehilangan Berdasarkan Subjektivitas Perasaan

1) Kehilangan yang Nyata dan Dapat Dirasakan

Kehilangan nyata merupakan kehilangan yang dapat secara mudah diketahui oleh orang lain. Kehilangan ini dapat dilihat, diraba atau dirasakan. Sebagai contoh adalah kehilangan orang yang disayangi, kehilangan anggota tubuh, atau kehilangan pekerjaan.

2) Kehilangan Persepsi

Kehilangan persepsi merupakan kehilangan dimana orang lain akan mengalami kesulitan untuk mengidentifikasinya. Sebagai contoh adalah perasaan terisolir karena kehilangan kebebasan.

b. Jenis Kehilangan Berdasarkan Objek

1) Kehilangan Orang Atau Sesuatu yang Dicintai

Kehilangan ini biasanya terjadi saat orang yang berarti seperti keluarga, pasangan, teman dekat dan kerabat pergi. Kehilangan ini juga bias terjadi pada hewan peliharaan yang disayangi atau pekerjaan yang sangat disukai.

2) Kehilangan kehidupan

Kehilangan ini terjadi jika orang-orang di sekitar, orang terdekat atau bahkan diri sendiri meninggal dunia.

3) Kehilangan Aspek Diri

Kehilangan ini terjadi jika bagian dari kita hilang, misalnya kehilangan ingatan, kehilangan pendengaran, kehilangan fungsi organ vital tubuh, kehilangan kepercayaan diri dan sebagainya.

4) Kehilangan Objek Eksternal

Kehilangan ini terjadi jika objek atau barang yang dimiliki hilang dan bisa disebabkan karena pencurian atau bencana alam.

5) Kehilangan Lingkungan Yang Dikenal

Kehilangan ini terjadi jika seseorang terpisah dengan lingkungan dimana dia biasa hidup. Misalnya disebabkan karena pindah rumah.

c. Akibat Kehilangan

Uliyah dan Hidayat (2015) mengategorikan akibat atau dampak kehilangan untuk setiap masa perkembangan yaitu masa anak-anak, masa remaja dan dewasa serta masa tua. Secara lebih rinci, akibat kehilangan tersebut dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Kehilangan yang terjadi pada masa anak-anak akan menghambat kemampuan berkembang, terjadi trauma, atau takut jika ditinggalkan sendirian.

- 2) Kehilangan yang terjadi pada masa remaja atau dewasa akan menyebabkan masalah disintegrasi dalam keluarganya. Remaja akan menarik diri dari interaksi dan kegiatan keluarga.
- 3) Kehilangan yang terjadi pada masa tua akan menyebabkan hilangnya semangat hidup terlebih jika terjadi kematian atau kepergian pada pasangan hidupnya.

2. Berduka (Grieving)

Berduka merupakan respon emosional yang diakibatkan oleh adanya kehilangan. Reaksi atau respon emosional ini dapat berupa perasaan sedih, menangis, tidak tenang, sulit tidur dan sebagainya. Proses berduka setiap orang akan berbeda-beda ditentukan oleh banyak factor seperti halnya pada kehilangan. Faktor tersebut diantaranya adalah keyakinan spiritual, pengalaman pribadi atau keadaan social budaya. Selain berduka, proses kehilangan juga akan melibatkan proses berkabung (mourning). Berkabung merupakan proses seseorang menerima bahwa sesuatu atau seseorang telah hilang atau telah tiada di kehidupan mereka. Proses berkabung juga akan dipengaruhi oleh factor-faktor yang kurang lebih sama dengan berduka.

a. Jenis – Jenis Berduka.

1) Berduka Normal

Berduka normal terjadi apabila proses berduka yang dilalui seperti yang tercermin pada perilaku atau perasaan masih berada pada batas normal. Misalnya: dengan merasa sedih, marah menangis atau menyendiri.

2) Berduka Antisipatif

Berduka antisipatif adalah berduka untuk mengantisipasi kehilangan atau kematian yang sebenarnya belum terjadi. Hal ini biasanya terjadi jika mengetahui seseorang sudah berada pada keadaan akhir, misalnya koma atau sakit stadium akhir.

3) Berduka Rumit

Berduka rumit terjadi jika proses berduka dan berkabung tidak kunjung selesai. Orang-Orang ini mengalami kesulitan untuk kembali pada kehidupan normal.

