

MODUL AJAR PRAKTIKUM
“KETERAMPILAN KLINIK PRAKTIK KEBIDANAN II”



Dosen Pengampu

Riza Febrianti, S.SiT, M.Keb

Kiki Megasari, SKM, M.Kes

PRODI DIII KEBIDANAN
STIKes HANG TUAH PEKANBARU

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Modul Pembelajaran Praktik tentang Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan II (KKPK II). Modul Praktik ini disusun berdasarkan materi pokok bahasan mata kuliah Keterampilan Dasar Kebidanan II yang telah disesuaikan dengan kurikulum Program Studi DIII Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru.

Modul Praktik ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan bagi mahasiswa program studi DIII Kebidanan STIKes Hang Tuah. Modul ini penulis persembahkan untuk mendukung perkembangan pendidikan dan menambah ilmu mahasiswa dalam melakukan praktik Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan II.

Akhirnya penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dan memberikan masukan demi tersusunnya Modul Praktik 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 Modul Praktik ini di masa yang akan datang.

Pekanbaru, 12 November 2021

Tim Penyusun

VISI DAN MISI STIKes HANG TUAH PEKANBARU

VISI

Terwujudnya institusi yang unggul dan kompeten dalam penyelenggaraan pendidikan tinggi kesehatan yang berbasis teknologi tepat guna dan mampu bersaing di tingkat nasional dan regional tahun 2036.

MISI

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

VISI DAN MISI PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN

VISI

Menghasilkan Lulusan Ahli Madya Kebidanan yang berempati dalam pelayanan kebidanan dan unggul dalam massage maternal dan neonatal tahun 2028

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan diploma III kebidanan berdasarkan filosofi kebidanan dalam Pelayanan Kebidanan dengan pendekatan teknologi tepat guna sesuai kebutuhan pengguna lulusan
2. Melaksanakan pengembangan pendidikan Program Studi D III Kebidanan melalui penelitian yang berkesinambungan dalam pelayanan kebidanan
3. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pengabdian kepada masyarakat pada Program Studi D III Kebidanan dalam pelayanan kebidanan
4. Menjalinkerjasama dengan berbagai instansi dalam pelayanan kebidanansertaberpartisipasiaktifmelaluiorganisasiprofesi (IBI), Asosiasi Pendidikan Kebidanan Indonesia (AIPKIND).

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
VISI DAN MISI STIKES HANG TUAH PEKANBARU	ii
VISI DAN MISI PRODI D-III KEBIDANAN STIKES HANG TUAH PEKANBARU	iii
DAFTAR ISI.....	iv
PEETUNUJUK BUKU PRAKTIKUM	v
BAB I Pemeriksaan Fisik.....	1
BAB II Persiapan pemenuhan kebutuhan perawatan diri.....	8
BAB III Perawatan luka dalam kasus kebidanan	38
BAB IV Pemasangan dan Pelepasan Infus.....	45
BAB V Tindakan resusitasi pada orang dewasa dengan benar	52
BAB VI Asuhan pada klien dengan masalah kehilangan dan kematian.....	61

PETUNJUK PENGGUNAAN BUKU PRAKTIKUM

Proses pembelajaran untuk buku petunjuk praktikum dapat berjalan lancar apabila Anda mengikuti langkah-langkah belajar sebagai berikut:

1. Pahami dulu berbagai kegiatan penting dalam modul ini mulai tahap awal sampai tahap akhir.
2. Lakukan teknik yang tertera dalam kegiatan belajar sesuai dengan daftar tilik yang telah tersedia.
3. Keberhasilan proses pembelajaran Anda dalam mata kuliah “Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan 2” dengan tugas praktikum yang diberikan tergantung pada kesungguhan Anda dalam mengerjakan praktikum.
4. Bila Anda menemui kesulitan, silahkan menghubungi instruktur/pembimbing pengajar mata kuliah “ Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan 2”.

BAB I

PEMERIKSAAN FISIK

A. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK) dan Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub CPMK)

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mampu menjelaskan mengumpulkan data tentang kesehatan pasien, menambah informasi, menyangkal data pasien dan mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang diberikan

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mampu Melakukan Pemeriksaan Fisik

B. URAIAN MATERI

Ada pun tanda-tanda vital meliputi penjelasan tentang:

1. Suhu badan

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 ke lingkungan

2. 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 direpresentasikan 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.

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).

3. Pernafasan

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

Saat mengkaji pernapasan klien, yang dilakukan meliputi mengamati frekuensi, kedalaman dan irama gerakan ventilasinya. Bidan hendaknya mampu mengenali pernapasan 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

4. Tekanan darah

Tekanan darah adalah tekanan dari darah yang dipompa oleh jantung terhadap dinding arteri. Tekanan darah seseorang meliputi tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik. Tekanan darah sistolik merupakan tekanan darah waktu jantung menguncup. Tekanan darah diastolik adalah tekanan darah saat jantung istirahat. Selain untuk diagnosis dan klasifikasi, tekanan darah diastolik memang lebih penting daripada sistolik.

Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC 7 klasifikasi tekanan darah dibedakan menjadi 4 yaitu normal, prehipertensi, hipertensi stadium I, dan hipertensi stadium II dengan rentang tekanan sistolik dan diastolik sebagai berikut.

C. TUGAS PRATIUM

1. Pratikum Lab Pengukuran Tekanan Darah, Nadi, Pernapasan, Suhu
2. Dosen memberikan bimbingan pada mahasiswa, kemudian mahasiswa melakukan praktik mandiri di dampingi dosen
3. Tiap mahasiswa di nilai pada responsei minggu berikutnya

D. PERSIAPAN

1. Menyiapkan buku catatan
2. Menkonfirmasi PJ Laboratorium dan tenaga laboran sebelum melaksanakan praktikum
3. Menyiapkan alat dan bahan untuk praktikum
4. Praktikum diadakan di Ruang Skills Lab Prodi DIII Kebidanan.

E. PENILAIAN

DAFTAR TILIK PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL

a. Pengertian : suatu standar nilai yang di gunakan untuk mengukur fungsi dasar tubuh

b. Tujuan : Untuk menggambarkan kondisi kesehatan seorang secara umum

Beri tanda cek (√) pada kolom :

1 : Bilakegiatan tidak dilakukan

2 : Bila kegiatan dilakukan tetapi belum lengkap, belum sempurna atau kegiatan dilakukan sebagian

3 : Bila kegiatan dilakukan dengan lengkap, sempurna atau kegiatan dilakukan secara keseluruhan

NO	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
1.	<p>Mempersiapkan peralatan yang dibutuhkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baki + alasnya ▪ Termometer digital / air raksa (axilla, oral, anal) ▪ Kasa alkohol dalam tempatnya ▪ Handscoon ▪ Tissue ▪ Bengkok (nierbeken) ▪ Stetoskop ▪ Sphygnomanometer dan mansetnya ▪ Jam tangan / stop watch ▪ Buku catatan + alat tulis 			
2.	Mengenalkan diri dan pasien diberitahu mengenai tindakan yang akan dilakukan			
3	Membawa alat-alat kedekat pasien			
4	Mencuci tangan			
5	Mengatur posisi pasien			
6	Buka / gulung lengan baju sehingga tidak menghalangi manset yang akan di pasang			
7	Pasang manset 2-3 cm diatas denyut nadi brakhialis pada fosa antecubital dengan pipa karet berada disisi luar lengan			
8	Raba artikel brakhialis / radialis dengan ujung jari tangan non dominan			
9	Pompa manset dengan tangan dominan sampai denyut nadi tidak teraba			
10	Baca angka pada Sphygmomanometer dimana denyut nadi tersebut tidak teraba			
11.	Segera turunkan air raksa dengan cepat sampai titik nol			
12	Tunggu 30 menit			
13	Letakan stetoskop pada artikel brakhialis			