4) Berduka Tertutup

Berduka tertutup merupakan proses berduka yang tidak ingin diekspos atau tidak ingin ditunjukkan pada orang lain. Misalnya jika seseorang kehilangan pasangannya akibat penyakit AIDS.

b. Proses Berduka

Kubler – Rose (dalam Potter dan Perry, 1997) menjelaskan bahwa seseorang yang berduka akan melalui 5 tahap yaitu:

1) Penyangkalan (Denial)

Pada tahap ini seseorang akan mengalami shock dan tidak percaya bahwa dia akan atau sudah mengalami kehilangan. Orang tersebut akan menyangkal kenyataan yang ada dan mengalami gangguan seperti gelisah, pucat, lesu, lemah, menangis atau bingung.

2) Kemarahan (Anger)

Setelah melakukan penyangkalan, biasanya orang tersebut akan marah terhadap orang lain atau bahkan terhadap dirinya sendiri. Hal ini merupakan respons penolakan akan adanya kehilangan. Orang tersebut akan marah-marah, berbicara kasar atau menuduh orang-orang atas ketidakmampuan melakukan pengobatan atau perawatan.

3) Tawar – Menawar (Bargain)

Pada tahap ini seseorang seolah-olah akan menawarkan agar dia tidak mengalami kehilangan. Dia akan berfikir jika saja kehilangan tersebut dapat dicegah.

4) Depresi (Depression)

Tahap selanjutnya adalah depresi dimana seseorang akan menjadi pendiam, segan bersosialisasi, putus asa, merasa sendiri dan merasa tidak berarti dalam menjalani kehidupan sehingga terkadang muncul keinginan untuk menyusul seseorang yang sudah tiada. Biasanya orang yang mengalami depresi akan menunjukkan gejala sulit tidur atau tidak mau makan.

5) Penerimaan (Acceptance)

Pada tahap ini, seseorang sudah bisa menerima kenyataan bahwa dia telah atau akan kehilangan seseorang. Pikirannya sudah tidak terlalu focus kepada orang yang tiada tersebut dan dapat mamulai kembali aktivitas seperti biasanya.

A. TINDAKAN PADA PASIEN YANG MENGHADAPI KEHILANGAN/BERDUKA

1. Tindakan Pada Pasien yang Berada Pada Tahap Penyangkalan

- a) Mendengarkan pasien yang mau menceritakan perasaannya.
- b) Jika pasien tidak mau bercerita, motivasilah mereka supaya mau mengungkapkan apa yang dirasakannya.
- c) Membesarkan hati pasien untuk selalu bersabar dan menerima kenyataan
- d) Memberikan penjelasan bahwa kehilangan merupakan bagian dari kehidupan dan semua orang pasti akan mengalaminya.
- e) Menjelaskan kepada pasien dengan bahasa yang ringan dan mudah untuk dimengerti.

2. Tindakan Pada Pasien Yang Berada Pada Tahap Kemarahan

- a) Jika pasien mengungkapkan kemarahannya, maka tidak perlu dibalas dengan sikap marah juga.
- b) Menjelaskan kepada keluarga atau orang-orang terdekat pasien bahwa kemarahan tersebut normal dan berada pada tahap berduka.

- c) Mendengarkan apa yang pasien sampaikan dengan sabar.
- d) Jika pasien menangis, maka biarkan mereka mempunyai waktu untuk menangis.
- e) Mendorong keluarga dan orang-orang terdekat pasien sebagai system pendukung yang baik.

3. Tindakan Pada Pasien Yang Berada Pada Tahap Tawar-Menawar

- a) Menengarkan apa yang pasien sampaikan dengan sabar.
- b) Membantu pasien mengungkapkan perasaannya termasuk jika pasien merasa bersalah pada dirinya sendiri.
- c) Jika pasien menyalahkan orang lain, misalnya petugas kesehatan atau orang lain, maka pasien diberi tahu bahwa mereka hanya melakukan hal sesuai kemampuan mereka.

4. Tindakan Pada Pasien Yang Berada Pada Tahap Depresi

- a) Mendengarkan dan menghargai perasaan yang diungkapkan oleh pasien.
- b) Memberikan dukungan secara positif
- c) Melepaskan pikiran yang membebani pasien dengan membiarkan mereka menangis.
- d) Memotivasi pasien untuk kembali ke kehidupan nyata.
- e) Menjelaskan kepada pasien bahwa mereka masih memiliki system pendukung yang baik disekitar mereka.
- f) Mencegah pasien melakukan hal-hal yang membahayakan diri mereka seperti bunuh diri.
- g) Jika pasien mempunyai keinginan untuk melakukan bunuh diri, maka jelaskan bahwa bunuh diri bukan merupakan cara penyelesaian masalah kehilangan yang baik.

5. Tindakan Pada Pasien Yang Berada Pada Tahap Penerimaan

- a) Membantu system pendukung pasien seperti keluarga dan orang-orang terdekat pasien dalam membesarkan hati pasien.
- b) Jika keluarga pasien ingin mengungkapkan perasaan mereka, maka dengarkan dengan baik dan bekerjasamalah untuk mendukung pasien.
- c) Membantu pasien untuk merencanakan hal apa yang akan dilakukan setelah masa berkabung selesai.

6. Hal yang Perlu Dilakukan Bagi Orang Yang Sedang Sakit

- a) Bagi yang sakit hendaknya rela dengan apa yang menimpanya dan harus sabar menghadapinya.
- b) Orang yang sakit juga harus takut dengan dosa-dosanya yang selama ini dilakukan dan penuh harap agar Allah memberikan rahmat kepadanya. Bagaimanapun sakitnya, seseorang tidak boleh berharap agar segera mati.
- c) Kalau ada kewajiban yang harus ditunaikan hendaknya segera ditunaikan, tetapi kalau belum ditunaikan segera diwasiatkan.

B. KONSEP SEKARAT (DYING) DAN KEMATIAN (DEATH)

Sekarat adalah keadaan dimana harapan untuk hidup pasien sangatlah kecil. Sementara kematian adalah keadaan dimana fungsi system dan organ tubuh manusia seperti pernafasan, tekanan darah, denyut jantung dan stimulus terhenti. Tahapan-tahapan pada sekarat dan kematian sama dengan tahapan berduka yaitu terdiri dari penyangkalan, kemarahan, tawar-menawar, depresi dan penerimaan.

Orang yang sudah mati akan mengalami perubahan tubuh. Perubahan tersebut diantaranya adalah badan menjadi kaku dan dingin secara perlahan. Badan menjadi kaku dalam waktu 2-4 jam setelah orang dinyatakan meninggal. Selain itu, kematian juga akan mengundang banyak bakteri ke tubuh manusia.

Dalam hal menghadapi orang yang menjelang ajal (sakaratul maut), Nabi Saw. menganjurkan kepada orang-orang Islam di sekitarnya untuk melakukan hal-hal sebagai berikut:

1. Menengoknya dengan memberikan nasihat-nasihat terbaik bagi si sakit dan memberi semangat kepadanya.
2. Menganjurkan untuk selalu bersabar dan selalu berbaik sangka kepada Allah.
3. Menganjurkan si sakit untuk menghindari hal-hal yang dapat merusak kemurnian tauhid.
4. Berdoa untuk si sakit.
5. Menalqin (menuntun seseorang yang akan meninggal dunia untuk mengucapkan kalimat syahadat Laa ilaa ha illallah) si sakit dengan bacaan syahadat agar dapat mengakhiri hidupnya dengan baik (*husnul khatimah*).
6. Menghadapkan si sakit ke arah kiblat.

C. PERAWATAN JENAZAH

Perawatan jenazah bertujuan untuk menghormati pasien dan memberikan perasaan nyaman terhadap keluarga yang ditinggalkan. Disamping itu, perawatan jenazah merupakan tindakan medis untuk menghambat aktifitas kuman, melakukan pemberian bahan kimia tertentu pada jenazah untuk menghambat pembusukan dan mencegah penularan kuman atau bibit penyakit ke sekitarnya serta menjaga penampilan luar jenazah supaya tetap mirip dengan kondisi sewaktu hidup.

Perawatan jenazah dapat dilakukan langsung pada kematian wajar, akan tetapi pada kematian tidak wajar pengawetan jenazah baru boleh dilakukan setelah pemeriksaan jenazah atau otopsi dilakukan. Perawatan jenazah perlu dilakukan pada keadaan adanya penundaan penguburan atau kremasi lebih dari 24 jam. Hal ini penting karena di Indonesia yang beriklim tropis dalam 24 jam mayat sudah mulai membusuk mengeluarkan bau dan cairan pembusukan yang dapat

mencemari lingkungan sekitarnya. Mekanisme pembusukan disebabkan oleh otorisis yakni tubuh mempunyai enzim yang setelah mati dapat merusak tubuh sendiri.

Perawatan jenazah dapat dilakukan karena ditundanya penguburan/kremasi, misalnya untuk menunggu kerabat yang tinggal jauh diluar kota/diluar negri. Pada kematian yang terjadi jauh dari tempat asalnya terkadang perlu dilakukan pengangkutan atau perpindahan jenazah dari suatu tempat ketempat lainnya. Pada keadaan ini, diperlukan pengawetan jenazah untuk mencegah pembusukan dan penyebaran kuman dari jenazah ke lingkungannya.