14	Pompa air raksa sehingga 30 mmHg dari denyut sistolik			
15	Turunkan perlahan-lahan sampai tidak terdengar lagi detak tersebut			
16	Baca detak akhir tersebut pada skala air raksa			
17	Turunkan air raksa sampai dengan nol			
18	Pastikan manset bebas udara			
19	Buka manset, rapikan dan kunci kembali penutup air raksa			
20	Catat hasil			
21	Rapikan pasien dan lingkungan			
22	Kembalikan alat-alat ke tempatnya			
	<i>MENGUKUR NADI :</i>			
23	Pilih artikel untuk mengukur nadi (biasanya pada artikel radial)			
24	Atur posisi klien			
25	Bila klien baring letakan lengan sejajar dengan tubuh atau letakkan diatas dada dengan sudut siku 90 dan telapak tangan menghadap kebawah			
26	Bila klien duduk letakan lengan diatas paha klien dengan telapak tangan menghadap kebawah			
27	Letakan tiga jari pemeriksa pada permukaan artikel radial klien			
28	Hitung nadi dalam 1 menit, amati, irama dan kekuatan denyut nadi			
29	Catat hasil			
	<i>MENGHITUNG PERNAFASAN :</i>			
30	Lakukan bersamaan dengan menghitung denyut nadi dan klien tidak perlu diberitahu bahwa pernafasan nya akan dihitung			
31	Hitung setiap gerakan nafas dalam 1 menit			
32	Nilai irama dan karakteristik pernafasan			
33	Catat hasil			
	<i>MENGUKUR SUHU :</i>			

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

Nilai : $\frac{\text{Jumlah Nilai}}{90} \times 100$

Penguji

(.....)

BAB II

PEMENUHAN KEBUTUHAN PERAWATAN DIRI

A. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK) dan Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub CPMK)

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mampu melakukan keterampilan dasar kebutuhan dasar manusia.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mahasiswa mampu menjelaskan dan melakukan prinsip pemnuhan kebutuhan perawatan diri

B. Uraian Materi

A. Jenis Perawatan Diri Berdasarkan Waktu Pelaksanaan

Perawatan diri berdasarkan waktu pelaksanaan dibagi menjadi 4, yaitu :

a. Perawatan dini hari

Merupakan perawatan diri yang dilakukan pada waktu bangun dari tidur, untuk melakukan tindakan seperti persiapan dalam pengambilan bahan pemeriksaan (urine atau feses), memberikan pertolongan, mempersiapkan pasien untuk melakukan makan pagi dengan melakukan tindakan perawatan diri seperti mencuci muka dan tangan, serta menjaga kebersihan mulut.

b. Perawatan pagi hari

Perawatan yang dilakukan setelah melakukan makan pagi dengan melakukan perawatan diri seperti melakukan pertolongan dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi (buang air besar dan kecil) mandi atau mencuci rambut; melakukan perawatan kulit; melakukan pijatan pada punggung; membersihkan mulut, kuku, dan rambut; serta merapikan tempat tidur pasien.

c. Perawatan siang hari

Perawatan diri yang dilakukan setelah melakukan berbagai tindakan pengobatan atau pemeriksaan dan setelah makan siang. Berbagai tindakan perawatan diri yang dapat dilakukan antara lain; mencuci muka dan tangan; membersihkan mulut; merapikan tempat tidur; serta melakukan pemeliharaan kebersihan lingkungan kesehatan pasien.

d. Perawatan menjelang tidur

Perawatan diri yang dilakukan pada saat menjelang tidur agar pasien dapat tidur atau beristirahat dengan tenang. Berbagai kegiatan yang dapat dilakukan antara lain, pemenuhan kebutuhan eliminasi (buang air besar dan kecil); mencuci tangan dan muka; membersihkan mulut; serta memijat daerah punggung.

Tujuan umum perawatan diri adalah untuk mempertahankan perawatan diri baik secara sendiri maupun dengan bantuan dapat melatih hidup sehat/bersih dengan memperbaiki gambaran atau persepsi 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.

B. Jenis Perawatan Diri Berdasarkan Tempat

a. Perawatan Diri Pada Kulit

Kulit merupakan salah satu bagian penting dari tubuh yang dapat melindungi tubuh dari berbagai kuman atau trauma, sehingga diperlukan perawatan yang adekuat (cukup) dalam mempertahankan fungsinya. Sebagian dari organ pelindung, kulit secara anatomis terdiri atas dua lapisan yaitu lapisan epidermis (kutikula) dan lapisan dermis (korium). Lapisan epidermis terdiri atas bagian-bagian seperti stratum korneum, stratum lusidum dan stratum granulosum. Lapisan dermis terdiri atas ujung saraf sensoris, kelenjar keringat, dan kelenjar sebaceous.

Fungsi Kulit:

Kulit secara umum memiliki berbagai fungsi, diantaranya:

- 1) Melindungi tubuh dari berbagai masuknya kuman atau trauma jaringan bagian dalam sehingga dapat menjaga keutuhan kulit.
- 2) Mengatur keseimbangan suhu tubuh serta membantu tubuh serta membantu dalam produksi keringat dan penguapan
- 3) Sebagian alat peraba yang dapat membantu tubuh untuk menerima rangsangan dari luar melalui rasa sakit, sentuhan, tekanan, atau suhu
- 4) Sebagian alat ekskresi keringat melalui pengeluaran air, garam, dan nitrogen.
- 5) Mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit yang bertugas mencegah pengeluaran cairan tubuh secara berlebihan
- 6) Memproduksi dan menyerap vitamin D sebagai penghubung atau pemberi vitamin D dari sinar ultraviolet yang datang dari sinar matahari.

Faktor Yang Mempengaruhi Kulit

Perubahan dan keutuhan pada kulit dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya:

- 1) Usia. Perubahan kulit dapat ditentukan oleh usia seseorang. Hal ini dapat terlihat pada bayi yang erusia relatif masih muda dengan kondisi kulit yang sangat rawan terhadap berbagai trauma atau masuknya kuman. Sebaliknya pada orang dewasa, keutuhan kulit sudah memiliki kematangan sehingga fungsinya sebagai pelindung sudah baik.
- 2) Jaringan kulit. Perubahan dan keutuhan kulit dapat dipengaruhi oleh struktur jaringan kulit. Apabila jaringan kulit rusak, maka terjadi perubahan pada struktur kulit.
- 3) Kondisi / keadaan lingkungan. Beberapa kondisi atau keadaan lingkungan yang dapat mempengaruhi keadaan kulit secara utuh, antara lain keadaan panas, adanya nyeri akibat sentuhan serta tekanan, dan lain-lain.

Tindakan Perawatan Diri Pada Kulit

Cara Perawatan Kulit

Merupakan tindakan pada kulit yang mengalami atau berisiko terjadi kerusakan jaringan lebih lanjut, khususnya pada daerah yang mengalami tekanan (tonjolan). Tujuannya adalah untuk mencegah dan mengatasi terjadinya luka dekubitus akibat tekanan yang lama dan tidak hilang.

Persiapan Alat Dan Bahan:

- 1) Baskom cuci
- 2) Sabun
- 3) Air
- 4) Agen pembersih
- 5) Balutan
- 6) Pelindung kulit
- 7) Plester
- 8) Sarung tangan

Prosedur Kerja:

1. Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
2. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan
3. Tutup pintu ruangan
4. Atur posisi pasien
5. Kaji luka/ kulit tertekan dengan memerhatikan warna, kelengkapan, penampilan sekitar kulit, ukur diameter kulit dan ukur kedalaman
6. Cuci kulit sekitar luka dengan air hangat atau sabun cuci secara menyeluruh dengan air
7. Secara menyeluruh dan perlahan-lahan, keringkan kulit yang disertai dengan pijatan

8. Secara menyeluruh, bersihkan luka dengan cairan normal atau larutan pembersih. Gunakan semprit irigasi luka pada luka yang dalam
9. Setelah selesai, berikan obat atau agen topikal
10. Catat hasil
11. Cuci tangan

Cara Memandikan Pasien di Tempat Tidur

Memandikan pasien di tempat tidur dilakukan pada pasien yang tidak mampu mandi sendiri. Tujuannya untuk menjaga kebersihan tubuh, mengurangi infeksi akibat kulit kotor, memperlancar sistem peredaran darah, dan menambah kenyamanan pasien.