Jenazah yang meninggal akibat penyakit menular akan cepat membusuk dan potensial menular petugas kamar jenazah. Keluarga serta orang-orang disekitarnya. Pada kasus semacam ini, kalau pun penguburan atau kremasinya akan segera dilakukan tetap dilakukan perawatan jenazah untuk mencegah penularan kuman atau bibit penyakit disekitarnya.

Perawatan jenazah penderita penyakit menular dilaksanakan dengan selalu menerapkan kewaspadaan universal tanpa mengakibatkan tradisi budaya dan agama yang dianut keluarganya. Setiap petugas kesehatan terutama perawat harus dapat menasihati keluarga dan mengambil tindakan yang sesuai agar penanganan jenazah tidak menambah risiko penularan penyakit seperti halnya hepatitis/B, AIDS, Kolera dan sebagainya. Tradisi yang berkaitan dengan perlakuan terhadap jenazah tersebut dapat diizinkan dengan memperhatikan hal yang telah disebut diatas, seperti misalnya mencium jenazah sebagai bagian dari upacara penguburan.

Ketika akan memandikan jenazah dengan riwayat penyakit menular, masyarakat harus menggunakan alat pelindung diri sederhana, yaitu berupa sarung tangan, masker dan apron, agar air jenazah tidak terciprat. Jenazah yang memiliki penyakit menular idealnya harus disuntik Formalin terlebih dahulu, sebelum dibawa pulang pihak keluarga untuk

kemudian dimakamkan. Karena dengan Formalin, semua virus ataupun bakteri yang ada pada jenazah akan mati. Jadi meminimalisasi penularan.

Selain pemberian Formalin pada jenazah, sebaiknya pada lubang dan luka yang terdapat di jenazah ditutup dengan kapas dan handsaplas anti air. Jika masih ragu, walaupun sudah diberi Formalin, keluarga bisa memberi kapas pada lubang telinga, lubang hidung, anus, dan mata untuk menghindari cairan yang keluar dari tubuh jenazah. Selain itu, jangan lupa menyiapkan cairan Klorin agar bakteri yang ada di bagian luar jenazah benar – benar mati. Siapkan cairan Klorin juga untuk dibasuhkan ke seluruh tubuh jenazah agar bakteri dari penyakitnya benar – benar mati.

Hal-hal yang harus dilakukan terhadap orang yang sudah meninggal adalah sebagai berikut:

1. Segera memejamkan mata si mayat dan mendoakannya.
2. Menutup seluruh badan si mayat dengan pakaian (kain) selain pakaiannya, kecuali bagi mayat yang sedang berihram.
3. Menyegerakan pengurusan mayat mulai dari memandikan, mengkafani (membungkus), menshalatkan hingga menguburkannya.
4. Sebagian dari keluarganya juga hendaknya segera menyelesaikan hutang hutang si mayat.

Berikut adalah cara melakukan perawatan jenazah:

1. Peralatan dan Perlengkapan
 - a) Sarung tangan
 - b) Apron
 - c) Masker
 - d) Kain penutup tubuh
 - e) Waslap
 - f) Kasa gulung
 - g) Gunting
 - h) Plester
 - i) Baskom dan airnya

- j) Sabun
- k) Kapas dan Pads
- l) Bengkok
- m) Label identifikasi jenazah
- n) Handuk kecil
- o) Tempat pakaian kotor
- p) Peniti jika diperlukan
- q) Sisir
- r) Pakaian bersih atau kain kafan

2. Prosedur Kerja Perawatan Jenazah

- a) Memberitahu keluarga bahwa jenazah akan dibersihkan.
- b) Menyiapkan alat dan mendekatkannya ke jenazah.
- c) Mencuci tangan dan keringkan dengan handuk bersih.
- d) Memakai apron, sarung tangan dan masker
- e) Atur lingkungan sekitar tempat tidur dan atur tempat tidur dalam posisi datar.
- f) Menempatkan jenazah pada posisi anatomis atau Supinasi (Telentang)
- g) Tutup mata jenazah dengan menggunakan kapas yang secara perlahan ditutupkan pada kelopak mata, dan plester jika mata tidak mau menutup.
- h) Melepaskan semua pakaian, peralatan kesehatan yang menempel, semua perhiasan termasuk gigi palsu jika selama hidupnya jenazah menggunakan.
- i) Meletakkan satu bantal dibawah kepala jenazah.
- j) Membersihkan tubuh jenazah dengan waslap dan air bersabun kemudian bersihkan
- k) Melipat tangan diatas abdomen jenazah dan ikat pergelangannya (sesuai dengan kepercayaan jenazah)

- l) Menutup semua lubang tubuh terlihat (hidung dan telinga) dengan kapas
- m) Merapatkan rahang dan mulut kemudian kepalanya diikat dengan meletakkan gulungan handuk kecil dibawah dagu.
- n) Memberikan label identifikasi jenazah berisikan : nama, umur, jenis kelamin, waktu wafat, ruangan, nama dokter, dan lain sebagainya.
- o) Menutup tubuh pasien dengan kain dan menutup bagian kepala dengan kain tipis.
- p) Membereskan dan membersihkan peralatan dan ruangan
- q) Memberikan barang-barang jenazah kepada keluarga
- r) Melepaskan sarung tangan dan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian mengeringkan dengan handuk bersih
- s) Melakukan pendokumentasian

3. PERAWATAN JENAZAH YANG AKAN DIOTOPSI.

- 1. Ikuti prosedur rumah sakit dan jangan lepas alat kesehatan.
- 2. Beri label pada pembungkus jenazah.
- 3. Beri label pada alat protesis yang digunakan.
- 4. Tempatkan jenazah pada lemari pendingin.

4. PERAWATAN TERHADAP KELUARGA.

- 1. Dengarkan ekspresi keluarga.
- 2. Beri kesempatan bagi keluarga untuk bersama dengan jenazah beberapa saat.
- 3. Siapkan ruangan khusus untuk berduka.
- 4. Bantu keluarga untuk membuat keputusan dan perencanaan pada jenazah.
- 5. Beri dukungan jika terjadi disfungsi berduka.

D. MEMANDIKAN JENAZAH

Hukum memandikan mayat bagi orang Muslim yang hidup adalah fardlu kifayah. Yang wajib dimandikan adalah mayat Muslim yang tidak **mati syahid**, yaitu orang yang mati karena dalam pertempuran fi sabilillah melawan orang kafir. Orang yang mati syahid tidak perlu dimandikan. Orang yang memandikan mayat sebaiknya adalah keluarga terdekat dari si mayat, kalau dia tahu cara memandikannya. Apabila mayat itu laki-laki seharusnya yang memandikan juga laki-laki. Apabila mayat itu perempuan yang memandikan juga perempuan. Kecuali untuk anak kecil, maka boleh dimandikan oleh orang yang berlainan jenis kelamin.

Alat-alat yang perlu disediakan untuk memandikan mayit di antaranya adalah:

1. Tempat tidur atau meja dengan ukuran kira-kira tinggi 90 cm, lebar 90 cm, dan panjang 200 cm, untuk meletakkan mayit.
2. Air suci secukupnya di ember atau tempat lainnya (6-8 ember).
3. Gayung secukupnya (4-6 buah).
4. Kendi atau ceret yang diisi air untuk mewudukan mayit.
5. Tabir atau kain untuk menutup tempat memandikan mayit.
6. Gunting untuk melepaskan baju atau pakaian yang sulit dilepas.
7. Sarung tangan untuk dipakai waktu memandikan agar tangan tetap bersih, terutama bila mayitnya berpenyakit menular.
8. Sabun mandi secukupnya, baik padat maupun cair.
9. Sampo untuk membersihkan rambut.
10. Kapur barus yang sudah dihaluskan untuk dicampur dalam air.
11. Kalau ada daun bidara juga bagus untuk dicampur dengan air.
12. Tusuk gigi atau tangkai padi untuk membersihkan kuku mayit dengan pelan.
13. Kapas untuk membersihkan bagian tubuh mayit yang halus, seperti mata, hidung, telinga, dan bibir. Kapas ini juga bisa digunakan untuk menutup anggota badan mayit yang mengeluarkan cairan atau darah, seperti lubang hidung, telinga, dan sebagainya.