Persiapan Alat Dan Bahan

1. Baskom mandi dua buah, masing-masing berisi air dingin dan air hangat
2. Pakaian pengganti
3. Kain penutup
4. Handuk, sarung tangan pengusap badan
5. Tempat untuk kain kotor
6. Sampiran
7. Sabun

Prosedur Kerja:

1. Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
2. Cuci tangan
3. Atur posisi pasien
4. Pada pasien, lakukan tindakan memandikan yang diawali dengan membentangkan handuk dibawah kepala. Kemudian bersihkan muka, telinga dan leher dengan sarung tangan pengusap. Keringkan dengan handuk.

5. Kain penutup diturunkan, kedua tangan pasien dinaikkan ke atas, serta handuk diatas dada pasien dipindahkan dan dibentangkan. Kemudian kembalikan kedua tangan ke posisi awal di atas handuk, lalu basahi kedua tangan dengan air bersih. Keringkan dengan handuk.
6. Kedua tangan dinaikkan keatas, handuk dibentangkan dibawah punggung sampai glutea dan basahi punggung hingga glutea, lalu dikeringkan dengan handuk.
7. Miringkan pasien ke kiri, handuk dibentangkan di bawah punggung sampai glutea dan basahi punggung hingga glutea, lalu dikeringkan dengan handuk. Selanjutnya, miringkan pasien kekanan dan lakukan hal yang sama. Setelahnya, kembalikan pasien ke posisi terlentang dan pasangkan pakaian dengan rapi.
8. Letakkan handuk dibawah lutut, lalu bersihkan kaki. Kaki yang paling jauh didahulukan dan keringkan dengan handuk
9. Ambil handuk dan letakkan dibawah glutea. Pakaian bawah perut dibuka, lalu bersihkan daerah lipatan paha dan genetalia. Setelah selesai, pasang kembali pakaian dengan rapi.
10. Cuci tangan

a. Perawatan Diri Pada Kuku Dan Kaki

Menjaga kebersihan kuku merupakan salah satu aspek penting dalam mempertahankan perawatan diri karena berbagai kuman dapat masuk ke dalam tubuh melalui kuku. Dengan demikian, kuku seharusnya tetap dalam keadaan sehat dan bersih. Secara anatomis, kuku terdiri atas dasar kuku, badan kuku, dinding kuku, kantong kuku, akar kuku, dan lunula. Kondisi normal kuku ini dapat terlihat halus, tebal $\pm 0,5$ mm, transparan, dan dasar kuku berwarna merah muda.

Cara perawatan kuku : merupakan tindakan pada pasien yang tidak mampu merawat kuku sendiri. Tujuannya adalah menjaga kebersihan kuku dan mencegah timbulnya luka atau infeksi akibat garukan dari kuku.

Masalah/ Gangguan Pada Kuku

1. Ingrown nail. Kuku tangan yang tidak tumbuh-tumbuh dan dirasakan sakit pada daerah tersebut.
2. Paronychia. Radang disekitar jaringan kuku
3. Ram's horn nail. Gangguan kuku yang ditandai pertumbuhan yang lambat disertai kerusakan dasar kuku atau infeksi
4. Bau tidak sedap. Reaksi mikroorganisme yang menyebabkan bau tidak sedap

Tindakan Perawatan Diri Pada Kuku

Cara Perawatan Kuku

Merupakan tindakan pada pasien yang tidak mampu merawat kuku sendiri. Tujuannya adalah menjaga kebersihan kuku dan menjaga timbulnya luka atau infeksi akibat garukan dari kuku.

Persiapan Alat Dan Bahan:

1. Alat potong kuku
2. Handuk
3. Baskom berisi air hangat
4. Bengkok
5. Sabun
6. Kapas
7. Sikat kuku

Prosedur Kerja :

1. Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
2. Cuci tangan
3. Atur posisi pasien dengan posisi duduk atau tidur

4. Tentukan kuku yang akan dipotong
5. Rendamkan kuku dengan air hangat \pm 2 menit. Lakukan penyikatan dengan beri sabun bila kotor
6. Keringkan dengan handuk
7. Letakkan tangan diatas bengkok dan lakukan pemotong kuku
8. Cuci tangan

b. Perawatan Diri Pada Rambut

Rambut merupakan bagian dari tubuh yang memiliki fungsi proteksi dan pengatur suhu. Indikasi perubahan status kesehatan diri juga dapat dilihat dari rambut mudah rontok, sebagai akibat gizi kurang. Secara anatomis, rambut terdiri atas bagian batang, akar rambut, folikel rambut, serta kelenjar sebacea.

Masalah/Gangguan pada Perawatan Rambut

Berbagai masalah yang terjadi pada rambut diantaranya:

1. Kutu
2. Ketombe
3. *Alopecia* (botak)
4. *Seborrheic dermatitis* (radang pada kulit di rambut)

Tindakan Perawatan Diri Pada Rambut

Cara Perawatan Rambut

Merupakan tindakan pada pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan. Perawatan diri dengan mencuci dan menyisir rambut. Tujuannya adalah membersihkan kuman yang ada pada kulit kepala, menambah rasa nyaman, membasmi kutu atau ketombe yang melekat pada kulit, serta memperlancar sistem peredaran darah di bawah kulit.

Persiapan Alat dan Bahan:

1. Handuk secukupnya
2. Perlak atau pengalas

3. Baskom berisi air hangat
4. Sampo atau sabun dalam tempatnya
5. Kasa dan kapas
6. Sisir
7. Bengkok
8. Gayung
9. Ember kosong

Prosedur kerja:

1. Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
2. Cuci tangan
3. Tutup jendela atau pasang sampiran
4. Atur posisi pasien dengan posisi duduk atau berbaring
5. Letakkan baskom dibawah tempat tidur, tepat dibawah kepala dibawah kepala pasien
6. Pasang perlak atau pengalas dibawah kepala dan disambungkan ke arah bagian baskom dengan pinggir digulung
7. Tutup telinga dengan kapas
8. Tutup dada sampai ke leher dengan handuk
9. Kemudian sisir rambut dan lakukan pencucian dengan air hangat. Selanjutnya, gunakan sampo dan bilas dengan air hangat sambil dipijat
10. Setelah selesai, keringkan
11. Cuci tangan

c. Perawatan Diri pada Mulut dan Gigi

Gigi dan mulut adalah bagian penting yang harus dipertahankan kebersihannya sebab berbagai kuman dapat masuk melalui organ ini.

Masalah/Gangguan Pada Gigi Dan Mulut

Masalah Yang Sering Terjadi Pada Kebersihan Gigi Dan Mulut

Antara Lain:

1. *Halitosis*, bau nafas tidak sedap yang dapat disebabkan adanya kuman atau lainnya.
2. *Gingivitis*, radang pada daerah gusi.
3. *Caries*, radang pada gigi.
4. *Stomatitis*, radang daerah mukosa atau rongga mulut.
5. *Peridontal disease*, gusi yang mudah berdarah dan bengkak.
6. *Glostitis*, radang pada lidah.
7. *Chilosis*, bibir yang pecah-pecah.

Tindakan Perawatan Diri Pada Gigi Dan Mulut

Cara Perawatan Gigi Dan Mulut

Merupakan tindakan pada pasien yang tidak mampu mempertahankan kebersihan mulut dan gigi dengan membersihkan serta menyikat gigi dan mulut secara teratur. Tujuannya : untuk mencegah infeksi pada mulut akibat kerusakan pada daerah gigi dan mulut, membantu menambah nafsu makan, serta menjaga kebersihan gigi dan mulut.

Persiapan Alat Dan Bahan:

1. Handuk dan kain pengalas
2. Gelas kumur berisi
 - a. Air mask/Nacl
 - b. Obat kumur
3. Boraks gliserin
4. Spatel lidah telah dibungkus dengan kain kasa
5. Bengkok
6. Kain kasa
7. Pinset
8. Sikat gigi dan pasta gigi

Prosedur Kerja

1. Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
2. Cuci tangan
3. Atur posisi pasien
4. Pasang handuk dibawah dagu dan pipi pasien
5. Ambil pinset dan bungkus dengan kain kasa yang berisi air dan NaCL
6. Anjurkan pasien untuk membuka. Lakukan mulut dengan sudip lidah bila pasien tidak sadar
7. Lakukan pembersihan dimulai dari dinding rongga mulut gusi, gigi, lidah, bibir. Bila sudah kotor, letakkan di bengkok.
8. Lakukan hingga bersih. Setelah itu oleskan boraks gliserin
9. Untuk perawatan gigi, lakukan penyikatan dengan gerakan naik turun dan bilas.. lalu keringkan
10. Cuci tangan

C. Perawatan Diri pada Alat Kelamin Perempuan

Merupakan perawatan diri pada organ eksterna yang terdiri atas mons veneris, terletak di depan simfisis pubis; labia mayora, dua lipatan besar yang membentuk vulva; labia minora, dua lipatan kecil di antara atas labia mayora; klitoris, sebuah jaringan erektil yang serupa dengan penis laki-laki; kemudian juga bagian yang terkait di sekitarnya seperti uretra, vagina, perineum, dan anus.

Tindakan Perawatan diri pada alat kelamin

Cara vulva hygiene

Vulva hygiene merupakan tindakan pada pasien yang tidak mampu membersihkan vulva sendiri. Tujuannya adalah mencegah terjadinya infeksi pada vulva dan menjaga kebersihan vulva.

Persiapan Alat Dan Bahan

1. Kapas sublimat atau disinfektan
2. Pinset
3. Bengkok
4. Pispot
5. Tempet membersihkan (cebok) yang berisi larutan disinfektan
6. Disinfektan sesuai dengan kebutuhan
7. Pengalas
8. Sarung tangan

Prosedur Kerja

1. Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
2. Cuci tangan
3. Atur posisi pasien dengan posisi dorsal recumbent
4. Pasang pengalas dan pispot, kemudian letakkan dibawah glutea pasien
5. Gunakan sarung tangan
6. Lakukan tindakan perawatan kebersihan vulva dengan tangan kiri membuka vulva memakai kapas sublimat dan tangan kanan menyiram vulva dengan larutan desinfektan
7. Kemudian ambil kapas sublimat dengan pinset, lalu bersihkan vulva dari atas ke bawah. Kapas yang telah kotor dibung ke bengkok. Hal ini dilakukan hingga bersih
8. Setelah selesai, ambil pispot dan atur posisi pasien
9. Cuci tangan

D. KebutuhanKebersihanLingkunganPasien

Pemenuhan kebutuhan kebersihan lingkungan pasien yang dimaksud disini adalah kebersihan pada tempat tidur. Melalui kebersihan tempat tidur diharapkan pasien dapat tidur dengan nyaman tanpa gangguan selama tidur

sehingga dapat membantu proses penyembuhan. Pemenuhan kebutuhan ini melalui prosedur penyiapan tempat tidur tertutup maupun terbuka.

Cara Menyiapkan Tempat Tidur

Persiapan Alat Dan Bahan:

1. Tempat tidur
2. Sprei besar
3. Sprei kecil
4. Sarung bantal
5. Perlak
6. Selimut

Prosedur Kerja

1. Cuci tangan
2. Atur tempat tidur, kasur dan bantal
3. Pasang sprei besar dengan garis tengah lipatannya tepat di tengah kasur/ tempat tidur
4. Atur kedua sisi samping sprei atau tempat tidur dengan sudut 90, lalu masukkan kebawah kasur
5. Pasang perlak ditengah tempat tidur
6. Pasang sprei kecil diatas tempat tidur
7. Lipat selimut menjadi empat secara terbalik dan pasang bagian bawah. Masukkan ujung selimut kebawah kasur
8. Pasang sarung bantal
9. Cuci tangan

C. Tugas Praktikum

1. Praktikum skills lab Prinsip pemenuhan kebutuhan perawat mandiri.
2. Dosen memberikan bimbingan praktik perawat mandiri pada mahasiswa, kemudian mahasiswa melakukan praktik mandiri didampingi dosen.
3. Tiap mahasiswa dinilai pada responsi minggu berikutnya.

D. Persiapan

1. Menyiapkan bukucatatatan
2. Menkonfirmasi PJ Laboratorium dan tenaga laboran sebelum melaksanakan praktikum
3. Menyiapkanalat dan bahanuntukpraktikum
4. Praktikumdiadakan di Ruang Skills Lab Prodi DIII Kebidanan.

E. Penilaian

MEMANDIKAN PASIEN

- a. Pengertian** : Suatu tindakan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu mandi secara mandiri atau memerlukan bantuan dengan cara membersihkan pasien dengan sabun dan air
- b. Tujuan** :
 - 1) Membersihkan kulit dan menghilangkan bau badan
 - 2) Memberikan rasa nyaman
 - 3) Merangsang peredaran darah
 - 4) Mencegah infeksi kulit
 - 5) Mendidik pasien dalam personal hygiene

PETUNJUK

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

1. PerluPerbaikan: Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benaratau 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

No	Komponen yang di uji	Nilai			Keterangan
		1	2	3	
1	<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) 				
2	<p>Cara Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memperkenalkan diri dan Pasien diberitahukan mengenai tindakan yang akan dilakukan 3. Membawa alat-alat kedekat pasien 4. Menyingkirkan bantal dan guling yang tidak dipakai, menutup pintu dan jendela kalau perlu dipasang sampiran 5. Memakai celemek 6. Mencuci tangan 				

<p>7. Mengatur posisi pasien</p> <p>8. Memasang selimut mandi, lipatan bagian atas atas dipegang oleh pasien, lipatan bagian bawah ditarik bersama-sama dengan seprei atas dan selimut kearah kaki</p> <p>9. Menanggalkan pakaian atas pasien dan memasukkannya ke tempat pakaian kotor</p> <p><i>Mencuci muka dengan cara:</i></p> <p>10. Handuk dibentangkan dibawah kepala, muka telinga dan leher dibersihkan dengan washlap lembab lalu dikeringkan dengan handuk (tanyakan apakah pasien mau memakai sabun atau tidak.)</p> <p><i>Mencuci lengan dengan cara:</i></p> <p>11. Kedua tangan pasien diangkat</p> <p>12. Letakan handuk diatas dada pasien dan lebarkan ke samping kiri dan ke kanan sehingga kedua tangan dapat diletakan diatas handuk</p> <p>13. Selimut mandi atau kain penutup diturunkan</p> <p>14. 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</p> <p><i>Mencuci dada dan perut dengan cara:</i></p> <p>15. Kedua tangan pasien di keataskan</p> <p>16. Pakaian pasien bagian bawah dan selimut mandi diturunkan sampai perut bagian bawah(pada pria dada tidak perlu ditutupi dengan handuk dan wanita handuk tetap diatas dada).</p> <p>17. Ketiak, dada dan perut dibasahi, disabuni dibilas sampai bersih dan dikeringkan dengan handuk.</p> <p><i>Mencuci punggung dengan cara:</i></p> <p>18. Pasien dimiringkan kearah penolong.</p> <p>19. Punggung sampai bongkong dibasahi, disabuni dibilas dan selanjutnya dikeringkan dengan handuk</p>				
---	--	--	--	--