Adapun cara memandikan jenazah secara singkat dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Menaruh mayat di tempat yang tinggi supaya memudahkan mengalirnya air yang telah disiramkan ke tubuh mayat.
2. Melepaskan pakaian mayat lalu ditutup dengan kain agar auratnya tidak terlihat, kecuali anak kecil.
3. Orang yang memandikan mayat hendaknya menggunakan sarung tangan, terutama ketika menggosok aurat si mayat.
4. Mengurut perut si mayat dengan pelan untuk mengeluarkan kotorankotoran yang ada dalam perutnya, kecuali perut perempuan yang hamil.
5. Memulai membasuh anggota badan si mayat sebelah kanan dan anggota tempat wudlu.
6. Membasuh seluruh tubuh si mayat dengan rata tiga kali, lima kali, tujuh kali, atau lebih dengan bilangan ganjil. Di antaranya dicampur dengan daun bidara atau yang sejenisnya yang dapat menghilangkan kotoran-kotoran di badan mayat, seperti sabun,sampo, dan sebagainya.
7. Menyiram mayit berulang-ulang hingga rata dan bersih dengan jumlah ganjil. Waktu menyiram tutuplah lubang-lubang tubuh mayit agar tidak kemasukan air.
8. Jangan lupa membersihkan rongga mulut mayit, lubang hidung, lubang telinga, kukunya, dan sebagainya.
9. Yang terakhir, siramlah dengan larutan kapur barus atau cendana.
10. Untuk mayat perempuan setelah rambutnya diurai dan dimandikan hendaknya dikeringkan dengan semacam handuk lalu dikelabang menjadi tiga, satu di kiri, satu di kanan, dan satu di ubun-ubun, lalu ketiga-tiganya dilepas ke belakang.
11. Setelah selesai dimandikan, badan mayat kemudian dikeringkan dengan semacam handuk.

Di samping hal-hal di atas ada hal-hal penting yang perlu diperhatikan terkait dengan memandikan jenazah, di antaranya adalah sebagai berikut:

1. Tidak ada perintah yang jelas tentang mewudukan mayit sebelum memandikannya. Yang ada adalah dalam memandikan mayit hendaknya mendahulukan bagian yang kanan dan anggota-anggota wudu.
2. Dalam keadaan tertentu mayit dapat ditayamumkan, seperti a) bila tidak ada air, b) bila jasadnya akan rusak kalau kena air, dan c) bila mayit perempuan tidak mempunyai suami dan tidak ada orang perempuan lain di sekitarnya.
3. Jika keluar najis dari tubuh mayit setelah dimandikan, maka najis itu harus dibersihkan dengan mencucinya dan tidak perlu diulang memandikannya, dan jika sudah dikafani, maka tidak perlu dibongkar lagi kafannya untuk dibersihkan.
4. Orang yang selesai memandikan mayit dianjurkan untuk mandi.
5. Orang yang memandikan mayit janganlah membuka rahasia mayit yang merugikan.

Ada hal-hal penting yang harus diperhatikan dalam memandikan mayit yang terkena penyakit rabies atau yang sejenisnya:

1. Mayit hendaknya direndam dulu dengan air yang dicampur rinso atau obat selama 2 jam.
2. Setelah itu mayit disiram dengan air bersih dan disabun selama kira-kira 10 menit lalu dibilas dengan air bersih.
3. Kemudian siramlah mayit dengan air yang dicampur dengan cairan obat seperti lisol, karbol, atau yang sejenisnya. Ukurannya 100 cc (setengah gelas cairan obat) dicampur air satu ember.
4. Yang terakhir siramlah dengan air bersih kemudian dikeringkan.
5. Setelah itu dikafani dengan beberapa rangkap kain kafan. Kapas yang ditempelkan pada persendian hendaknya dicelupkan ke cairan obat.
6. Setelah itu masukkan ke peti dan langsung dihadapkan ke arah kiblat. Tali tali kain kafan tidak perlu dilepas dan dalam peti ditaburi kaporit.
7. Setelah peti ditutup mati lalu dishalatkan.

8. Barang-barang bekas dipakai mayit yang kena rabies hendaknya dimusnahkan (dibakar).
9. Orang yang memandikan mayit yang kena rabies hendaknya memakai sarung tangan, mengenakan kaca mata renang, memakai sepatu laras panjang, dan setelah memandikan tangan dan kakinya dicuci dengan cairan obat seperti lysol, dettol, dan sebagainya.

Soal Latihan

1. Sebutkan jenis kehilangan?
2. Sebutkan jenis berduka?
3. Sebutkan respon berduka?
4. Sebutkan perawatan terhadap keluarga?
5. Sebutkan perawatan jenazah yang diotopsi?