<p>20. Menuangkan talk pada telapak tangan perawat kemudian diratakan pada kuduk, punggung bokong pasien secara merata</p> <p>21. Pakaian bagian atas dipasang dengan rapih, lalu pasien ditelentangkan.</p> <p><i>Mencuci kaki dengan cara:</i></p> <p>22. Menanggalkan pakaian bawah dan memasukkannya kedalam ember tempat pakaian kotor</p> <p>23. Dimulai dari kaki pasien yang terjauh.</p> <p>24. Lutut ditekuk, handuk dibentangkan dibawah kaki</p> <p>25. Kaki sampai kepangkal paha dibasahi, disabuni, dibilas, selanjutnya dikeringkan, demikian juga dengan kaki yang satu lagi</p> <p><i>Mencucidaerahlipatpaha dan genitalia deangan cara:</i></p> <p>26. Handuk digeser kebawah bokong</p> <p>27. Daerah lipatan paha dan genitalia dibasahi, disabuni dibilas dan dikeringkan</p> <p>28. Tanyakan pada pasien apakah ingin BAK. Bila ya, Bantupasien BAK dan lakukan vulva hygiene sudahnya</p> <p>29. Pakaian bagian bawah dikenakankembali, kain penutup atau handuk diangkat, selimut pasiendipasang kembali</p> <p>30. Pakaian dan alat tenun kotor serta peralatan dibereskan dan dibawa ketempatnya</p> <p>31. Observasi respon pasien.</p> <p>Catatan :</p> <p>1.) Hindarkan tindakan yang menimbulkan rasa malu pada pasien dan tetap menjaga kesopanan.</p> <p>2.) bila air sudah kotor agar segera diganti</p>				
---	--	--	--	--

$N = \frac{\text{Jumlah Nilai yang diperoleh} \times 100 \%}{93}$

Pekanbaru, _____
P e n g u j i

(_____)

MENCUCI RAMBUT

a. Pengertian : Suatu upaya untuk menghilangkan kotoran pada rambut dan kulit kepala dengan menggunakan shampo kemudian dibilas dengan air

- b. Tujuan** :
- 1) memberikan perasaan senang dan segar pada pasien
 - 2) memelihara rambut tetap bersih
 - 3) merangsang sirkulasi darah dan kulit kepala

PETUNJUK

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

1. PerluPerbaikan: 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

No	Komponen yang di uji	Nilai			Keterangan
		1	2	3	
1.	2. Persiapan Alat : ♥ Baki + alasnya yang berisi: ♥ 2 buah handuk ♥ 2 buah sisir ♥ Shampo dalam tempatnya ♥ Kom kecil berisi kasa dan kapas				

	<ul style="list-style-type: none"> ♥ Bengkok (nierbekken) ♥ Perlak ♥ Talang karet ♥ Celemek ♥ Gayung ♥ 3 buah ember: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ember kosong ▪ Ember berisi air dingin dan hangat (bila perlu) ▪ Ember bertutup tempat kain kotor <p>2. Cara Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 diurut dengan jari 14. Membilas rambut sampai bersih kemudian angkat talang masukkan ke dalam ember tempat kain kotor kemudian rambut dikeringkan dengan 				
--	---	--	--	--	--

	<p>handuk</p> <p>15. Mengangkat tutup telinga dan mata</p> <p>16. Bentangkan handuk penutup dada di atas bantal kemudian angkat handuk dan perlak di bawah kepala dan masukkan ke dalam ember tempat kain kotor</p> <p>17. Mengembalikan pasien ke posisi semula</p> <p>18. Menyisir rambut pasien kembali dengan sisir yang bersih dan dibiarkan kering, atau dikeringkan dengan menggunakan fohn (pengering rambut listrik) lalu disisir sampai rapi</p> <p>19. Merapikan pasien</p> <p>20. Membuka celemek</p> <p>21. Membersihkan alat-alat dan mengembalikan pada tempatnya</p> <p>22. Mencuci tangan</p>				
--	--	--	--	--	--

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

Pekanbaru, _____
Penguji

(_____)

MENGgosok GIGI

a. Pengertian : Suatu upaya membantu pasien membersihkan gigi dari partikel-partikel makanan, plak dan bakteri dan mengurangi ketidaknyamanan yang dihasilkan dari bau dan rasa yang tidak nyaman

- b. Tujuan** :
- 1) Menjaga kebersihan gigi dan mulut
 - 2) Mencegah infeksi pada mulut, kerusakan gigi, bibir dan lidah pecah-pecah serta stomatitis
 - 3) Memberikan perasaan senang dan segar pada pasien
 - 4) Membantu merangsang nafsu makan
 - 5) Mendidik pasien dalam personal hygiene

PETUNJUK

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

1. PerluPerbaikan: 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

No	Komponen yang di uji	Nilai			Keterangan
		1	2	3	
1.	1. Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baki + alasnya yang berisi: ▪ Handuk kecil ▪ Sikat gigi dan odol gigi 				

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gelas plastik berisi air ▪ Bengkok besar/kom kumur <p>2. Cara Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memperkenalkan diri dan memberitahu pasien / keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan 3. Membawa alat-alat kedekat 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 kedalam 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. 				
--	---	--	--	--	--

$$N = \frac{\text{Jumlah Nilai yang diperoleh}}{62} \times 100 \%$$

Pekanbaru, _____
P e n g u j i

(_____)

MEMBANTU PASIEN MENYISIR RAMBUT

- a. Pengertian** : Suatu upaya untuk mengatur rambut dengan serapi-rapinya dengan menggunakan sisir
- b. Tujuan** :
- 1) Memberikan perasaan senang dan segar pada pasien
 - 2) Memelihara rambut tetap bersih

PETUNJUK

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

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

No	Komponen yang di uji	Nilai			Keterangan
		1	2	3	
1.	1. Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baki + alasnya ▪ Handuk ▪ Sisir ▪ K/p karet pengikat, minyak rambut, kertas ▪ Nierbekken berisi larutan lisol 2 % 				
2.	Cara Kerja : <ol style="list-style-type: none"> 2. Memperkenalkan diri dan memberitahu pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan 3. Membawa alat-alat ke dekat pasien 				

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Mengatur posisi pasien, bila perlu pasien bisa duduk 5. Mencuci tangan 6. Meletakkan handuk diatas bahu atau dibawah kepala 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 8. Setelah licin dijalin dan diikat (bila rambut panjang) 9. Merendam sisir yang telah digunakan ke dalam nierbekan + larutan lisol 10. Mengumpulkan rambut yang rontok direndam ke dalam larutan lisol dan dibungkus dengan kertas 11. Membereskan alat-alat dan mengembalikan ke tempatnya 12. Mencuci tangan 				
--	---	--	--	--	--

$$N = \frac{\text{Jumlah Nilai yang diperoleh} \times 100 \%}{62}$$

Pekanbaru, _____
P e n g u j i

(_____)

MEMBANTU PASIEN MENGGUNTING KUKU

- a. Pengertian** : Suatu upaya untuk membersihkan kuku kaki dan tangan dengan menggunting kuku kaki dan tangan
- b. Tujuan** :
- 1) Menjaga kebersihan tangan dan kaki
 - 2) Mencegah infeksi
 - 3) Mencegah kaki menjadi bau

PETUNJUK

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

1. PerluPerbaikan: 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

No	Komponen yang di uji	Nilai			Ket
		1	2	3	
1.	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 				
2.	Cara Kerja : <ol style="list-style-type: none"> 2. Memperkenalkan diri dan memberitahu pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan 3. Membawa alat-alat ke dekat pasien 				

	4. Mencuci tangan 5. Mengatur posisi pasien 6. Meletakkan handuk dan nierbekken dibawah 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				
--	--	--	--	--	--

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

Pekanbaru, _____
P e n g u j i

(_____)

VULVA HYGIENE

- a. **Pengertian** : Suatu upaya membersihkan vulva atau daerah sekitarnya
- b. **Tujuan** : Menjaga kebersihan daerah vulva dan sekitarnya untuk menghindari terjadinya infeksi

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

No	Komponen yang di uji	Nilai			Keterangan
		1	2	3	
1.	1. Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baki + alasnya yang berisi: ▪ Alas bokong dan perlak ▪ Kapas sublimat dalam kom ▪ Kapas air hangat dalam kom ▪ Bak instrument yang berisi : <ul style="list-style-type: none"> – Sarung tangan (handsoon) – Kasa steril ▪ Bengkok (nierbekken) 				

	<p>Cara Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 2. Memperkenalkan diri dan memberitahu pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan 3. 3. Membawa alat-alat ke dekat pasien 4. 4. Pasang sampiran 5. 5. Mencuci tangan 6. 6. Atur posisi pasien 7. 7. Pasang pengalas bokong 8. 8. Pasang selimut dan buka pakaian bagian bawah Pasien 9. 9. Pasang handscoon 10. 10. Bersihkan mons veneris dari bawah ke atas secara zig zag 11. 11. Bersihkan paha terjauh bagian dalam secara zig zag 12. 12. Bersihkan labia mayora kanan dan kiri dari atas ke bawah, labia minora kanan dan kiri dari atas kebawah, vestibulum, perineum, dan anus dengan kapas sublimat 13. 13. Ulangi mengusap bagian atas vulva dengan kapas air hangat sampai ke perineum 14. 14. Mengusap anus 15. 15. Keringkan dengan kasa 16. 16. Angkat alas bokong 17. 17. Merapikan peralatan dan dikembalikan ke tempat semula 18. 18. Membuka handscoon 19. 19. Merapikan pasien dan lingkungannya 20. 20. Mencuci tangan 				
--	--	--	--	--	--

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

Pekanbaru, _____
P e n g u j i

(_____)

BAB III

PERAWATAN LUKA

A. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK) dan Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub CPMK)

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mahasiswa mampu memahami prinsip dan proses perawatan luka dalam kasus kebidanan

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mampu Melakukan Perawatan Luka

B. URAIAN MATERI

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 kelihatan. Luka terbuka seperti luka abrasi (yakni luka akibat gesekan), luka *puncture* (luka akibat tusukan), dan luka

hauration (luka akibat alat- alat yang digunakan dalam perawatan luka).
Dibidang kebidanan, luka yang sering terjadi 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 penyembuhan 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 perbaikan sel 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 terkontaminasi 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 diperkirakan 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.

C. TUGAS PRATIKUM

1. Pratikum Lab Perawatan Luka
2. Dosen memberikan bimbingan pada mahasiswa, kemudian mahasiswa melakukan praktik mandiri di dampingi dosen
3. Tiap mahasiswa di nilai pada response minggu berikutnya

D. PERSIAPAN

1. Menyiapkan buku catatan
2. Menkonfirmasi PJ Laboratorium dan tenaga laboran sebelum melaksanakan praktikum
3. Menyiapkan alat dan bahan untuk praktikum
4. Pratikum diadakan di Ruang Skills Lab Prodi DIII Kebidanan.

E. PENILAIAN

DAFTAR TILIK

KETERAMPILAN PERAWATAN LUKA

Beri tanda cek (√) pada kolom :

1 : Bila kegiatan tidak dilakukan

2 : Bila kegiatan dilakukan tetapi belum lengkap, belum sempurna atau kegiatan dilakukan sebagian

3 : Bila kegiatan dilakukan dengan lengkap, sempurna atau kegiatan dilakukan secara keseluruhan

NO.	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
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.	Berikan obat luka			
10.	Tutup luka dengan kasa steril			

11.	Catat perubahan luka			
12.	Cuci tangan			

Total : $\frac{\text{Jumlah Nilai} \times 100}{36}$

Penguji
(.....)

DAFTAR TILIK
KETERAMPILAN MENGANGKAT JAHITAN

Beri tanda cek (√) pada kolom :

- 1 : Bila kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Bila kegiatan dilakukan tetapi belum lengkap, belum sempurna atau kegiatan dilakukan sebagian
- 3 : Bila kegiatan dilakukan dengan lengkap, sempurna atau kegiatan dilakukan secara keseluruhan

NO.	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
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			

Total : $\frac{\text{Jumlah Nilai} \times 100}{42}$

Penguji
(.....)

BAB IV

A. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK) dan Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub CPMK)

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mahasiswa mampu melakukan pemasangan infus dan pemberian cairan dalam kasus kebidanan

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mampu Melakukan Pemasangan Infus

B. URAIAN MATERI

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 infuspada 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

C. TUGAS PRATIKUM

1. Pratikum Pemasangan Infus
2. Dosen memberikan bimbingan pada mahasiswa, kemudian mahaiswa melakukan praktik mandiri di dampingi dosen
3. Tiap mahasiswa di nilai pada responsi minggu berikutnya

D. PERSIAPAN

1. Menyiapkan buku catatan
2. Menkonfirmasi PJ Laboratorium dan tenaga laboran sebelum melaksanakan praktikum
3. Menyiapkan alat dan bahan untuk praktikum
4. Praktikum diadakan di Ruang Skills Lab Prodi DIII Kebidanan.

E. PENILAIAN

DAFTAR TILIK MEMASANG INFUS

Beri tanda cek (√) pada kolom :

- 1 : Bila kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Bila kegiatan dilakukan tetapi belum lengkap, belum sempurna atau kegiatan dilakukan sebagian
- 3 : Bila kegiatan dilakukan dengan lengkap, sempurna atau kegiatan dilakukan secara keseluruhan

NO	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
1.	Mempersiapkan peralatan yang dibutuhkan : <ul style="list-style-type: none">▪ Baki + alasnya▪ Perlak dan alas nya▪ Handscoon▪ Kapas alkohol dalam tempatnya▪ Cairan yang diperlukan▪ Infus set steril▪ Abbcath steril sesuai ukuran▪ Tourniquet▪ Kasa steril dalam tempatnya▪ Plester dan gunting▪ Standar infus			
2.	Mengenalkan diri dan pasien diberitahu mengenai tindakan yang akan dilakukan			
3	Membawa alat-alat kedekat pasien			
4	Memasang sampiran			

5	Mencuci tangan			
6	Memasang pernak dan alasnya dibawah daerah yang akan dipasang infus			
7	Memasang sarung tangan			
8	Menggantungkan flaboot pada tiang infus			
9	Membuka kemasan infus set			
10	Mengukur klem rol sekitar 2-4 cm dibawah bilik drip dan menutup klem yang ada pada saluran infus			
11.	Memasukan pipa saluran ke dalam botol cairan dan mengisi tabung tetesan dengan cara memencet tabung tetesan infus hingga setengah nya			
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 tanganya			
15	Melakukan desinfeksi daerah penusukan dengan kapas alkohol secara sirkular dengan diameter + 5 cm			
16	Menusukan jarum abocath ke vena dengan lubang jarum menghadap ke atas, dengan menggunakan tangan yang dominan			
17	Melihat apakah darah terlihat dipipa abbocath			
18	Menusukkan abbocath secara perlahan-lahan serta menarik secara pelan-pelan jarum yang ada pada abbocath, hingga plastic abbocath masuk semua dalam vena dan jarum keluar sama			
19	Segera menyambungkan abbocath dengan slang infus			
20	Melepaskan tourniquet, menganjurkan pasien membuka tangan nya 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 steril 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	Membereskan 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 dilakukan			

Nilai :

$\frac{\text{Jumlah Nilai} \times 100}{84}$

Penguji

(.....)