MENDAMPINGI KLIEN SAKARATUL MAUT

Nama Mahasiswa :

NIM :

PETUNJUK

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan memberi tanda check list (√) pada skala dengan kriteria sbb :

1. Perlu Perbaikan : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau tidak
sesuai dengan urutan atau ada langkah yang terlewat
2. Mampu : Langkah dan tugas dikerjakan dengan benar dan berurutan tetapi
peserta masih melakukan dengan lambat atau kurang tepat
3. Mahir : Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar sesuai
dengan urutan
dari daftar tilik

	Komponen yang di uji	Nilai			Ket
	1. Persiapan alat : Baki + alasnya yang berisikan: <ul style="list-style-type: none">▪ Sphynomanometer dan mansetnya▪ Stetoskop				

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Termometer ▪ Jam tangan ▪ Bak instrumen yang berisi: kasa dan pinset ▪ Handuk kecil ▪ Alat tulis ▪ Nierbekken <p>Cara Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memberitahu keluarga tindakan yang akan dilakukan (pendampingan sakaratul maut) 3. Menyiapkan alat/catatan untuk menulis pesan atau amanat, dll 4. Memisahkan pasien dengan pasien yang lain 5. Mengizinkan keluarga untuk mendampingi, pasien tidak boleh ditinggalkan sendiri 6. Membersihkan pasien dari keringat (pasien harus selalu bersih) 7. Mengusahakan lingkungan tenang, berbicara dengan suara lembut dan penuh perhatian, dan tidak tertawa-tawa atau bergurau disekitar pasien 8. Membasahi bibir pasien dengan kasa lembab bila tampak kering, menggunakan pinset 9. Membantu melayani dalam upacara keagamaan 10. Mengobservasi tanda-tanda kehidupan (vital sign) terus-menerus 11. Mencuci tangan dengan sabun dan mengeringkan dengan handuk bersih 				
--	--	--	--	--	--

	12. Melakukan dokumentasi tindakan				
--	------------------------------------	--	--	--	--

Penilaian : (Jumlah tindakan x Skala) X 100 % = Nilai

36

MERAWAT JENAZAH

Nama Mahasiswa :

NIM :

PETUNJUK

Nilailah setiap kinerja langkah yang diamati dengan memberi tanda check list (√) pada skala dengan kriteria sbb :

1. Perlu Perbaikan : Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau tidak sesuai dengan urutan atau ada langkah yang terlewat
2. Mampu : Langkah dan tugas dikerjakan dengan benar dan berurutan Tetapi peserta masih melakukan dengan lambat atau kurang tepat
3. Mahir :Langkah atau tugas dikerjakan dengan benar sesuai dengan urutan dari daftar tilik

	Komponen yang di uji	Nilai			Ket

	<p>1. Persiapan alat :</p> <p>Baki + alasnya yang berisikan:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Celemek/schort▪ Handscoon▪ Kain penutup jenazah▪ Kasa dalam tempatnya▪ Kapas lembab dalam tempatnya▪ Verband▪ Pinset▪ Nierbekken▪ Peralatan yang diperlukan untuk membersihkan jenazah (misalnya baskom, dll)▪ Tempat pakaian kotor▪ Formulir jenazah/surat kematian sesuai peraturan yang berlaku <p>Cara Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none">2. Memberitahu keluarga bahwa jenazah akan dibersihkan3. Menyiapkan alat dan mendekati ke jenazah4. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih5. Memakai celemek6. Menggunakan sarung tangan bila perlu7. Membersihkan jenazah dan mengganti pakaian dengan pakaian bersih atau ditutup8. Meletakkan tangan jenazah menurut agama yang bersangkutan				
--	--	--	--	--	--

	<p>9. Merapatkan kelopak mata dan menutup lobang-lobang pada tubuh (hidung, telinga dll) dengan kasa atau kapas lembab</p> <p>10. Merapatkan mulut dengan cara mengikat dagu ke kepala dengan verband</p> <p>11. Merapatkan kedua kaki, dengan cara kedua pergelangan kaki diikat dengan verband</p> <p>12. Menutup jenazah dengan kain penutup mayat</p> <p>13. Mengisi lengkap formulir jenazah (nama, jenis kelamin, tanggal/jam meninggal, asal ruangan dll)</p> <p>14. Mengikatkan label pada kaki jenazah</p> <p>15. Membawa jenazah ke kamar mayat oleh petugas sesuai peraturan rumah sakit</p> <p>16. Membereskan peralatan</p> <p>17. Melepaskan sarung tangan</p> <p>18. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih</p> <p>2. Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan</p>				
--	---	--	--	--	--