**DAFTAR TILIK
MELAKUKAN PENCABUTAN INFUS**

Beri tanda cek (√) pada kolom :

- 1 : Bila kegiatan tidak dilakukan
- 2 : Bila kegiatan dilakukan tetapi belum lengkap, belum sempurna atau kegiatan dilakukan sebagian
- 3 : Bila kegiatan dilakukan dengan lengkap, sempurna atau kegiatan dilakukan secara keseluruhan

NO	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
1.	Mempersiapkan peralatan yang dibutuhkan : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baki + alasnya ▪ Sarung tangan (Handscoon) ▪ Bak instrumen ▪ Perlak dan alas nya ▪ Gunting ▪ Plester ▪ Kapas / Alkohol swabs ▪ Bengkok / nierbeken ▪ Kapas dan air DTT dalam tempat nya ▪ Larutan klorin 0,5% dalam tempat nya ▪ Tempat sampah 			
2.	Mengenalkan diri dan pasien diberitahu mengenai tindakan yang akan dilakukan			
3	Membawa alat-alat kedekat pasien			
4	Mencuci tangan			
5	Memasang sarung tangan			
6	Menutup klem infus			

7	Melepaskan plester dengan kapas DTT			
8	Melepaskan infus dengan menekan ujung luka dengan kassa secara perlahan-lahan, anjurkan pasien menarik nafas panjang			
9	Tutup dengan kasa steril dan plester			
10	Rapikan pasien dan alat, rendam dalam klorin			
11.	Mencuci tangan			
12	Mencatat hasil tindakan			

Nilai : $\frac{\text{Jumlah Nilai} \times 100}{36}$

Penguji

(.....)

BAB V

RESUSITASI JANTUNG PARU

A. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK) dan Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub CPMK)

CPMK

Mahasiswa mampu menjelaskan Resusitasi Jantung Paru

Sub-CPMK

Mahasiswa mampu melakukan praktik Resusitasi Jantung Paru

B. Uraian Materi

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, walupun 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 defibrilator) 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 infark 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 disusul oleh ventrikel asistol dan terakhirnya oleh disosiasi elektro-mekanik. Dua jenis henti jantung yang berakhir lebih sulit ditanggulangi karena 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. TUGAS PRATIUM

1. Pratikum Pemasangan Infus
2. Dosen memberikan bimbingan pada mahasiswa, kemudian mahasiswa melakukan praktik mandiri di dampingi dosen
3. Tiap mahasiswa di nilai pada responsi minggu berikutnya

D. PERSIAPAN

1. Menyiapkan buku catatan
2. Menkonfirmasi PJ Laboratorium dan tenaga laboran sebelum melaksanakan praktikum
3. Menyiapkan alat dan bahan untuk praktikum
4. Praktikum diadakan di Ruang Skills Lab Prodi DIII Kebidanan.

E. PENILAIAN

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		
		1	2	3
Prosedur Dasar				
1.	Tentukan kesadaran penderita (respon penderita) <i>Lakukan penilaian respon dengan cara menepuk bahu penderita dan tanyakan dengan suara lantang</i>			
2.	Panggil bantuan / <i>call for help</i> <i>Bila petugas sendiri, jangan mulai RJP sebelum memanggil bantuan</i>			
3.	Buka jalan nafas			

	<i>Petugas harus membuka jalan napas dengan manuver <u>head tilt chin lift</u> (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 <u>chin lift</u> (tengadah topang dagu) atau <u>jaw thrust</u> (pendorongan rahang bawah) bila ada snoring / ngorok. Pastikan jalan napas dalam keadaan baik</i>			
4.	Lakukan penilaian pernafasan penderita <i>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</i>			
5.	Lakukan penilaian nadi penderita <i>Menilai pernafasan penderita dengan memeriksa nadi karotis dengan waktu < 10 detik</i>			
Teknik Resusitasi Jantung Paru				
6.	Atur posisi penderita <i>Penderita dalam keadaan terlentang pada dasar yang keras, bila perlu penderita dipindah ke lantai</i>			
7.	Berikan bantuan pernafasan sebanyak 2 kali dengan waktu tiap kali hembusan 1,5–2 detik <i>Bantuan pernafasan dapat diberikan melalui mulut ke mulut, mulut ke hidung dan mulut ke stoma</i>			
8.	Petugas menarik nafas dalam agar tercapai volume udara yang cukup			
9.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 			

	<p>menutup mulut pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bila pernafasan diberikan melalui mulut ke stoma <p>Petugas menghembuskan nafas melalui lubang (stoma) yang menghubungkan trakea langsung ke kulit</p>			
10.	Lakukan hembusan nafas sampai dada penderita terlihat mengembang			
11.	Berikan bantuan sirkulasi (kompresi jantung luar) sebanyak 30 kali			
12.	<p>Letakkan kedua telapak tangan dgn cara saling menumpuk, satu pangkal telapak tangan diletakkan ditengah tulang sternum dan telapak tangan yg satunya diletakkan diatas telapak tangan yg pertama dgn jari-jari saling mengunci</p> <p><i>Hindari jari-jari tangan menyentuh dinding dada korban, jari-jari tangan dpt diluruskan / menyilang</i></p>			
13.	Dengan posisi badan tegak lurus, petugas menekan dinding dada penderita dengan tenaga dari berat badannya secara teratur sebanyak 30 kali dengan kedalaman penekanan 2 inci / 5 cm			
14.	<p>Tekanan pada dada harus dilepaskan keseluruhan dan dada dibiarkan mengembang kembali ke posisi semula setiap kali melakukan kompresi dada</p> <p><i>Selang waktu yang dipergunakan untuk melepaskan kompresi harus sama dengan pada saat melakukan kompresi</i></p> <p><i>Tangan tidak boleh lepas dari permukaan dada atau merubah posisi tangan pada saat melepaskan kompresi</i></p>			
15.	Lakukan rasio bantuan sirkulasi dan pemberian nafas 30 : 2 (1 siklus) sebanyak 5 siklus per menit			
16.	Lakukan evaluasi pernafasan dan nadi penderita untuk menilai perlunya dilakukan siklus berikutnya atau tidak			

Nilai : $\frac{\text{Jumlah Nilai}}{48} \times 100$

48

Penguji

(.....)

BAB VI

KEHILANGAN DAN KEMATIAN

B. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK) dan Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub CPMK)

CPMK

Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar sekarat dan perawatan jenazah

Sub-CPMK

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang ilmu yang mempelajari kematian
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep dasar kematian
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang perawatan jenazah

C. Uraian Materi

Ilmu yang Mempelajari Kematian

Ilmu yang mempelajari tentang kematian adalah Tanatologi. Tanatologi berasal dari kata thanatos (yang berhubungan dengan kematian) dan logos (ilmu). Tanatologi adalah bagian dari ilmu kedokteran forensik yang mempelajari kematian dan perubahan yang terjadi setelah kematian serta faktor yang mempengaruhi perubahan tersebut.

Konsep Dasar Kematian

1. Definisi

Kematian adalah berakhirnya proses kehidupan seluruh tubuh, proses yang dapat dikenal secara klinis dengan tanda kematian berupa perubahan pada tubuh mayat.

2. Penyebab, Cara dan Mekanisme dari Kematian

Penyebab kematian adalah adanya perlukaan atau penyakit yang menimbulkan kekacauan fisik pada tubuh yang menghasilkan kematian pada seseorang. Berikut ini adalah penyebab kematian: luka tembak pada kepala, luka tusuk pada dada, adeno karsinoma pada paru-paru, dan atero sklerosis koronaria

Mekanisme kematian adalah kekacauan fisik yang dihasilkan oleh penyebab kematian yang menghasilkan kematian. Contoh dari mekanisme kematian dapat berupa perdarahan, septikemia, dan aritmia jantung. Ada yang dipikirkan adalah bahwa suatu keterangan tentang mekanisme kematian dapat diperoleh dari beberapa penyebab kematian dan sebaliknya. Jadi, jika seseorang meninggal karena perdarahan masif, itu dapat dihasilkan dari luka tembak, luka tusuk, tumor ganas dari paru yang masuk ke pembuluh darah dan seterusnya. Kebalikannya adalah bahwa penyebab kematian, sebagai contoh, luka tembak pada abdomen, dapat menghasilkan banyak kemungkinan mekanisme kematian yang terjadi, contohnya perdarahan atau peritonitis.

Cara kematian menjelaskan bagaimana penyebab kematian itu datang. Cara kematian secara umum dapat dikategorikan sebagai wajar, pembunuhan, bunuh diri, kecelakaan, dan yang tidak dapat dijelaskan (pada mekanisme kematian yang dapat memiliki banyak penyebab dan penyebab yang memiliki banyak mekanisme, penyebab kematian dapat memiliki banyak cara). Seseorang dapat meninggal karena perdarahan masif (mekanisme kematian) dikarenakan luka tembak pada jantung (penyebab kematian), dengan cara kematian secara pembunuhan (seseorang menembaknya), bunuh diri (menembak dirinya sendiri), kecelakaan (senjata jatuh), atau tidak dapat dijelaskan (tidak dapat diketahui apa yang terjadi).

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. Tugas Praktikum

Lakukan praktik dengan teman sejawat, lalu bergantian menjadi bidan dan pasien. Sebelumnya untuk melakukan praktik perlu dibuatkan sebuah kasus untuk dapat dilaksanakan praktiknya.

E. Persiapan

Baki + alasnya yang berisikan:

- Celemek/schort
- Handscoon
- Masker
- Kain penutup jenazah
- Kasa dalam tempatnya
- Kapas dalam tempatnya
- Verband/Kasa Gulung
- Gunting
- Pinset

Nierbekken

- Peralatan yang diperlukan untuk membersihkan jenazah (2 buah waslap, 2 kom besar tempat air bersih)
- Tempat pakaian kotor
- Lembar Identitas Kematian Pasien

F. Penilaian

DAFTAR TILIK

MENDAMPINGI KLIEN SAKARATUL MAUT

1. **Perlu Perbaikan** : Langkah tidak dikerjakan atau tidak dikerjakan dengan benar atau tidak sesuai urutan (jika harus berurutan).
2. **Mampu** : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan (tetapi kurang tepat atau pembimbing / pengamat perlu membantunya untuk mengingatkan hal-hal yang tidak terlintas).
3. **Mahir** : Langkah dikerjakan dengan benar, tanpa ragu-ragu atau tanpa bantuan dan sesuai dengan urutan (jika harus berurutan).

No	Komponen yang di uji	Nilai		
		1	2	3
1.	1. Persiapan alat : Baki + alasnya yang berisikan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sphygmomanometer dan mansetnya ▪ Stetoskop ▪ Termometer ▪ Jam tangan ▪ Bak instrumen yang berisi: kasa dan pinset ▪ Handuk kecil ▪ Alat tulis ▪ Nierbekken 			
2.	Cara Kerja : 2. Memberitahu keluarga tindakan yang akan dilakukan (pendampingan sakaratul maut)			

	<ol style="list-style-type: none"> 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 			
--	---	--	--	--

N = Jumlah Nilai yang diperoleh x 100 %

Pekanbaru, _____

36

Penguji

(_____)

DAFTAR TILIK

PERAWATAN JENAZAH/PERAWATAN POST MORTEM

- a. **Pengertian** : Suatu tindakan perawatan pada pasien yang sudah meninggal, termasuk menyiapkan jenazah untuk diperlihatkan kepada keluarga, transportasi ke kamar jenazah dan melakukan penyerahan barang-barang jenazah
- b. **Tujuan** :
- 1) Sebagai bentuk rasa hormat terhadap jenazah
 - 2) Memberikan rasa tenang terhadap keluarga
4. **Perlu Perbaikan** : Langkah tidak dikerjakan atau tidak dikerjakan dengan benar atau tidak sesuai urutan (jika harus berurutan).
5. **Mampu** : Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan (tetapi kurang tepat atau pembimbing / pengamat perlu membanting mengingatkan hal-hal yang tidak terlewat).
6. **Mahir** : Langkah dikerjakan dengan benar, tanpa ragu-ragu atau tanpa bantuan dan sesuai dengan urutan (jika harus berurutan).

NO.	LANGKAH
1.	Ucapkan salam kepada keluarga pasien, perkenalkan diri dan jelaskan maksud tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
2.	Dekatkan alat ke dekat jenazah dan mencuci tangan.
3.	Memakai APD (memakai masker, Celemek dan Handscoond)
4.	Menutup mata jenazah. Jika mata tidak dapat tertutup maka dapat ditutup dengan kasa lembab yang diletakkan diatas kedua kelopak mata jenazah, dan plester kasa tersebut jika

	mata tidak dapat tertutup.
5.	Jika pada tubuh jenazah terpasang alat medis, maka jika jenazah akan dibawa pulang oleh pihak keluarga maka alat medis yang terpasang tersebut dilepaskan dengan hati-hati. Namun jika dilakukan pemeriksaan AUTOPSI pada jenazah, maka alat medis tidak perlu dilepaskan dari tubuh jenazah karena diperlukan untuk bukti pemeriksaan.
6.	Lepaskan perhiasa yang ada pada jenazah jika ada perhiasan yang melekat pada tubuh jenazah dan serahkan perhiasannya pada pihak keluarga dengan turut menyertakan surat bukti serah terima perhiasan antara petugas dengan pihak keluarga jenazah.
7.	Bersihkan badan dengan menggunakan air bersih dimulai dari area tubuh yang terdapat kotoran seperti darah, feses atau muntahan. Jika kotoran terjadi pada area rektum, uretra atau vagina setelah dibersihkan letakan kasa kering untuk menutup tiap lubang dan rekatkan dengan plester untuk mencegah pengeluaran lebih lanjut.
8.	Ganti pakaian jenazah dengan pakaian yang bersih dengan badan jenazah tertutup selimut.
9.	Rapatkan rahang atau dagu, dan ikat dengan kasa verban gulung daerah dagu dengan melingkari verban dari bawah dagu melewati pelipis hingga atas kepala. Ikat verban tersebut diatas kepala sehingga dagu tidak terbuka
10.	Tutup lubang hidung dan lubang telinga jenazah dengan kapas agar dapat menghambat terjadi pengeluaran cairan pada daerah tersebut.
11.	Lipat dan ikat bagian tangan jenazah dengan kasa verban gulung sesuai kepercayaan masing-masing
12.	Ikat bagian kedua lutut kaki, bagian pergelangan kaki dan dibagian ujung kaki dengan mengikat bagian kedua jempol kaki dengan kasa verban gulung.
13.	Tutup jenazah dengan alat tenun/penutup jenazah dari kaki hingga menutupi kepala jenazah
14.	Beri label identifikasi pada jenazah. Label identitas dengan Nama; Umur; Jenis kelamin; Hari, tanggal, bulan dan waktu meninggal; Diagnosis akhir penyebab kematian; No. rekam medik; No kamar>Nama Ruangan; Nama dokter yang melakukan Tindakan medis; Nama petugas yang melakukan perawatan jenazah.
15.	Ikatkan label identitas pada pergelangan tangan atau pergelangan kaki atau plester label pada dada depan pasien.
16.	Rapikan alat, lepaskan handscoon, mencuci tangan dan lakukan pendokumentasian.

$N = \frac{\text{Jumlah Nilai yang diperoleh} \times 100 \%}{48}$

48

Pekanbaru, _____

Penguji

(_____)