Penilaian : (Jumlah tindakan x Skala) X 100 % = Nilai

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadsyah Ibrahim. Ed : Luka, dalam : syamsuhidajat R, Wim de jong, ed. Buku Ajar Ilmu bedah Ed 2. Jakarta : egc. 2004 : 66-68
- Saefudin Bari, Adriaanszgeorge, Wiknjosastrogulardihanifa, waspodi Djoko, ed. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Ed 1. Jakarta : JNPKKR – POGI 2000 : 45-54
- Karnadiharjowarko. Ed : Penyulit pasca bedah, dalam : Syamsu Hidajat R, Wim de jong, ed. Buku ajar Ilmu Bedah. Ed 2. Jakarta EGC. 2004 : 2893 -303
- Ika Fitria Imelda (2013) Keterampilan Dasar Kebidanan 1. Jakarta: Trans info media
- Alimul Aziz (2006). Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Jakarta : Salemba
- Samba, Nurhayati, 2005 Buku Ajar Praktik Kebidanan. Jakarta EGC
- Sunarsih, Tri (2011). Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan Teori dan aplikasi
- Hidayat, A.A.A dan M. Uliyah, 2009. Keterampilan Dasar Pratik Klinik, Edisi 2, Jakarta, Salemba Medika

Eko Nurul, 2010. *KDPK Kebidanan*, Yogyakarta, Pustaka Rihama

Kusmiyati, Y (2011). *Penuntun Belajar : Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan*. Yogyakarta : Fitramaya.

Uliyah, M (2010). *Keterampilan Dasar Praktik Klinik Untuk Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.

Carpenitto, Lynda Juall, dkk. 2013. *Buku saku Diagnosis Keperawatan Edisi 13*. Jakarta : EGC

Dalami, Ermawati, dkk. 2009. *Buku Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Trans Info Media

Fitria, Nita, dkk. 2013. *Buku Laporan Pendahuluan Tentang Masalah Psikososial*. Jakarta : Salemba Medika.

Mubarak, Wahit Iqbal, dkk. 20010. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar manusia*. Jakarta : EGC

Potter & Perry. 20012. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC.

Stuart, Gail & Sundeen, Sandra. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

BIOGRAFI PENULIS



RIZA FEBRIANTI, Amd.Keb, S.SiT, M.Keb

Dilahirkan di Padang pada tanggal 27 Februari 1985. Lulus SPK Kesdam I/ BB Padang Tahun 2003, kemudian melanjutkan Pendidikan Diploma III Kebidanan di STIKes Lenggogeni Padang dan menjadi Bidan Desa PTT Selama 3 Tahun, kemudian pada tahun 2010 melanjutkan Pendidikan Diploma IV Kebidanan di Poltekes Kemenkes Padang kemudian menjadi Dosen di STIKes YPAK Padang. Pada tahun 2012 penulis melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan Di Universitas Andalas Padang

Setelah menamatkan Pendidikan S2 Kebidanan penulis menjadi Dosen Tetap di STIKes Hang Tuah Pekanbaru Tahun 2018 dan aktif sampai sekarang. Selain aktif mengajar membimbing Laporan Tugas Akhir penulis juga aktif dalam kegiatan Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat



KIKI MEGASARI, Amd.Keb, SKM, M.Kes

Kiki Megasari, Amd Keb., S.K.M, M.Kes., lahir di Pekanbaru pada tanggal 12 Juli 1979. Penulis melanjutkan Pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekkes Dep Kes RI Rangkasbitung – Jawa Barat dan lulus pada tahun 2001. Selesai kuliah penulis bekerja sebagai tenaga pengajar di Universitas Abdurrah Pekanbaru. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di STIKes Hang Tuah Pekanbaru dan lulus pada tahun 2009. Penulis melanjutkan studi S-2 Promosi Kesehatan pada Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada institusi yang sama dan lulus tahun 2014. Penulis adalah dosen pengajar pada Program Studi D-III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Hang Tauh Pekanbaru. Mata Kuliah yang diampu antara lain: Komunikasi dan Konseling dalam Praktik Kebidanan; Gizi Kesehatan Reproduksi; Etikolegal dalam Praktik Kebidanan; Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat; Kesehatan Masyarakat; Asuhan Kebidanan pada Neonatus, Anak, Balita dan Pra Sekolah; Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas. Penulis aktif melakukan pengabdian kepada masyarakat dan riset ilmiah. Hingga buku ini diterbitkan, penulis sudah menerbitkan karya buku bertemakan kebidanan, diantaranya yaitu: Asuhan Kebidanan Nifas Normal; Cara Mudah Menjadi Bidan yang Komunikatif; AIDS pada Asuhan Kebidanan, Buku Ajar Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan.