



BUKU PANDUAN

MATA KULIAH

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH III

Edisi Revisi Ketiga

2021/2022

*Program Studi Keperawatan
STIKes Hang Tuah Pekanbaru*

**BUKU PANDUAN MATA KULIAH
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH (KMB) III**

EDISI REVISI KETIGA



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
STIKes HANG TUAH PEKANBARU
PEKANBARU
2021**

Buku Panduan Keperawatan Medikal Bedah (KMB) III

Penulis: Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB

Editor : Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB

**BUKU PANDUAN MATA KULIAH
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH (KMB) III**

EDISI REVISI KTIGA

TIM PENGAJAR

Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB

Ns. Bayu Saputra, M.Kep

Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.MB

TIM TUTOR

Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB

Ns. Bayu Saputra, M.Kep

Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.MB

Ns. T. Abdur Rasyid, M.Kep

INSTRUKTUR

Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB

Ns. Bayu Saputra, M.Kep

Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.MB

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
HANG TUAH PEKANBARU**

VISI

Terjuwudnya 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 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 penjaminan mutu yang konsisten dan berkelanjutan
4. Mewujudkan atmosfer akademik yang kondusif melalui kinerja akademik
5. Menjalani kerjasama dengan berbagai pihak dalam penyelenggaraan Tridharma Perguruan Tinggi
6. Mengembangkan teknologi tepat guna dalam bidang kesehatan

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
STIKes HANG TUAH PEKANBARU**

VISI

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul dan terdepan di Provinsi Riau dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional terutama dalam penanggulangan kecelakaan serta mampu bersaing di pasar global pada tahun 2026

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan tinggi ilmu keperawatan yang bermutu
2. Melaksanakan penelitian dan pengembangan bidang keperawatan serta pengabdian kepada masyarakat sebagai wujud kepedulian untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya dalam penanggulangan kecelakaan
3. Melaksanakan penjaminan mutu secara konsisten berkelanjutan
4. Mewujudkan atmosfer akademik yang kondusif serta menjalin kemitraan dengan institusi pendidikan dan pelayanan keperawatan
5. Menjalinkan kerjasama baik pada institusi pemerintah, swasta, dalam maupun luar negeri.

KATA PENGANTAR

Segala Puji bagi Allah SWT atas karunia-Nya sehingga Buku Panduan Mata Kuliah Keperawatan Medikal Bedah (KMB) III edisi revisi ketiga ini bisa kami terbitkan sebagai panduan bagi dosen dan mahasiswa. Mata kuliah ini memiliki bobot 3 SKS yang membahas tentang pemenuhan kebutuhan klien dewasa dengan gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensoris dan persarafan yang akan diselesaikan dalam waktu 14 (empat belas) kali pertemuan. Pembelajaran pada mata kuliah ini akan diselenggarakan secara daring mengingat kondisi pandemic COVID-19 yang masih berlangsung. Setelah mempelajari mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah III ini, diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan dalam melakukan pengelolaan dan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensoris dan persarafan.

Mata kuliah ini akan mengintegrasikan beberapa cabang ilmu seperti biologi, histologi, biokimia, anatomi, fisiologi, patofisiologi, ilmu penyakit dalam, ilmu keperawatan medikal bedah, farmakologi, gizi, bedah dan rehabilitasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan untuk menilai pencapaian kompetensi mahasiswa, dengan menggunakan evaluasi formatif dan sumatif yang terdiri dari Ujian Tengah

Semester (UTS) dan Ujian Akhir Semester (UAS), OSCE (*objective structure clinical examination*), penugasan dan seminar yang semuanya dilakukan secara daring.

Pekanbaru, September 2021
Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan & Profesi Ners
STIKes Hang Tuah Pekanbaru

Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep

DAFTAR ISI

Visi dan Misi STIKes Hang Tuah Pekanbaru	iv
Visi dan Misi PSIK STIKes Hang Tuah Pekanbaru.....	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	viii
Evaluasi pembelajaran.....	4
Aktivitas pembelajaran.....	7
Aktivitas pembelajaran mingguan.....	11
Tutorial skenario 1.....	29
Irigasi telinga dan mata	37
Pembalutan	52
Pemeriksaan GCS.....	73
Pemeriksaan saraf kranial.....	82
Pemeriksaan tanda rangsang meningeal	108
Perawatan luka	118

PENDAHULUAN

Mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah (KMB) III ini berfokus pada pemenuhan kebutuhan klien dewasa dengan gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensori dan persarafan. Pemberian asuhan keperawatan pada kasus gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensori dan persarafan tersebut berdasarkan proses keperawatan dengan mengaplikasikan ilmu biomedik seperti biologi, histologi, biokimia, anatomi, fisiologi, patofisiologi, ilmu keperawatan medikal bedah, ilmu penyakit dalam, farmakologi, gizi (nutrisi), bedah dan rehabilitasi. Lingkup asuhan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi asuhan terhadap klien.

Mata kuliah ini memiliki bobot 3 SKS, dengan rincian 2 SKS teori dan 1 SKS praktikum (lab skill). Berbagai pengalaman belajar akan diterapkan dalam mata kuliah ini, diantaranya *mini lecture*, *discovery learning (DL)*, *problem based learning (PBL)*, *project based learning (PjBL)*, *small group discussion (SGD)* dan praktik laboratorium/skill lab melalui sistem daring menggunakan *video conference* dan *virtual class* selama masa pandemic COVID-19.

A. Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)

Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran pada mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah (KMB) III ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/ praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok pada bidang keperawatan medikal bedah
2. Menguasai konsep dan prinsip manajemen dalam pengelolaan asuhan keperawatan kepada klien dengan gangguan muskuloskeletal,

integumen, persepsi sensori dan persarafan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan

3. Mampu memberikan asuhan keperawatan yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (patient safety) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah atau belum tersedia
4. Mampu memberikan asuhan keperawatan pada area spesialisasi (keperawatan medikal bedah,) sesuai dengan delegasi dari ners spesialis
5. Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif
6. Mampu mempersiapkan pasien yang akan melakukan pemeriksaan penunjang
7. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan dengan kedalaman dan keluasan terbatas berdasarkan analisis data, informasi, dan hasil kajian dari berbagai sumber untuk menetapkan prioritas asuhan keperawatan
8. Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat;
9. Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan atas perubahan kondisi klien yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat dan melaporkan kondisi dan tindakan asuhan kepada penanggung jawab perawatan
10. Mampu memberikan (administering) obat oral, topical, nasal, parenteral, dan supositoria sesuai standar pemberian obat dan kewenangan yang didelegasikan
11. Mampu melakukan evaluasi dan revisi rencana asuhan keperawatan secara reguler dengan/atau tanpa tim kesehatan lain
12. Mampu melakukan studi kasus secara teratur dengan cara refleksi,

telaah kritis, dan evaluasi serta peer review tentang praktik keperawatan yang dilaksanakannya

13. Mampu melakukan upaya pencegahan terjadinya pelanggaran dalam praktik asuhan keperawatan
14. Mampu merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi program promosi kesehatan, melalui kerjasama dengan sesama perawat, profesional lain serta kelompok masyarakat untuk mengurangi angka kesakitan, meningkatkan gaya hidup dan lingkungan yang sehat
15. Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif;
16. Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan oleh sejawat.

B. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah mengikuti proses pembelajaran selama 14 (empat belas) kali pertemuan mahasiswa diharapkan mampu memahami:

1. CPMK 1: Melakukan simulasi asuhan keperawatan dengan kasus gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensoris dan persarafan pada klien dewasa dengan memperhatikan aspek legal dan etis
2. CPMK 2: Melakukan simulasi pendidikan kesehatan dengan kasus gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensoris dan persarafan pada klien dewasa dengan memperhatikan aspek legal dan etis
3. CPMK 3: Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian kedalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensoris dan persarafan

4. CPMK 4: Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada sekelompok klien dengan gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensori dan persarafan pada klien dewasa dengan memperhatikan aspek etis dan legal
5. CPMK 5: Melaksanakan fungsi advokasi pada kasus dengan gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensori dan persarafan pada klien dewasa
6. CPMK 6: Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus dengan gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensori dan persarafan pada klien dewasa sesuai dengan standar yang berlaku dengan berpikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efektif dan efisien.

C. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub CPMK)

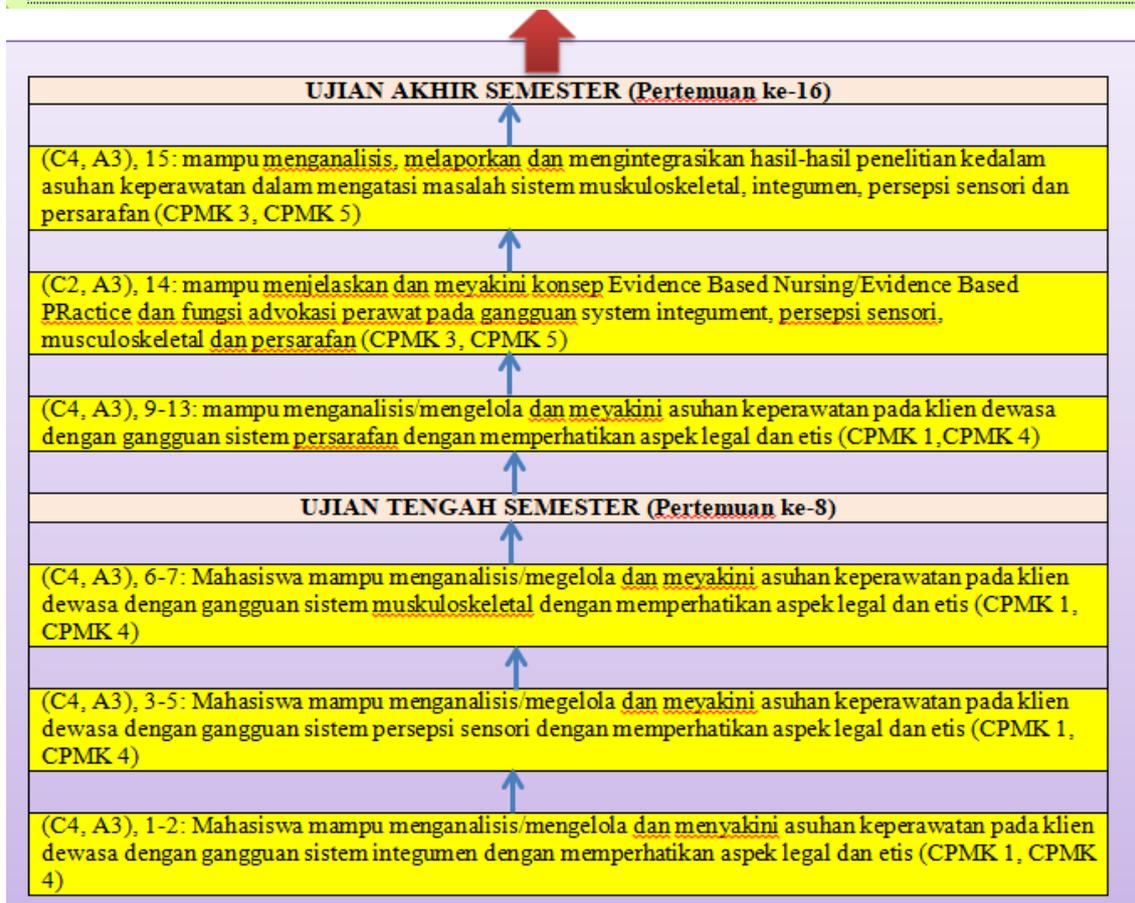
Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran KMB 3, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan dan menyakini konsep penyakit, patofisiologi, farmakologi, dan terapi diet pada gangguan sistem muskuloskeletal (fraktur), sistem integumen (luka bakar, kanker kulit, dermatitis), sistem persepsi sensori (glaukoma, katarak, otitis, vertigo) dan persarafan (cedere serebrovaskuler, tumor otak, bell's palsy, meningitis-encephalitis, multiple sclerosis, miastenia gravis, sindrom guilan barre, hernia nukleus pulposus) serta tindakan pencegahan untuk gangguan-gangguan system tersebut
2. Menganalisis dan meyakini asuhan keperawatan (pengkajian, pengelolaan pemeriksaan diagnostic/laboratorium, analisis data, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi)

3. Menganalisis, memprakarsai, merancang pendidikan kesehatan pada gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensoris dan persarafan
4. Mengatur dan memilah persiapan, pelaksanaan dan paskapemeriksaan diagnostik dan laboratorium pada masalah gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensoris dan persarafan
5. Menganalisis dan melaporkan trend dan issue serta hasil-hasil penelitian terkait gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensoris dan persarafan
6. Mengatur manajemen kasus pada gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensoris dan persarafan
7. Menerapkan dan memilah peran dan fungsi advokat perawat pada gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensoris dan persarafan
8. Mendemonstrasikan dan menampilkan berbagai intervensi keperawatan pada gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensoris dan persarafan

D. Pemetaan Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Melakukan simulasi asuhan keperawatan dengan kasus gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensori dan persarafan pada klien dewasa dengan memperhatikan aspek legal dan etis
2. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan dengan kasus gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensori dan persarafan pada klien dewasa dengan memperhatikan aspek legal dan etis
3. Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian kedalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensori dan persarafan
4. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada sekelompok klien dengan gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensori dan persarafan pada klien dewasa dengan memperhatikan aspek etis dan legal
5. Melaksanakan fungsi advokasi pada kasus dengan gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensori dan persarafan pada klien dewasa
6. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus dengan gangguan sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensori dan persarafan pada klien dewasa sesuai dengan standar yang berlaku dengan berpikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efektif dan efisien



E. Keterkaitan dengan Mata Kuliah Lain

Mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah III berkaitan dengan mata kuliah lain yang telah dan akan dipelajari mahasiswa yaitu:

1. Ilmu Dasar Keperawatan I dan II
2. Keperawatan Dasar I dan II
3. Konsep Dasar Keperawatan I dan II
4. Keperawatan Medikal Bedah I, dan II
5. Keperawatan Gawat Darurat
6. Keperawatan Kritis
7. Keperawatan Bencana,
8. Keperawatan HIV-AIDS dan
9. Praktik Klinis Keperawatan Medikal Bedah

EVALUASI PEMBELAJARAN

A. KRITERIA PENILAIAN

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

1. Penilaian teori

No	Penilaian	Presentase
1	Penugasan b. Penugasan individu c. Penugasan kelompok	10% 5%
2	Tutorial	10%
2	Ujian Tengah Semester (UTS)	35%
3	Ujian Akhir Semester (UAS)	35%
4	<i>Softskill</i>	5%
TOTAL		100%

2. Penilaian praktikum: OSCE 57%, Tugas individu (video praktikum mandiri) 29%, Tugas kelompok (14%)

Penilaian teori maupun praktikum akan dilaksanakan melalui system daring menggunakan *video conference* dan *virtual class*.

B. NILAI LULUS MATA AJAR

Sistem penilaian berdasarkan acuan STIKes Hang Tuah Pekanbaru dalam nilai angka mutu, huruf mutu, dan bobot. Nilai batas lulus untuk setiap mata ajar pada kurikulum KKNi adalah C (55-59).

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

C. KRITERIA BOLEH MENGIKUTI UJIAN

1. Kehadiran minimal 80%
2. Persentase kehadiran praktikum/*lab skill* wajib 100%
3. Telah mengumpulkan semua tugas yang diberikan baik tertulis, tidak tertulis ataupun berbentuk video.

D. JENIS SOAL MCQ

Ujian	Topik	Tujuan					Jumlah Soal
		C2	C3	C4	C5	C6	
	Askep luka bakar		3	3			6
	Askep kanker kulit, dermatitis		4	4			8
	Askep glaukoma dan katarak		3	3			6
	Askep vertigo dan otitis		3	3			6
	Askep fraktur		3	3			6
	Askep cedera serebrovaskuler		4	4			8
Total soal UTS							40
UAS	Askep dislokasi, gangguan tulang belakang		4	4			8

	Askep HNP		3	3			6
	Askep miastenia gravis, sindrom guillain-barre		4	4			8
	Askep meningitis		3	3			6
	Askep tumor otak, bell's palsy		3	4			7
Total soal UAS							35

AKTIVITAS PEMBELAJARAN

Mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah III terdiri dari 14 (empat belas) kali pertemuan pembelajaran. Oleh karena itu, disiapkan aktivitas pembelajaran yang sesuai dengan tujuan pembelajaran yang akan dicapai. Aktivitas pembelajaran pada mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah III yang akan digunakan untuk mencapai tujuan pembelajaran adalah :

1. Belajar mandiri (*discovery learning*)

Pada pembelajaran orang dewasa, mahasiswa dapat belajar secara mandiri dari berbagai sumber belajar eksternal seperti perpustakaan, *website* (internet & intranet), buku, artikel dan jurnal. Metode belajar mandiri berbentuk pelaksanaan tugas membaca atau kajian jurnal oleh mahasiswa tanpa bimbingan atau pengajaran khusus. Dalam metode ini mahasiswa akan terlebih dahulu mendapatkan penjelasan tentang proses dan hasil yang diharapkan serta diberikan daftar bacaan sesuai kebutuhan. Dengan belajar mandiri diharapkan dapat meningkatkan kemampuan kerja dan memberikan kesempatan pada mahasiswa untuk memperdalam pengetahuan secara aktif.

2. Kuliah pakar (*mini lecture*)

Metode kuliah pakar/ceramah pakar berbentuk penjelasan pengajar kepada mahasiswa melalui sistem daring atau dalam jaringan jarak jauh, dapat berupa *virtual class* dan *video conference* dan biasanya diikuti dengan tanya jawab tentang isi pelajaran yang belum jelas. Hal yang perlu dipersiapkan pengajar adalah daftar topik yang akan diajarkan dan media visual atau materi pembelajaran. Selama kuliah pakar, seluruh dosen diwajibkan menggunakan pendekatan *Student Centered Learning* (SCL). Dalam kuliah pakar ini, mahasiswa juga

diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas selama proses kuliah atau belajar mandiri.

3. Praktikum/*lab skills*

Praktikum/*lab skill* merupakan praktik/demonstrasi keterampilan keperawatan di laboratorium keperawatan dengan menggunakan probandus/manikin untuk simulasi intervensi keperawatan pada kasus gangguan muskuloskeletal, integumen, persepsi sensori dan persarafan. Jenis keterampilan klinis pada mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah III ini meliputi pemeriksaan Glasgow Coma Scale (GCS), pemeriksaan rangsangan meningeal, tes saraf kranial, *wound care*, irigasi mata dan telinga, dan balut/restrain yang akan dilakukan secara daring menggunakan video demonstrasi.

Untuk evaluasi praktikum dapat dilakukan salah satunya dengan memberikan tugas kepada mahasiswa untuk melakukan praktikum mandiri di rumah sesuai panduan. Hasil simulasi praktikum mandiri, dapat ditulis dalam bentuk laporan tertulis atau berupa video yang selanjutnya dikirim melalui platform yang tersedia kepada dosen pengampu.

4. Tutorial (*Problem Based Learning*)

Tutorial yang dilakukan adalah diskusi dalam kelompok kecil dengan menggunakan *Problem Based Learning* (PBL) yang akan dilakukan secara daring menggunakan *video conference*. Mahasiswa dibagi menjadi 4 kelompok yang beranggotakan 10-12 mahasiswa. Tutorial dijadwalkan 1 kali seminggu. Untuk mencapai tujuan pembelajaran, mahasiswa diberikan skenario kasus yang akan didiskusikan secara

kelompok dengan pendekatan *seven jump*. Pada mata kuliah ini terdapat satu skenario kasus yang akan dibahas dalam dua kali pertemuan. Pertemuan pertama akan melakukan langkah 1-5. Kemudian langkah 6 mahasiswa menggunakan sumber belajar eksternal/belajar mandiri untuk mengumpulkan informasi. Kemudian pertemuan kedua mahasiswa akan melanjutkan diskusi berdasarkan referensi untuk langkah 7.

Adapun langkah-langkah *seven jump* adalah sebagai berikut:

1. Menentukan kata kunci (istilah) dan definisi
2. Menetapkan permasalahan/ mengajukan pertanyaan
3. Curah pendapat
4. Menarik hipotesa sementara
5. Menetapkan *learning objective* atau tujuan pembelajaran
6. Mengumpulkan informasi, dan
7. Berbagi Informasi

5. Seminar (*small group discussion*)

Metode seminar berbentuk kegiatan belajar bekerja sama dengan sesama anggota kelompoknya dalam mengerjakan tugas/membahas topik sesuai dengan yang diberikan dosen dalam bentuk tugas makalah yang akan dipresentasikan sesuai dengan kelompok masing-masing melalui sistem daring atau dalam jaringan jarak jauh menggunakan *virtual class* dan *video conference*.

6. Penugasan (*discovery learning*)

Penugasan merupakan metode yang digunakan dengan tujuan mahasiswa mencari informasi secara mandiri sesuai dengan topik yang

ditetapkan. Penugasan diberikan tentang topik yang akan dipelajari untuk kemudian dibahas dengan kuliah pakar/*mini lecture* atau seminar/*small group discussion*. Pemberian dan pengumpulan penugasan akan menggunakan *virtual class*

AKTIVITAS PEMBELAJARAN MINGGUAN

A. Rincian aktivitas pembelajaran mingguan

Pertemuan ke	Hari/tanggal	Waktu	Topik	Metode	Dosen
1	Kelas A Rabu/15-9-2021 Kelas B Kamis/16-9-2021	10.00-11.40 WIB	Askep pasien dengan luka bakar	<i>Mini lecture, brainstorming via e-learning htp, google meet Quiz</i>	Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB
2	Kelas A Rabu/22-9-2021 Kelas B Kamis/23-9-2021	10.00-11.40 WIB	Askep pasien dengan kanker kulit (melanoma, karsinoma sel basal, karsinoma sel skuamosa), dermatitis	<i>Small group discussion, discovery learning, case sstudy via e-learning htp, google meet</i>	Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB
3	Kelas A Rabu/29-9-2021 Kelas B Kamis/30-9-2021	10.00-11.40 WIB	Askep pasien dengan katarak dan glaukoma	<i>Small group discussion, discovery learning, case sstudy via e-learning htp, google meet</i>	Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB
4	Kelas A Rabu/06-10-2021 Kelas B Kamis/07-10-2021	10.00-11.40 WIB	Askep pasien dengan vertigo dan otitis	<i>Small group discussion, discovery learning, case sstudy via e-learning htp, google meet</i>	Ns. Bayu Saputra, M.Kep
5	Kelas A Rabu/13-10-2021 Kelas B Kamis/14-10-2021	10.00-11.40 WIB	Askep pasien dengan fraktur	<i>Mini lecture, brainstorming via e-learning htp, google meet Quiz</i>	Ns. Bayu Saputra, M.Kep
6	Kelas A Rabu/20-10-2021	10.00-11.40 WIB	Askep pasien dengan cedera serebrovaskuler	<i>Problem based learnig, self directed learning,</i>	Tim Tutor

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul dan terdepan di Provinsi Riau dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional terutama dalam penanggulangan kecelakaan serta mampu bersaing di pasar global pada tahun 2026

	Kelas B Kamis/21-10-2021			<i>collaborative learning, brainstorming via e-learning htp, google meet</i>	
7	Kelas A Rabu/27-10-2021 Kelas B Kamis/28-10-2021	10.00-11.40 WIB	Askep pasien dengan cedera serebrovaskuler	<i>Problem based learnig, self directed learning, collaborative learning, brainstorming via e-learning htp, google meet</i>	Tim Tutor
UJIAN TENGAH SEMESTER					
8	Kelas A Rabu/10-11-2021 Kelas B Kamis/11-11-2021	10.00-11.40 WIB	Askep pasien dengan dislokasi, gangguan tulang belakang	<i>Small group discussion, discovery learning, case sstudy via e-learning htp, google meet</i>	Ns. Bayu Saputra, M.Kep
9	Kelas A Rabu/17-11-2021 Kelas B Kamis/18-10-2021	10.00-11.40 WIB	Askep pasein dengan Hernia nucleus pulposus (HNP)	<i>Mini lecture, brainstorming via e-learning htp, google meet Quiz</i>	Ns. Bayu Saputra, M.Kep
10	Kelas A Rabu/24-11-2021 Kelas B Kamis/25-11-2021	10.00-11.40 WIB	Askep pasien dengan miastenia gravis dan sindrom guilan barre	<i>Small group discussion, discovery learning, case sstudy via e-learning htp, google meet</i>	Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB
11	Kelas A Rabu/01-12-2021 Kelas B Kamis/02-12-2021	10.00-11.40 WIB	Askep pasien dengan meningitis	<i>Mini lecture, brainstorming via e-learning htp, google meet Quiz</i>	Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.MB
12	Kelas A Rabu/08-12-2021 Kelas B	10.00-11.40 WIB	Askep pasie dengan tumor otak dan bell's palsy	<i>Small group discussion, discovery learning, case sstudy via e-learning htp, google meet</i>	Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.MB

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul dan terdepan di Provinsi Riau dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional terutama dalam penanggulangan kecelakaan serta mampu bersaing di pasar global pada tahun 2026

	Kamis/09-12-2021				
13	Kelas A Rabu/15-12-2021 Kelas B Kamis/16-12-2021	10.00-11.40 WIB	Konsep evidence based nursing (EBN)/evidence based practice (EBP) dan fungsi advokasi perawat	<i>Mini lecture, brainstorming via e-learning htp, google meet Quiz</i>	Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB
14	Kelas A Rabu/22-12-2021 Kelas B Kamis/23-12-2021	10.00-11.40 WIB	EBN, fungsi advokasi perawat dan trend issue dalam gangguan system musculoskeletal, integument, persepsi sensori dan persarafan	<i>Small group discussion, discovery learning, self directed learning, via e-learning htp, google meet</i>	Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB
UJIAN AKHIR SEMESTER					

Rincian aktivitas pembelajaran praktikum

Pertemuan ke	Hari/tanggal	Waktu	Topik	Metode	Dosen
1	Kelas A Rabu/15-9-2021 Kelas B Kamis/16-9-2021	13.00 – 15.40 WIB	- <i>Wound care</i> (untuk luka kronik dan luka akut) - Kelompok 1	- <i>Lab skills</i> (video demonstrasi, <i>feedback via whatsapp groups</i> dan video praktikum mandiri)	Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.MB
2	Kelas A Rabu/22-9-2021 Kelas B Kamis/23-9-2021	13.00 – 15.40 WIB	- <i>Wound care</i> (untuk luka kronik dan luka akut) - Kelompok 2	- <i>Lab skills</i> (video demonstrasi, <i>feedback via whatsapp groups</i> dan video praktikum mandiri)	Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.MB
3	Kelas A Rabu/29-9-2021 Kelas B Kamis/30-9-2021	13.00 – 15.40 WIB	- Irigasi mata dan telinga - Kelompok 1	- <i>Lab skills</i> (video demonstrasi, <i>feedback via whatsapp groups</i> dan video praktikum mandiri)	Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB
4	Kelas A Rabu/06-10-2021 Kelas B Kamis/07-10-2021	13.00 – 15.40 WIB	- Irigasi mata dan telinga - Kelompok 2	- <i>Lab skills</i> (video demonstrasi, <i>feedback via whatsapp groups</i> dan video praktikum mandiri)	Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB
5	Kelas A Rabu/13-10-2021 Kelas B Kamis/14-10-2021	13.00 – 15.40 WIB	- Balut, restrain - Kelompok 1	- <i>Lab skills</i> (video demonstrasi, <i>feedback via whatsapp groups</i> dan video praktikum mandiri)	Ns. Bayu Saputra, M.Kep
6	Kelas A Rabu/20-10-2021	13.00 – 15.40 WIB	- Balut, restrain	- <i>Lab skills</i> (video demonstrasi, <i>feedback</i>)	Ns. Bayu Saputra, M.Kep

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul dan terdepan di Provinsi Riau dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional terutama dalam penanggulangan kecelakaan serta mampu bersaing di pasar global pada tahun 2026

	Kelas B Kamis/21-10-2021		- Kelompok 2	<i>via whatsapp groups</i> dan video praktikum mandiri)	
7	Kelas A Rabu/27-10-2021 Kelas B Kamis/28-10-2021	13.00 – 15.40 WIB	- Pemeriksaan GCS - Kelompok 1	- <i>Lab skills</i> (video demonstrasi, <i>feedback</i> <i>via whatsapp groups</i> dan video praktikum mandiri)	Ns. Bayu Saputra, M.Kep
UJIAN TENGAH SEMESTER					
8	Kelas A Rabu/10-11-2021 Kelas B Kamis/11-11-2021	13.00 – 15.40 WIB	- Pemeriksaan GCS - Kelompok 2	- <i>Lab skills</i> (video demonstrasi, <i>feedback</i> <i>via whatsapp groups</i> dan video praktikum mandiri)	Ns. Bayu Saputra, M.Kep
9	Kelas A Rabu/17-11-2021 Kelas B Kamis/18-10-2021	13.00 – 15.40 WIB	- Pemeriksaan Saraf Kranial - Kelompok 1	- <i>Lab skills</i> (video demonstrasi, <i>feedback</i> <i>via whatsapp groups</i> dan video praktikum mandiri)	Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.MB
10	Kelas A Rabu/24-11-2021 Kelas B Kamis/25-11-2021	13.00 – 15.40 WIB	- Pemeriksaan saraf kranial - Kelompok 2	- <i>Lab skills</i> (video demonstrasi, <i>feedback</i> <i>via whatsapp groups</i> dan video praktikum mandiri)	Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.MB
11	Kelas A Rabu/01-12-2021 Kelas B Kamis/02-12-2021	13.00 – 15.40 WIB	- Pemeriksaan rangsang meningeal - Kelompok 1	- <i>Lab skills</i> (video demonstrasi, <i>feedback</i> <i>via whatsapp groups</i> dan video praktikum mandiri)	Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep.,Sp.Kep.MB
12	Kelas A Rabu/08-12-2021 Kelas B	13.00 – 15.40 WIB	- Pemeriksaan rangsang meningeal - Kelompok 2	- <i>Lab skills</i> (video demonstrasi, <i>feedback</i> <i>via whatsapp groups</i> dan video praktikum mandiri)	Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep.,Sp.Kep.MB

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul dan terdepan di Provinsi Riau dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional terutama dalam penanggulangan kecelakaan serta mampu bersaing di pasar global pada tahun 2026

	Kamis/09-12-2021				
13	Kelas A Rabu/15-12-2021 Kelas B Kamis/16-12-2021	13.00 – 15.40 WIB	- <i>Early ambulation, body movement/body mechanic, pain management</i> - Kelompok 1	- <i>Project based learning, discovery learning, self directed g via e-learning htp</i>	Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep.,Sp.Kep.MB
14	Kelas A Rabu/22-12-2021 Kelas B Kamis/23-12-2021	13.00 – 15.40 WIB	- <i>Early ambulation, body movement/body mechanic, pain management</i> - Kelompok 2	- <i>Project based learning, discovery learning via e-learning htp</i>	Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep.,Sp.Kep.MB
UJIAN AKHIR SEMESTER					

B. Rincian Penugasan

Pertemuan Ke	Capaian Pembelajaran/ Kemampuan akhir yang diharapkan	Metode & Media Pembelajaran	Materi Pembelajaran	Kegiatan Dosen	Kegiatan Mahasiswa	Kriteria Penilaian	Media	Waktu	Bobot Nilai
2	(C4, A3) Mahasiswa mampu menganalisis/mengelola dan menyakini	- <i>Small groups discussion (daring via</i>	Konsep penyakit melanoma, karsinoma sel basal, karsinoma asel skuamosa, dermatitis	- Memberikan <i>feedback</i> dan menilai laporan penugasan kelompok	- Semua mahasiswa bergabung ke <i>virtual class e-learning htp</i> - 4 kelompok	Kesesuaian pembahasan makalah dengan konsep yang dipelajari,	- Format penilaian makalah - Format	1 minggu	0,7%

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul dan terdepan di Provinsi Riau dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional terutama dalam penanggulangan kecelakaan serta mampu bersaing di pasar global pada tahun 2026

	asuhan keperawatan pada klien dewasa dengan gangguan sistem integumen dengan memperhatikan aspek legal dan etis (CPMK 1, CPMK 4)	<p><i>google meet</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Discovery learning</i> (daring <i>via elearning htp</i>) - <i>Case study</i> 	(defenisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinik, komplikasi, penatalaksanaan medis), terapi nutrisi untuk pasien, pencegahan primer, sekunder, tersier penyakit,	<p>mahasiswa yang dikumpulkan di e-learning htp</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menilai kegiatan diskusi/presentasi mahasiswa di google meet 	<p>mahasiswa membuat pembahasan sesuai dengan tugas yang diberikan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tugas dikumpulkan dalam bentuk pdf sehari sebelum waktu SGD melalui e-learning htp - Format penamaan tugas: kelas_topik_kelompok contoh Kelas A_melanoma_kelompok 1 - Hari H, tugas didiskusikan/dipresentasikan melalui google meet 	keaktifan saat diskusi	penilaian presentasi		
3	(C4, A3) Mahasiswa mampu	- <i>Small groups discuss</i>	Konsep penyakit katarak dan glaukoma	- Memberikan <i>feedback</i> dan menilai	- 4 kelompok mahasiswa membuat	Kesesuaian pembahasan makalah	- Format penilaian	1 minggu	0,7%

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul dan terdepan di Provinsi Riau dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional terutama dalam penanggulangan kecelakaan serta mampu bersaing di pasar global pada tahun 2026

	menganalisis/m elola dan meyakini asuhan keperawatan pada klien dewasa dengan gangguan sistem persepsi sensori dengan memperhatikan aspek legal dan etis (CPMK 1, CPMK 4)	<i>ion</i> (daring <i>via</i> <i>google</i> <i>meet</i>) - <i>Discovery</i> <i>learning</i> <i>g</i> (daring <i>via</i> <i>elearning</i> <i>htp</i>) - <i>Case</i> <i>study</i>	(defenisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinik, komplikasi, penatalaksanaan medis), terapi nutrisi untuk pasien, pencegahan primer, sekunder, tersier penyakit, Asuhan keperawatan: pengkajian, pemeriksaan penunjang (persiapan, pelaksanaan, pascapemeriksaan) , analisa data, diagnosis, intervensi	laporan penugasan kelompok mahasiswa yang dikumpulkan di e-learning htp - Menilai kegiatan diskusi/prese ntasi mahasiswa di google meet	pembahasan sesuai dengan tugas yang diberikan - Tugas dikumpulkan dalam bentuk pdf sehari sebelum waktu SGD melalui e- learning htp - Format penaamaan tugas: kelas_topik_k elompok contoh Kelas A_melanoma_ kelompok 1 - Hari H, tugas didiskusikan/ dipresentasika n melalui google meet	dengan konsep yang dipelajari, keaktifan saat diskusi	makala h - Format penilaian present asi		
4	(C4, A3) Mahasiswa	- <i>Small</i> <i>groups</i>	Konsep penyakit vertigo dan otitis	- Memberikan <i>feedback</i> dan	- 4 kelompok mahasiswa	Kesesuaian pembahasan	- Format penilaian	1 minggu	0,7%

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul dan terdepan di Provinsi Riau dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional terutama dalam penanggulangan kecelakaan serta mampu bersaing di pasar global pada tahun 2026

	mampu menganalisis/mengelola dan meyakini asuhan keperawatan pada klien dewasa dengan gangguan sistem persepsi sensori dengan memperhatikan aspek legal dan etis (CPMK 1, CPMK 4)	<i>discussion</i> (daring via <i>google meet</i>) - <i>Discovery learning</i> (daring via <i>elearning htp</i>) - <i>Case study</i>	(defenisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinik, komplikasi, penatalaksanaan medis), terapi nutrisi untuk pasien, pencegahan primer, sekunder, tersier penyakit, Asuhan keperawatan: pengkajian, pemeriksaan penunjang (persiapan, pelaksanaan, pascapemeriksaan), analisa data, diagnosis, intervensi	menilai laporan penugasan kelompok mahasiswa yang dikumpulkan di e-learning htp - Menilai kegiatan diskusi/presentasi mahasiswa di <i>google meet</i>	membuat pembahasan sesuai dengan tugas yang diberikan - Tugas dikumpulkan dalam bentuk pdf sehari sebelum waktu SGD melalui e-learning htp - Format penamaan tugas: kelas_topik_kelompok contoh Kelas A_melanoma_kelompok 1 - Hari H, tugas didiskusikan/dipresentasikan melalui <i>google meet</i>	makalah dengan konsep yang dipelajari, keaktifan saat diskusi	n makalah - Format penilaian presentasi		
8	(C4, A3) Mahasiswa mampu menganalisis/m	- <i>Small groups discussion</i>	Konsep penyakit dislokasi dan gangguan tulang belakang:	- Memberikan <i>feedback</i> dan menilai laporan	- 4 kelompok mahasiswa membuat pembahasan	Kesesuaian pembahasan makalah dengan konsep	- Format penilaian makalah	1 minggu	0,7%

	<p>engelola dan meyakini asuhan keperawatan pada klien dewasa dengan gangguan sistem muskuloskeletal dengan memperhatikan aspek legal dan etis (CPMK 1, CPMK 4)</p>	<p>(daring via google meet) - <i>Discovery learning</i> (daring via elearning htp) - <i>Case study</i></p>	<p>lordosis, kiposis, skoliosis (definisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinik, komplikasi, penatalaksanaan medis), terapi nutrisi untuk pasien, pencegahan primer, sekunder, tersier penyakit,</p> <p>Asuhan keperawatan: pengkajian, pemeriksaan penunjang (persiapan, pelaksanaan, pascapemeriksaan), analisa data, diagnosis, intervensi</p>	<p>penugasan kelompok mahasiswa yang dikumpulkan di e-learning htp - Menilai kegiatan diskusi/presentasi mahasiswa di google meet</p>	<p>sesuai dengan tugas yang diberikan - Tugas dikumpulkan dalam bentuk pdf sehari sebelum waktu SGD melalui e-learning htp - Format penamaan tugas: kelas_topik_kelompok contoh Kelas A_melanoma_kelompok 1 - Hari H, tugas didiskusikan/dipresentasikan melalui google meet</p>	<p>yang dipelajari, keaktifan saat diskusi</p>	<p>- Format penilaian presentasi</p>		
10	(C4, A3) Mahasiswa	- <i>Small groups</i>	Konsep penyakit dislokasi dan	- Memberikan <i>feedback</i> dan	- 4 kelompok mahasiswa	Kesesuaian pembahasan	- Format penilaian	1 minggu	0,7%

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul dan terdepan di Provinsi Riau dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional terutama dalam penanggulangan kecelakaan serta mampu bersaing di pasar global pada tahun 2026

	<p>mampu menganalisis/mengelola dan meyakini asuhan keperawatan pada klien dewasa dengan gangguan sistem persarafan dengan memperhatikan aspek legal dan etis (CPMK 1, CPMK 4)</p>	<p><i>discussion</i> (daring via <i>google meet</i>) - <i>Discovery learning</i> (daring via <i>elearning htp</i>) - <i>Case study</i></p>	<p>gangguan tulang belakang: lordosis, kiposis, skoliosis (definisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinik, komplikasi, penatalaksanaan medis), terapi nutrisi untuk pasien, pencegahan primer, sekunder, tersier penyakit,</p> <p>Asuhan keperawatan: pengkajian, pemeriksaan penunjang (persiapan, pelaksanaan, pascapemeriksaan), analisa data, diagnosis, intervensi</p>	<p>menilai laporan penugasan kelompok mahasiswa yang dikumpulkan di e-learning htp</p> <p>- Menilai kegiatan diskusi/presentasi mahasiswa di google meet</p>	<p>membuat pembahasan sesuai dengan tugas yang diberikan</p> <p>- Tugas dikumpulkan dalam bentuk pdf sehari sebelum waktu SGD melalui e-learning htp</p> <p>- Format penamaan tugas: kelas_topik_kelompok contoh Kelas A_melanoma_kelompok 1</p> <p>- Hari H, tugas didiskusikan/dipresentasikan melalui google meet</p>	<p>makalah dengan konsep yang dipelajari, keaktifan saat diskusi</p>	<p>n makalah</p> <p>- Format penilaian presentasi</p>		
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--

12	(C4, A3) Mahasiswa mampu menganalisis/mengelola dan meyakini asuhan keperawatan pada klien dewasa dengan gangguan sistem persarafan dengan memperhatikan aspek legal dan etis (CPMK 1, CPMK 4)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Small groups discussion</i> (daring via <i>google meet</i>) - <i>Discovery learning</i> (daring via <i>elearning htp</i>) - <i>Case study</i> 	Konsep penyakit bell's palsy dan tumor otak (defenisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinik, komplikasi, penatalaksanaan medis), terapi nutrisi untuk pasien, pencegahan primer, sekunder, tersier penyakit, Asuhan keperawatan: pengkajian, pemeriksaan penunjang (persiapan, pelaksanaan, pascapemeriksaan), analisa data, diagnosis, intervensi	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan <i>feedback</i> dan menilai laporan penugasan kelompok mahasiswa yang dikumpulkan di e-learning htp - Menilai kegiatan diskusi/presentasi mahasiswa di google meet 	<ul style="list-style-type: none"> - 4 kelompok mahasiswa membuat pembahasan sesuai dengan tugas yang diberikan - Tugas dikumpulkan dalam bentuk pdf sehari sebelum waktu SGD melalui e-learning htp - Format penamaan tugas: kelas_topik_kelompok contoh Kelas A_melanoma_kelompok 1 - Hari H, tugas didiskusikan/dipresentasikan melalui google meet 	Kesesuaian pembahasan makalah dengan konsep yang dipelajari, keaktifan saat diskusi	<ul style="list-style-type: none"> - Format penilaian makalah - Format penilaian presentasi 	1 minggu	0,7%
14	(C4, A3)	- <i>Small</i>	- Eksplorasi	- Memberikan	- 8 kelompok	Kesesuaian	- Format	1	0,7%

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul dan terdepan di Provinsi Riau dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional terutama dalam penanggulangan kecelakaan serta mampu bersaing di pasar global pada tahun 2026

	Mahasiswa mampu menganalisis, melaporkan dan mengintegrasikan hasil-hasil penelitian kedalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensori dan persarafan (CPMK 3, CPMK 5)	<i>groups discussion</i> (daring via <i>google meet</i>) - <i>Discovery learning</i> (daring via <i>elearning htp</i>) - <i>Case study</i>	jurnal tentang intervensi pada gangguan muskuloskeletal, integument, persepsi sensori, dan persarafan - Eksplorasi jurnal tentang trend/issu terbaru dan fungsi advokasi perawat pada gangguan muskuloskeletal, integument, persepsi sensori, dan persarafan	<i>feedback</i> dan menilai laporan penugasan kelompok mahasiswa yang dikumpulkan di e-learning htp - Menilai kegiatan diskusi/presentasi mahasiswa di google meet	mahasiswa membuat pembahasan sesuai dengan tugas yang diberikan - Tugas dikumpulkan dalam bentuk pdf sehari sebelum waktu SGD melalui e-learning htp - Format penamaan tugas: kelas_topik_kelompok contoh Kelas A_melanoma_kelompok 1 - Hari H, tugas didiskusikan/dipresentasikan melalui google meet	pembahasan makalah dengan konsep yang dipelajari, keaktifan saat diskusi	penilaian makalah - Format penilaian presentasi	minggu	
--	---	--	---	---	---	--	--	--------	--

C. Kaitan Capaian Pembelajaran dengan Metode Pembelajaran serta Metode Evaluasi

No	Capaian pembelajaran	Metode pembelajaran (daring)						Metode evaluasi (daring)				Video mandiri
		Mini lecture	DL	PjBL	Praktik labor	SGD	PBL	Ujian tulis	Makalah	Quiz	OSCE	
1	Mahasiswa mampu menganalisis/mengelola asuhan keperawatan pada klien dewasa dengan gangguan sistem integumen dengan memperhatikan aspek legal dan etis	√	√		√	√		√	√	√	√	√
2	Mahasiswa mampu menganalisis/mengelola asuhan keperawatan pada klien dewasa dengan gangguan sistem persepsi sensoris dengan memperhatikan aspek legal dan etis		√		√	√		√	√			√
3	Mahasiswa mampu menganalisis dan mengelola asuhan keperawatan pada klien dewasa dengan gangguan sistem muskuloskeletal dengan memperhatikan aspek legal dan etis	√	√		√	√		√	√	√	√	√
4	Mahasiswa mampu menganalisis/mengelola asuhan keperawatan pada klien dewasa dengan gangguan sistem persarafan dengan memperhatikan aspek legal dan etis	√	√		√	√	√	√	√	√	√	√
5	Mahasiswa mampu mengintegrasikan hasil-hasil penelitian kedalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah sistem muskuloskeletal, integumen, persepsi sensoris dan persarafan		√	√		√			√			

D. Daftar rujukan

1. Ackley, B.J., & Ladwig, G.B. (2013). *Nursing diagnosis handbook: an evidence based guide to planning care, 10th edition*. Mosby: Elsevier Inc.
2. Barber, B., & Robertson, D. (2012). *Essential for pharmacology for nurses, 2nd edition*. Belland Baind Ltd: Glasgaw.
3. Black, J.M., & Hawks, J.K. (2014). *Keperawatan medikal bedah: Manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan (3-vol set)*. Edisi Bahasa Indonesia 8. Singapore: Elsevier (S) Pte Ltd
4. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., McCloskey, D.J.M., & Wagner, C. (2012). *Nursing intervension classification (NIC), 6e*. Mosby: Elsevier Inc.
5. Dudek, S.G. (2013). *Nutrition essenstials for nursing practice, 7th*. Lippincott: William Wilkins
6. Grodner, M., Escott-Stump, S., & dorner, S. (2006). *Nutriotional foundtations and clinical applications: A nursing approach. 6th edition*. St. Louis: Mosby Elsevier.
7. Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Maas, M.L., & Swanson, S. (2012). *NOC and NIC linkage to NANDA-I and clinical conditions: Supporting critical reasoning and quality care, 3rd edidtion*. Mosby: Elsevier Inc.
8. Huether, S.E., & McCance, K.L. (2016). *Understanding pathophysiology, 6th edition*. Mosby: Elsevier Inc.
9. Lewis, Sl., Dirksen, S.r., Heitkemper, M.M., & Bucher, L. (2014). *Medical surgical nursing, Assessment and management of clinical problems, 9th edidtion*. Mosby: Elsevier Inc.
10. Lynn, P. (2011). *Taylor's handbook of clinical nursing skill*. China: Wolter Kluwer Health

11. Madara, B., & Denino, V.P. (2008). *Pathophysiology: Quick look nursing, 2nd ed.* Jones and Barklet Publisher: Sudbury.
12. McCance, K.I., & Huether, S.E. (2013). *Pathophysiology: The biology basic for disease in adults and children, 7th edition.* Mosby: Elsevier Inc.
13. McCuistion, L.E., Kee, J.L., & Hayes, F.R. (2014). *Pharmacology: A patient-centered nursing process approach. 8th ed.* Saunders: Elsevier Inc.
14. Moorehead, S., Johnson, M., Maas, M.L., & Swanson, E. (2012). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes, 5th edition.* Mosby: Elsevier Inc.
15. Nanda International. (2014). *Nursing diagnoses 2015-2017: Defenition and classification (Nanda International).* Philadelphia: Wiley Blackwell
16. Silverthorn, D.U. (2012). *Human physiology: An integrated approach, 6th edition.*
17. Skidmore-Roth, L. (2009). *Mosby's 2009 nursing drug reference.* Toronto: Mosby.
18. Waugh, A., Grant, A., Nurachmah, E., & Angriani, R. (2011). *Dasar-dasar anatomi dan fisiologi Ross dan Wilson.* Edisi Indonesia 10. Singapore: Elsevier Pte Ltd.
19. Waugh, A., & Grant, A. (2014). *Buku kerja anatomi dan fisiologi Ross and Wilson. Edisi bahasa indonesia 3.* Churchill Livingstone: Elsevier (Singapore) Pte Ltd
20. Isselbacher, K. J, et al (Eds.). (2000). *Harrison prinsip-prinsip ilmu penyakit dalam.* Jakarta: EGC
21. Price, S.A & Wilson, L.M. (2005). *Patofisiologi: Konsep klinis proses-proses penyakit.* Jakarta: EGC
- 22.** Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal-bedah.* Vol 1-3. Jakarta: EGC

MATERI TUTORIAL

Asimetris

Seorang laki-laki usia 54 tahun dirawat di ruang saraf dengan penurunan kesadaran mendadak 1 hari sebelum masuk RS. Awalnya pasien masih sempat mengobrol dan masih bisa beraktivitas setelah itu pasien mendadak sulit berjalan. Beberapa hari sebelumnya pasien merasakan nyeri kepala yang makin lama makin berat, pasien muntah dan wajah tidak simetris. Sebulan sebelum masuk RS pasien mengeluh kelemahan pada lengan dan tungkai kanan. Pasien riwayat hipertensi namun jarang control. Hasil pemeriksaan fisik kesadaran stupor, TD 200/100 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi pernapasan 24x/menit, suhu 37,1⁰C, reflex Babinski (+), reflex chaddock (+), tonus otot normal, kekuatan otot sulit dinilai, nervus trigeminus reflex kornea positif, nervus fasialis terdapat lateralisasi kearah dekstra. Hasil CT-scan kepala ditemukan hemoragi cerebri. Pemeriksaan laboratorium kolesterol 211 mg/dl, HDL 34 mg/dl, LDL 157 mg/dl. Terapi medis yang diperoleh manitol, ranitidine injeksi 50 mg per 8 jam, ceftriaxone 1 gr per 12 jam, citicolin 250 mg per 8 jam, captopril 25 mg per 8 jam, B-compleks 100 mg per 12 jam.

Kata kunci:

Stroke hemoragik

Pertanyaan yang mungkin muncul :

1. Apakah kondisi yang terjadi pada pasien di skenario diatas?
2. Apakah kemungkinan faktor penyebab sehingga terjadi kondisi seperti di skenario?
3. Mengapa muncul tanda dan gejala pada pasien seperti di skenario?
4. Bagaimanakah penanganan yang tepat untuk mengatasi masalah pasien pada skenario?
5. Apakah komplikasi yang bisa terjadi pada pasien di skenario jika masalah tidak segera diatas?
6. Apa sajakah pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pada pasien sesuai skenario?
7. Bagaimana asuhan keperawatan pada kasus di skenario?

Konsep yang dipelajari

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE

Stroke merupakan kondisi yang sering menyebabkan kematian dan kecacatan, terutama pada lanjut usia, terjadi ketika aliran darah menuju otak berhenti secara mendadak dan menyebabkan hipoksia pada jaringan otak (Waugh & Grant, 2011). Stroke adalah kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Muttaqin, 2011). Penyebab utama terjadinya stroke adalah infark serebral (85%) dan perdarahan spontan intrakranial (15%) (Waugh & Grant, 2011).

Etiologi

Menurut Waugh & Grant (2011), berikut adalah penyebab terjadinya stroke:

1. Infark serebral: disebabkan atheroma yang diperparah dengan thrombosis atau sumbatan pada arteri yang disebabkan oleh embolus (contoh: *ineffective endocarditis*).
2. Perdarahan spontan intracranial: umumnya berhubungan dengan aneurisma atau hipertensi. Darah yang keluar dari pembuluh darah yang pecah dapat mengakibatkan spasme arteri, iskemia, infark, fibrosis dan kerusakan otak karena hipoksia.
3. Perdarahan intraserebral: hipertensi menahun menyebabkan pembentukan multiple aneurisma pada dinding pembuluh darah arteri yang sangat kecil di otak. Pecahnya satu atau lebih aneurisma tersebut, diikuti dengan peningkatan pembuluh darah, dapat menyebabkan perdarahan intraserebral.
4. Perdarahan subaraknoid: hal ini biasanya terjadi karena rupturnya aneurisma beripada pada salah satu arteri besar di serebral atau perdarahan karena malformasi congenital pembuluh darah. Perdarahan terlokalisasi namun biasanya menyebar di ruang subaraknoid otak dan spinal cord.

Menurut Muttaqin (2011), penyebab stroke diantaranya:

1. Trombosis serebri

Terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi, sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemia serebri. Trombosis dapat terjadi pada kondisi-kondisi aterosklerosis, hiperkoagulasi, dan arteritis

2. Emboli

Penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak atau udara yang umumnya berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat system arteri serebri.

3. Hemoragik

Perdarahan intracranial atau intraserebri meliputi perdarahan di ruang subarachnoid atau di dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi.

4. Hipoksia umum

Bias disebabkan karena hipertensi yang parah, henti jantung paru, dan curah jantung turun akibat aritmia

5. Hipoksia Lokal

Disebabkan karena adanya spasme arteri serebri dan vasokonstriksi arteri otak disertai migren.

Faktor predisposisi stroke diantaranya:

1. Hipertensi
2. Atheroma
3. Perokok dan konsumsi alkohol
4. Diabetes Mellitus
5. Obesitas dan kolesterol tinggi
6. Kontrasepsi oral
7. Penyalahgunaan obat

Klasifikasi stroke

A. Stroke menurut patologi dari serangan stroke:

1. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan perdarahan serebri atau mungkin subaraknoid yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu.

Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologis fokal yang akut dan disebabkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan (bukan karena trauma kapitis), disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah pada otak (Muttaqin, 2011).

2. Stroke Non-Hemoragik (Iskemik)

Iskemia, emboli, thrombosis menimbulkan hipoksia dan selanjutnya menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder

B. Stroke berdasarkan perjalanan penyakit atau stadiumnya:

1. TIA (Trans Ischemic Attack): gangguan neurologis local yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.
2. Stroke involusi: stroke yang terjadi masih terus berkembang, gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses dapat berjalan 24 jam atau beberapa hari
3. Stroke komplet: gangguan neurologis yang timbul sudah menetap atau permanen

Pemeriksaan Penunjang

- Angiografi serebri (MRA)
- Lumbal pungsi
- CT Scan
- MRI
- USG Doppler
- EEG
- Perawatan darah rutin, lengkap dan kimia darah

Penatalaksanaan Stroke

Penatalaksanaan awal pada stroke difokuskan pada meminimalkan kerusakan yang terjadi akibat stroke, menjaga perfusi serebral yang adekuat dan menurunkan risiko keparahan atau stroke berulang (Guitierrez & Peterson, 2007). Pengobatan yang

dilakukan selain untuk menangani akibat stroke, juga harus dilakukan terhadap faktor yang menyebabkan terjadinya stroke (contoh: Diabetes Mellitus dan Hipertensi). Setelah pasien stabil dan tidak menunjukkan adanya peningkatan keparahan, maka terapi rehabilitasi bisa dilakukan untuk meminimalisir deficit neurologis.

Berikut adalah beberapa penatalaksanaan pada stroke:

- Vasodilator
- Histamin, aminophilin, asetazolamid dan papaverin intraarterial
- Medikasi antitrombosit
- Antikoagulan
- Pembedahan: endosterektomi karotis, revaskularisasi, dan ligasi arteri karotis komunis
- Fisioterapi
- Pengaturan nutrisi

Komplikasi Stroke

Kesempatan pulih dari stroke sangat beragam dan tergantung pada seberapa parah kerusakan jaringan yang ada, begitu juga dengan komplikasi yang bisa terjadi pasien stroke. Stroke hemoragik menyebabkan rata-rata kematian sampai dengan 70%, dan meningkat jika perdarahan pada bagian intraserebral meningkat. Rata-rata 10%-15% pasien strok iskemik tidak mampu bertahan. Komplikasi stroke tergantung dari tingkat keparahan jaringan yang rusak dan bagian mana yang mengalami kerusakan. Sebagian besar pasien mengalami kecacatan pada bagian motorik yang mengganggu mobilitas pasien, jika pasien mendapatkan tirah baring yang lama tanpa reposisi yang optimal, maka akibat lanjutnya pasien bias mengalami dekubitus. Produktivitas pasien juga akan menurun, dan dapat berdampak terhadap factor social dan ekonomi.

Asuhan keperawatan pada pasien Stroke

Pengkajian

- Kaji aktivitas dan istirahat

- Kaji sirkulasi dan eliminasi pada pasien
- Kaji kenyamanan dan keamanan pasien
- Kaji status neurosensori pasien
- Kaji pernapasan pasien
- Kaji integritas ego dan kemampuan interaksi social pasien

Masalah keperawatan

- Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
- Risiko gangguan perfusi jaringan serebral
- Gangguan mobilitas fisik
- Gangguan komunikasi verbal
- Perubahan persepsi sensori
- Defisit perawatan diri
- Risiko aspirasi
- Kurang pengetahuan
- Ansietas, Harga diri rendah
- Gangguan citra tubuh

Rencana intervensi keperawatan (berdasarkan NANDA, NOC, dan NIC)

Diagnosis keperawatan	NOC	NIC
<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d cedera otak (gangguan neurovaskular)</p>	<p>1. Perfusi jaringan serebral Outcome: <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah, dari 1 (tidak normal) menjadi 5 (normal) • Tekanan intrakranial meningkat dari 1 (tidak normal) menjadi 5 (normal) • sakit kepala meningkat dari 1 (tidak normal) menjadi 5 (normal) </p> <p>2. Status neurologis Outcome: <ul style="list-style-type: none"> • Kontrol motorik pusat, meningkat dari 1 (gangguan berat) menjadi 5 (normal) • Fungsi motorik dan sensorik, meningkat dari 1 (gangguan berat) menjadi 5 (normal) • Komunikasi sesuai dengan situasi, meningkat dari 1 (gangguan berat) menjadi 5 (normal) </p>	<p>Peningkatan perfusi serebral Aktivitas: <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian agen untuk meningkatkan cairan intravaskular seperti kristaloid agar menjaga perfusi serebral - Kolaborasi pemberian agen yang meningkatkan perfusi serebral seperti brainact - Pantau intake dan output cairan - Pantau status respirasi seperti frekuensi, kedalaman, nilai AGD - Pantau status neurologis </p> <p>Pemantauan neurologis Aktivitas: <ul style="list-style-type: none"> - Pantau tonus otot, pergerakan otot, langkah dan propriosepsi - Pantau tanda-tanda vital - Pantau status pernapasan: AGD, saturasi oksigen, kedalaman, frekuensi, usaha bernapas dan pola. - Pantau refleks fisiologis/patologis - Pantau karekteristik bicara: kefasihan bicara, adanya afasia, atau kesulitan untuk menemukan kata-kata. - Pantau kesimetrisan wajah, penonjolan lidah dan keluhan sakit kepala. </p>

Referensi

- Aaranson, P.I. & Ward, J.P.T. (2008). *At a glance: system kardiovaskular*. Jakarta: EGC.
- Davey, P. (2005). *At a glance: medicine*. Jakarta: EGC.
- Gleadle, J. (2007). *At a glance: anamnesis dan perawatan fisik*. Jakarta: EGC.
- Guitierrez, K.J., & Peterson, P.G. (2007). *Saunders nursing survival guide: pathophysiology*. Philadelphia: Elsevier.
- Kozier, B., dkk. (1985). *Fundamental of nursing: concept and process and practice*. Redow city: Addison wisely.
- Morton, P.G. (2003). *Panduan perawatan kesehatan dengan dokumentasi soapie*. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A. (2011). *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan system persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sibernagl, S. & Lang, F. (2007). *Teks dan atlas berwarna: patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2001). *Keperawatan medikal medah (Volume 2)*. Jakarta: EGC.
- Waugh, A & Grant, A. (2011). *Anatomy and physiology in health and illness, 11th ed.* Philadelphia; Elsevier.

IRIGASI TELINGA DAN MATA

Skenario 1: “*clean my ears, pleasee....*”

Seorang perempuan usia 20 tahun datang ke poli THT dengan keluhan telinga sebelah kanan berdenging dan pendengannya menurun. Perawat melakukan pemeriksaan telinga dan melihat adanya impaksi serumen pada telinga kanan pasien. Kemudian pada pasien dilakukan prosedur irigasi telinga

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti skill lab ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan indikasi dilakukannya irigasi mata dan irigasi telinga
2. Mendemonstrasikan prosedur irigasi mata
3. Mendemonstrasikan prosedur irigasi telinga

AKTIVITAS PEMBELAJARAN

No	Aktivitas	Yang Terlibat	Waktu
1	Pembukaan		
	a. Pre-test	Mahasiswa	10 menit
	b. Penjelasan Instruktur	Instruktur	20 menit
2	Pelaksanaan		
	a. Role play instruktur	Instruktur	30 menit
	b. Role play mahasiswa	Mahasiswa	100 menit
3	Penutup		
	Post-test dan feedback	Mahasiswa dan Instruktur	20 menit
Total			180 menit

IRIGASI TELINGA DAN MATA

IRIGASI TELINGA

Serumen merupakan produksi normal dari kelenjar serumen yang terdapat di meatus eskterna telinga, bersifat sedikit asam, memiliki efek bakterisida dan dapat berbentuk seperti lengket, kering atau mengeripik. Pengeluaran serumen menuju pintu masuk liang telinga terjadi akibat migrasi epitel dan pergerakan rahang. Normalnya pada liang telinga ditemukan sedikit serumen, ketiadaan serumen menandakan kondisi kulit yang kering, adanya infeksi atau proses pembersihan telinga yang berlebihan sehingga mengganggu produksi normal serumen (Derby hospital, 2013; Hayter, 2016).

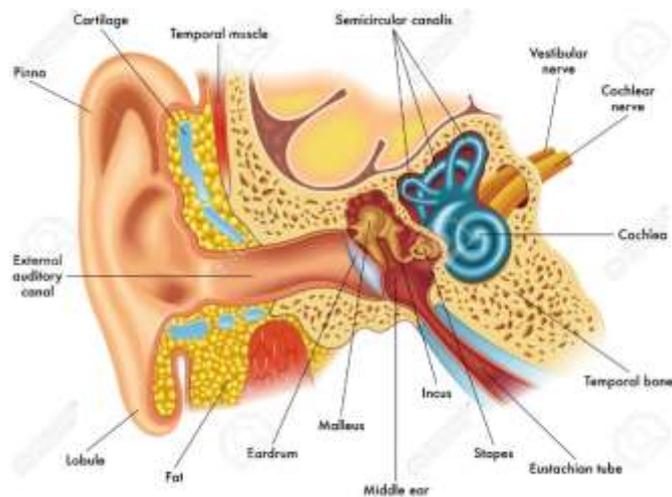
Pembersihan serumen normalnya jarang dibutuhkan, kecuali jika terdapat penumpukan serumen yang bersifat simptomatik maka pembersihan serumen mungkin dibutuhkan. Penumpukan serumen biasanya terjadi pada individu yang memiliki saluran telinga yang sempit, menggunakan alat bantu dengar, sering memasukkan alat-alat ke telinganya, kecemasan, stres, faktor diet atau keturunan. Penumpukan serumen jika tidak dibersihkan dapat menyebabkan tinitus, gangguan pendengaran, vertigo, nyeri dan terjadinya pengeluaran cairan dari telinga (Derby hospital, 2013; Branstetter & Pflleghaar, 2017).

Irigasi telinga dilakukan untuk memfasilitasi pengeluaran impaksi serumen yang telah menimbulkan gejala pada pasien seperti gatal, nyeri, batuk kronis dan penurunan pendengaran. Indikasi lain adalah tidak terlihat membran timpani karena adanya serumen saat perawatan membran timpani diperlukan (Branstetter & Pflleghaar, 2017).

Kontraindikasi (Branstetter & Pflleghaar, 2017; Hayter, 2016)

- Pasien mendapatkan komplikasi pada prosedur irigasi telinga sebelumnya
- Riwayat infeksi telinga tengah dalam 6 minggu terakhir

- Pasien yang baru saja menjalani operasi telinga
- Pasien pernah mengalami perforasi telinga atau pernah mengalami pengeluaran mukus/cairan dari telinga dalam setahun terakhir
- Pasien mengalami palatoschizis (diperbaiki atau tidak)
- Pasien sedang mengalami otitis eksterna akut dan pinna lunak
- Trauma wajah



Gambar anatomi telinga

Sumber: https://www.123rf.com/photo_66863654_stock-vector-ear-anatomy.html



Gambar anatomi telinga luar

Sumber: <https://www.myvmc.com/anatomy/ear/>

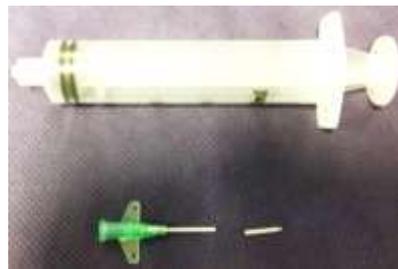
Prosedur irigasi telinga harus dilakukan hati-hati pada pasien dengan pengguna antikoagulan, diabetes melitus, gangguan sistem kekebalan tubuh, tinitus, dan pusing (Hayter, 2016).

Komplikasi dari irigasi telinga. Irigasi telinga dapat menyebabkan otitis eksterna, vertigo, perforasi membran timpani, dan kerusakan telinga tengah jika dilakukan pada membran timpani yang berlubang, namun hal ini jarang terjadi jika irigasi dilakukan dengan teknik *syringe* dan *IV catheter*. Kemudian jika menggunakan *cerumen spoon* untuk menarik serumen yang tersisa/selama irigasi dapat menyebabkan kerusakan pada kulit yang menutupi saluran pendengaran eksterna jika tidak dilakukan dengan hati-hati. Komplikasi yang terjadi ini dapat menimbulkan gejala berupa rasa nyeri mendadak, tinitus, hilangnya kemampuan mendengar, mual, dan pusing (Branstetter & Pflagher, 2017).

Prosedur irigasi telinga

Alat dan bahan:

- Cairan irigasi yang dibutuhkan (air steril, normal saline, dan lain-lain), suhu cairan hangat, disesuaikan dengan suhu tubuh normal (37-40°C). Jumlah cairan tidak lebih dari 500 ml per telinga (untuk mencegah risiko perforasi, iritasi, edema dan infeksi)
- Kom steril
- *Syringe* 10 ml, 20 ml, 30 ml atau sampai 60 ml tanpa jarum
- IV catheter ukuran 16 atau 18 (jarum dikeluarkan)
- Perlak
- Handuk
- Lidi kapas
- Tissue, kassa
- Bengkok
- Otokop



Cara kerja:

1. Siapkan alat-alat yang dibutuhkan.
2. Perkenalkan diri, jelaskan tujuan, prosedur dan lama waktu kegiatan
3. Menanyakan kesiapan pasien dan memberikan kesempatan pasien untuk bertanya
4. Cuci tangan, dekatkan peralatan, dan tes suhu cairan dengan menggunakan termometer atau dengan meneteskan cairan pada bagian dalam pergelangan tangan. Pastikan suhu cairan hangat. Suhu cairan yang dingin dapat menyebabkan pusing atau mual akibat stimulasi sensor keseimbangan pada kanalis semisirkularis
5. Kaji adanya keabnormalan pada meatus eksterna dan membran timpani dengan menggunakan otoskop.
6. Atur posisi pasien yang memungkinkan pandangan yang baik. Miringkan kepala pasien ke arah bahu/telinga yang berlawanan dengan telinga yang akan diirigasi. Luruskan saluran telinga dengan menarik lembut daun telinga ke atas dan ke belakang (dewasa) atau ke bawah dan ke belakang (anak). Hidupkan cahaya otoskop dan masukkan spekulum tepat di dalam pembukaan liang telinga. Perhatikan adanya kemerahan, benda asing, bengkak dan drainase pada liang telinga. Perhatikan membran timpani terhadap adanya perforasi, perubahan warna dan pembengkakan (pengembangan). Membran timpani normalnya abu-abu dan berkilau seperti mutiara.
7. Sebelum irigasi dimulai, untuk membantu melunakkan serumen dapat dilakukan penetesan air hangat 2-4 tetes dan biarkan selama 15 menit. Metode ini lebih efektif dibandingkan irigasi saja.
8. Letakkan perlak dan handuk dibawah dagu pasien
9. Minta bantuan pasien untuk memegang bengkak di bawah telinga yang akan diirigasi
10. Pakai sarung tangan

11. Tarik cairan pengirigasi ke dalam spuit, buang udara, dan kemudian pasang IV kateter pada ujungnya
12. Dengan tangan non-dominan tarik telinga ke atas dan ke belakang. Tangan dominan memegang spuit, letakkan di pangkal saluran telinga.
13. Alirkan cairan pengirigasi dengan perlahan ke arah superior-posterior dinding telinga, jangan arahkan langsung pada membran timpani karena dapat menyebabkan perforasi, sambil posisi telinga dipertahankan. Lakukan sampai cairan habis. Jika pasien mengeluh nyeri, pusing, tinitus, atau jika setelah diirigasi dengan cairan 500 ml serumen tetap, hentikan irigasi.
14. Miringkan kepala ke arah telinga yang diirigasi sampai cairan habis keluar. Amati apakah pada cairan terdapat serumen atau benda asing
15. Keringkan daun telinga dan liang telinga dengan kapas/lidi kapas/tissue
16. Letakkan kassa pada liang telinga, minta pasien miring ke arah telinga yang diirigasi, biarkan selama 5-10 menit.
17. Rapikan pasien, bereskan alat-alat yang digunakan.
18. Dokumentasikan: indikasi dilakukannya irigasi telinga; kontraindikasi jika ditemukan; jenis, jumlah dan suhu cairan yang digunakan; jumlah dan karakteristik serumen yang dikeluarkan; hasil observasi saluran telinga sebelum dan setelah irigasi; dan gejala yang dikeluhkan pasien.

IRIGASI MATA

Irigasi mata merupakan suatu tindakan untuk mencuci kantong konjungtiva mata dengan cara mengalirkan cairan ke mata. Adapun indikasi dilakukannya irigasi mata adalah (Stevens, 2016):

- Untuk membersihkan benda asing atau mukus yang berlebihan dari mata pada kondisi mata kemasukan benda asing atau infeksi akut mata
- Untuk membersihkan/mencuci mata secara menyeluruh setelah mengalami cedera kimiawi

Irigasi pada mata yang terkena bahan kimiawi merupakan suatu tindakan darurat. Larutan alkali dan asam pada mata dapat menyebabkan kerusakan serius pada kornea dan konjungtiva, yang mengakibatkan kehilangan penglihatan jangka panjang. Semakin cepat bahan kimia dapat diencerkan dan dihilangkan, maka semakin kecil kemungkinan terjadinya kerusakan pada permukaan mata (Stevens, 2016; Sandwell & West Birmingham Hospitals, 2012). Irigasi yang bertujuan untuk menghilangkan benda asing dilakukan selama lebih kurang 1 menit. Sedangkan irigasi yang dilakukan karena cedera kimiawi dilakukan minimal selama 15 menit (lebih baik jika sampai 30 menit). Kemudian dianjurkan untuk terus melanjutkan irigasi selama 12-24 jam dengan menggunakan drip saline normal (Stevens, 2016).

Prosedur irigasi mata

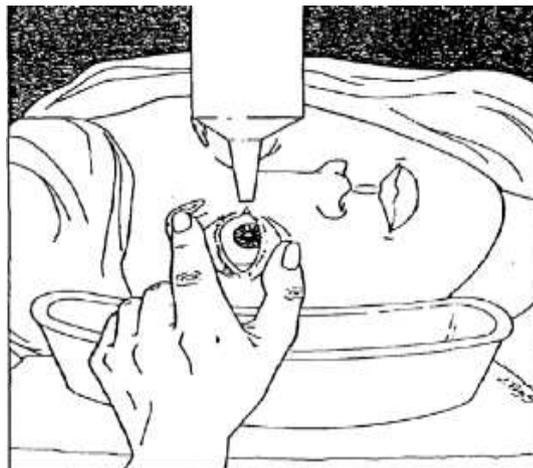
Alat dan bahan

- Cairan pengirigasi steril (normal salin, aquadest) hangat (suhu tubuh, sekitar 37°C)
- Kom steril
- *Syringe* 60 ml
- Bengkok
- Sarung tangan
- Handuk
- Perlak
- Tissue
- Kapas/lidi kapas

Cara kerja

1. Cuci tangan. Pasang sarung tangan
2. Atur posisi pasien miring ke arah mata yang akan diirigasi
3. Lindungi daerah leher dan bahu dengan perlak dan handuk
4. Letakkan bengkok di bawah mata atau di pipi pada sisi area yang sakit

5. Bersihkan secara lembut kelopak mata dan bulu mata dengan lidi kapas yang telah dibasahi dengan cairan pengirigasi
6. Isu *syringe* dengan cairan pengirigasi, tes suhu cairan di pergelangan tangan
7. Buka kelopak mata pasien dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan nondominan, tangan dominan memegang *syringe*
8. Secara perlahan dan mantap, tuang cairan dari *syringe* dengan jarak *syringe* dari mata sekitar 2-5 cm. Tuang cairan dari kantung mata dalam ke kantung mata luar sepanjang kantong konjungtiva untuk permukaan depan mata. Irigasi juga area di dalam kelopak mata bawah, dan di bawah kelopak mata atas. Jika memungkinkan, balikkan kelopak mata atas untuk mengakses semua forniks konjungtiva atas. Jangan tuangkan cairan langsung pada kornea mata



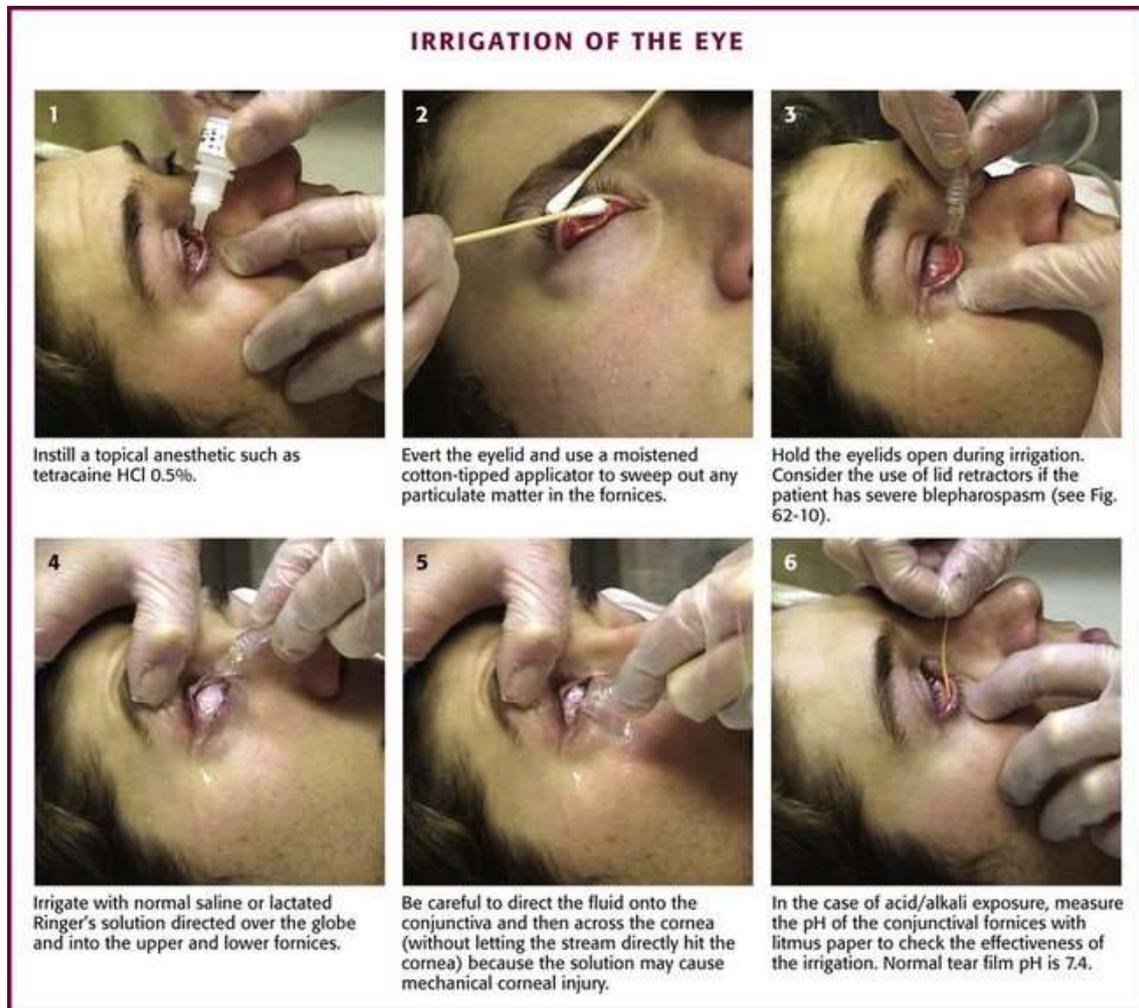
Gambar. Posisi untuk irigasi mata

Sumber:

http://fqhcproviders.net/uploads/3/0/3/7/3037726/eye_irrigation_procedures_and_guidelines_7_2012.pdf

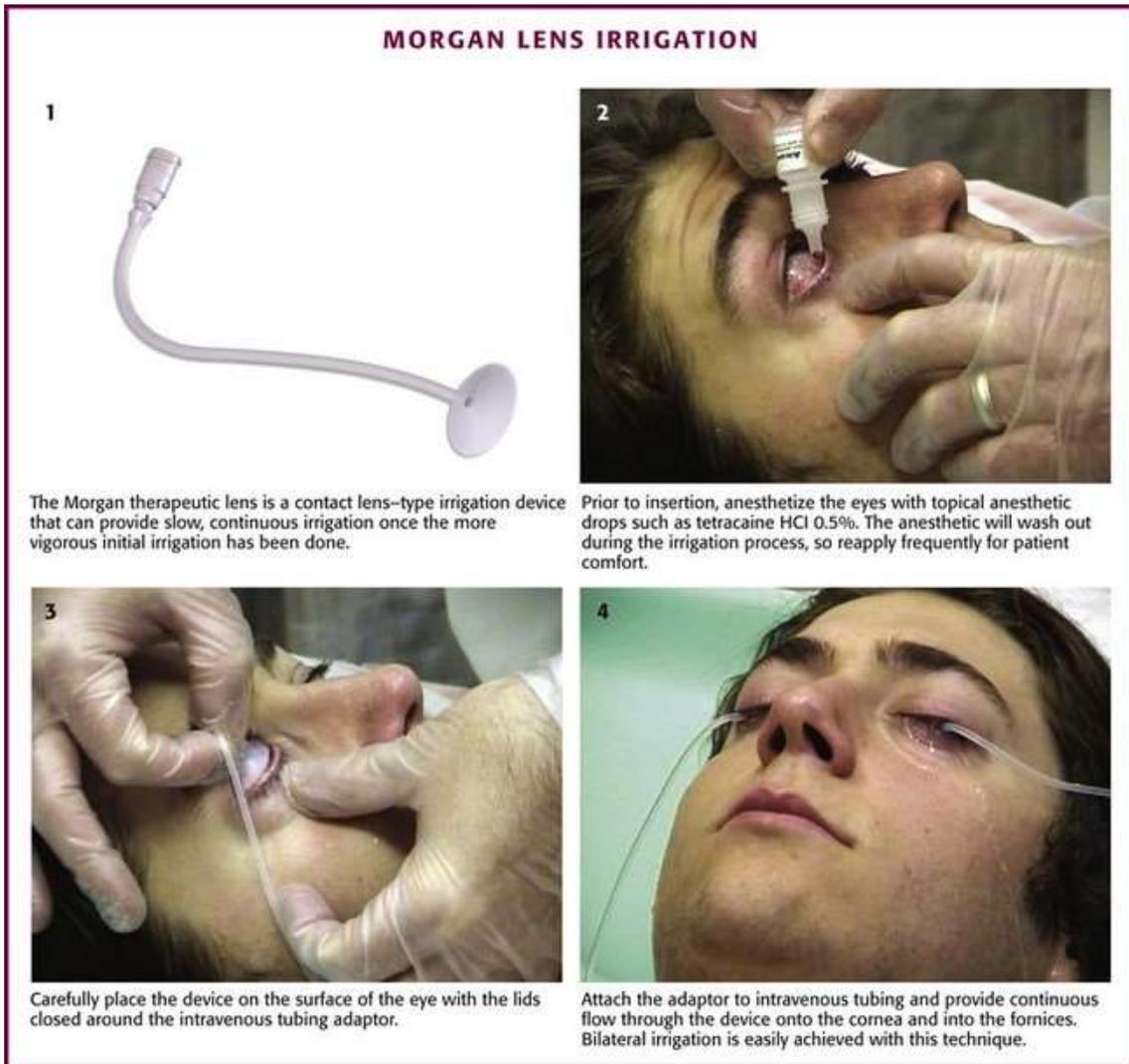
9. Minta pasien untuk menggerakkan matanya kesegala arah sambil irigasi dipertahankan. Lanjutkan tindakan sampai air yang keluar dari mata terlihat jernih.
10. Jika kelopak mata memerah, segera hentikan irigasi dan keringkan kelopak mata dengan menepuk-nepuk ringan area disekitar mata. Jangan lakukan tepukan langsung diatas mata pasien.
11. Rapikan pasien dan alat. Cuci tangan

12. Dokumentasi: ketajaman penglihatan setelah prosedur, jenis dan jumlah cairan pengirigasi yang digunakan, respon pasien.



Gambar. Prosedur irigasi mata

Sumber: <https://clinicalgate.com/ophthalmologic-procedures/>



Gambar. Irigasi mata kontinyu menggunakan morgan lens irrigation
 Sumber: <https://clinicalgate.com/ophthalmologic-procedures/>



Gambar. Cara alternatif untuk irigasi kontinyu mata menggunakan nasal kanul
 Sumber: <https://www.aliem.com/2010/04/trick-of-trade-eye-irrigation-setup/>

DAFTAR PUSTAKA

- Hayter, K. (2016). Listen up for safe ear irrigation. *Nursing2016*, 46(6), 62-65.
doi: 10.1097/01.NURSE.0000481437.02178.3b. diakses dari
https://journals.lww.com/nursing/fulltext/2016/06000/listen_up_for_safe_ear_irrigation.16.aspx
- Branstetter, J.A., & Pfleghaar, N. (2017). *Ear irrigation*. Diakses dari
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459335/>
- Stevens, S. (2016). How to irrigate the eye. *Community Eye Health*, 29(95), 56.
Diakses dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5340106/>
- Sandwell & West Birmingham Hospitals. (2012). *Ophthalmic nursing procedure: Guidelines for irrigation of the eye*. Diakses dari
<http://bmec.swbh.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/03/EYE-IRRIGATION.pdf>

FORMAT PENILAIAN IRIGASI TELINGA

NAMA :

NIM :

No	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
A	Preinteraksi 1. Cek catatan medis dan keperawatan 2. Validasi perasaan perawat 3. Siapkan alat-alat yang dibutuhkan 4. Cuci tangan			
B	Tahap orientasi 1. Beri salam, perkenalkan diri, panggil klien dengan namanya 2. Evaluasi perasaan klien 3. Jelaskan prosedur tindakan, tujuan dan lama tindakan			
C	Tahap kerja 1. Dekatkan peralatan 2. Pastikan suhu cairan sesuai*. 3. Kaji adanya keabnormalan pada meatus eksterna dan membran timpani dengan menggunakan otoskop* 4. Atur posisi pasien, miringkan kepala pasien ke arah bahu/telinga yang berlawanan dengan telinga yang akan diirigasi. Luruskan saluran telinga dengan menarik lembut daun telinga ke atas dan ke belakang (dewasa) atau ke bawah dan ke belakang (anak)* 5. Hidupkan cahaya otoskop dan masukkan spekulum tepat di dalam pembukaan liang telinga. Perhatikan adanya kemerahan, benda asing, bengkak dan drainase pada liang telinga serta kondisi membran timpani 6. Sebelum irigasi dimulai, untuk membantu melunakkan serumen dapat dilakukan penetasan air hangat 2-4 tetes dan biarkan selama 15 menit 7. Letakkan pernak dan handuk dibawah dagu pasien. Minta bantuan pasien untuk memegang bengkok di bawah telinga yang akan diirigasi 8. Pakai sarung tangan 9. Tarik cairan pengirigasi ke dalam spuit, buang udara, dan kemudian pasang IV kateter pada ujungnya* 10. Dengan tangan non-dominan tarik telinga ke atas dan ke belakang. Tangan dominan memegang spuit, letakkan di pangkal saluran telinga. Alirkan cairan pengirigasi dengan perlahan ke arah superior-posterior dinding telinga sampai habis* 11. Miringkan kepala kearah telinga yang diirigasi sampai cairan habis keluar. Amati apakah pada cairan terdapat serumen atau benda asing* 12. Keringkan daun telinga dan liang telinga dengan kapas/lidi			

	kapas/tissue 13. Letakkan kassa pada liang telinga, minta pasien miring ke arah telinga yang diirigasi, biarkan selama 5-10 menit 14. Rapikan pasien, bereskan alat-alat yang digunakan			
D	Tahap terminasi 1. Evaluasi respon pasien 2. Kontrak untuk selanjutnya 3. Cuci tangan			
E	Dokumentasi Indikasi dilakukannya irigasi telinga; kontraindikasi jika ditemukan; jenis, jumlah dan suhu cairan yang digunakan; jumlah dan karakteristik serumen yang dikeluarkan; hasil observasi saluran telinga sebelum dan setelah irigasi; dan gejala yang dikeluhkan pasien.			

Ket:

* = aspek penting harus dilakukan

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan dengan tidak sempurna

2 = dilakukan dengan sempurna

Pekanbaru,2021

Penilai

$$\text{Nilai} = \frac{\text{jumlah poin yang diperoleh}}{\text{poin tertinggi}} \times 100\%$$

Mahasiswa dinyatakan lulus jika nilai ≥ 75

(.....)

FORMAT PENILAIAN IRIGASI MATA

NAMA :

NIM :

No	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
A	Preinteraksi 1. Cek catatan medis dan keperawatan 2. Validasi perasaan perawat 3. Siapkan alat-alat yang dibutuhkan 4. Cuci tangan			
B	Tahap orientasi 1. Beri salam, perkenalkan diri, panggil klien dengan namanya 2. Evaluasi perasaan klien 3. Jelaskan prosedur tindakan, tujuan dan lama tindakan			
C	Tahap kerja 1. Atur posisi pasien miring ke arah mata yang akan diirigasi 2. Lindungi daerah leher dan bahu dengan pernak dan handuk 3. Letakkan bengkok di bawah mata atau di pipi pada sisi area yang sakit 4. Bersihkan secara lembut kelopak mata dan bulu mata dengan lidi kapas yang telah dibasahi dengan cairan pengirigasi 5. Isi <i>syringe</i> dengan cairan pengirigasi, tes suhu cairan di pergelangan tangan* 6. Buka kelopak mata pasien dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan nondominan, tangan dominan memegang <i>syringe</i> * 7. Secara perlahan dan mantap, tuang cairan dari <i>syringe</i> dengan jarak <i>syringe</i> dari mata sekitar 2-5 cm*. 8. Tuang cairan dari kantung mata dalam ke kantung mata luar sepanjang kantong konjungtiva untuk permukaan depan mata. Irigasi juga area di dalam kelopak mata bawah, dan di bawah kelopak mata atas. Jika memungkinkan, balikkan kelopak mata atas untuk mengakses semua forniks konjungtiva atas. Jangan tuangkan cairan langsung pada kornea mata* 9. Minta pasien untuk menggerakkan matanya kesegala arah sambil irigasi dipertahankan. Lanjutkan tindakan sampai air yang keluar dari mata terlihat jernih*. 10. Jika kelopak mata memerah, segera hentikan irigasi dan keringkan kelopak mata dengan menepuk-nepuk ringan area disekitar mata. Jangan lakukan tepukan langsung diatas mata pasien. 11. Rapikan pasien dan alat.			
D	Tahap terminasi 1. Evaluasi respon pasien 2. Kontrak untuk selanjutnya 3. Cuci tangan			

E	Dokumentasi Ketajaman penglihatan setelah prosedur, jenis dan jumlah cairan pengirigasi yang digunakan, respon pasien.			
---	--	--	--	--

Ket:

* = aspek penting harus dilakukan

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan dengan tidak sempurna

2 = dilakukan dengan sempurna

Pekanbaru,2021

Penilai

$$\text{Nilai} = \frac{\text{jumlah poin yang diperoleh}}{\text{poin tertinggi}} \times 100\%$$

Mahasiswa dinyatakan lulus jika nilai ≥ 75

(.....)

PEMBALUTAN

Skenario 2. “*oh my leg.....*”

Seorang laki-laki usia 40 tahun, pekerja bangunan, terjatuh saat pasien bekerja, kaki pasien tidak bisa digerakkan karena sangat nyeri. Hasil pemeriksaan menunjukkan pasien mengalami fraktur

Tujuan pembelajaran

Setelah mengikuti skill lab ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami prinsip pembalutan pada berbagai kondisi cedera muskuloskeletal
2. Mendemonstrasikan tindakan pembalutan pada cedera muskuloskeletal dengan menggunakan berbagai alat

Aktivitas pembelajaran

No	Aktivitas	Yang Terlibat	Waktu
1	Pembukaan		
	a. Pre-test	Mahasiswa	10 menit
	a. Penjelasan Instruktur	Instruktur	15 menit
2	Pelaksanaan		
	a. Role play instruktur	Instruktur	30 menit
	b. Role play mahasiswa	Mahasiswa	90 menit
3	Pembukaan		
	a. Post-test	Mahasiswa	15 menit
	a. Feedback	Instruktur	10 menit
Total			170 menit

PEMBALUTAN

Pembalutan (biasanya diikuti dengan pembidaian) merupakan salah satu cara pertolongan pertama pada cedera/trauma muskuloskeletal. Pembalutan adalah tindakan untuk menyangga atau menahan bagian tubuh agar tidak bergeser atau berubah dari posisi yang dikehendaki sehingga memberikan efek imobilisasi. Tindakan pembalutan bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri dan mencegah kerusakan jaringan lebih lanjut sehingga mencegah terjadinya kecacatan dan infeksi. Tujuan lainnya adalah untuk melindungi luka terbuka terkontaminasi, menghentikan perdarahan, melekatkan sesuatu seperti obat dan bidai.

Tujuan dilakukannya tindakan pembalutan:

- Menahan bagian tubuh supaya tidak bergeser dari tempatnya
- Mencegah terjadinya pembengkakan
- Memberi tekanan
- Menyokong bagian tubuh yang cedera dan mencegah agar bagian itu tidak bergeser
- Menutup bagian tubuh agar tidak terkontaminasi
- Menahan sesuatu sebagai penutup luka, bidai, atau *dressing* lainnya pada pada tempatnya

Indikasi dilakukannya pembalutan

Pembalutan dapat dilakukan pada kondisi-kondisi seperti fraktur (terbuka atau tertutup), keseleo, terputusnya ligamen, luka terbuka dan penekanan untuk menghentikan perdarahan.

Komplikasi

Pembalutan yang kurang tepat dapat menyebabkan komplikasi infeksi akibat terpaparnya dari lingkungan luar. Bahaya kuat lemahnya balutan akan mempengaruhi pada dampak yang terjadi seperti halnya pembalutan yang terlalu

kuat akan menyebabkan kerusakan pada saraf dan pembuluh darah, sedangkan pembalutan yang terlalu kendur akan mengakibatkan perdarahan pada vena yang berlebihan.

Jenis-jenis alat yang digunakan untuk pembalutan:

a. Mitella

Bahan pembalut terbuat dari kain mori (tidak berkapur) yang berbentuk segitiga dengan karakteristik tipis, lemas dan kuat. Segitiga mitela berbentuk segitiga sama kaki. Panjang kaki antara 50-100 cm. Pembalut ini dipergunakan pada bagian kaki yang berbentuk bulat atau untuk menggantung bagian tubuh yang cedera. Pembalut ini biasa dipakai pada cedera di kepala, bahu, dada, siku, telapak tangan, pinggul, telapak kaki, dan untuk menggantung lengan.



Gambar mitela

Sumber: <https://www.medicalogy.com/p/beli-mitela/mitela-cpc00070>

b. Dasi

Pembalut jenis ini adalah mitella yang dilipat-lipat dari salah satu sisi segitiga agar menjadi beberapa lapis dan bentuk seperti pita, dengan kedua ujung-ujungnya lancip dan lebarnya antara 5-10 cm. Pembalut ini bisa dipergunakan untuk membalut mata, dahi (atau bagian kepala yang lainnya), rahang, ketiak, lengan, siku, paha, lutut, betis dan kaki terkilir.

b. Pita Gulung/*verband*

Pembalut ini dapat dibuat dari kain katun, kain kassa, flanel atau bahan elastis. Yang paling sering adalah dari kassa, hal ini karena kassa mudah menyerap

air, darah dan tidak mudah bergeser/kendor. *Verband* yang bersifat elastis termasuk mudah untuk diterapkan dan mudah menyesuaikan dengan bentuk tubuh yang cidera.

Jenis-jenis pita yang digunakan adalah sebagai berikut:

- ✓ Lebar 2,5 cm → Biasa untuk jari-jari
- ✓ Lebar 5 cm → Biasa untuk leher dan pergelangan tangan
- ✓ Lebar 7,5 cm → Biasa untuk kepala, lengan atas, lengan bawah, betis dan kaki
- ✓ Lebar 10 cm → biasa untuk paha dan sendi pinggul
- ✓ Lebar 15 cm → biasa untuk dada, perut, dan punggung



Gambar pita gulung dan elastis perban

Sumber:

<http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/15482/BAB%20II.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

c. Plester

- Pembalut ini untuk merekatkan penutup luka, untuk fiksasi pada sendi yang terkilir, untuk merekatkan pada kelainan patah tulang.
- Khusus untuk penutup luka, biasa dilengkapi dengan obat antiseptik



Gambar plester

Sumber:

<http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/15482/BAB%20II.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

d. Pembalut spesifik

- Snelverband adalah pembalut pita yang sudah ditambah dengan kassa penutup luka dan steril, baru dibuka pada saat akan dipergunakan, sering dipakai pada luka-luka lebar yang terdapat pada badan.
- *Sufratulle* adalah kassa steril yang telah direndam dengan obat pembunuh kuman. Biasa dipergunakan pada luka-luka kecil

e. Kasa Steril

- Adalah kassa yang dipotong dengan berbagai ukuran untuk menutup luka kecil yang sudah diberi obat-obatan (antibiotik, antiplagestik).
- Setelah ditutup kassa itu kemudian baru dibalut.

Prinsip pembalutan

- Pilih ukuran balutan yang tepat
- Lakukan pembersihan (antiseptik) dan penutupan luka sebelum dilakukan pembalutan.
- Balutan yang digunakan merupakan balutan bersih.
- Pembalutan dilakukan dengan rapat dan rapi, jangan terlalu longgar atau terlalu kencang, dan menutup semua permukaan luka.
- Jika ada keluhan terlalu erat, kebas, kesemutan, atau dingin pada sekitar balutan segera longgarkan balutan.
- Simpul balutan dianjurkan pada posisi yang datar dan tidak boleh diatas luka
- Pastikan ujung balutan terfiksasi dengan baik
- Memperhatikan bentuk tubuh yang akan dibalut seperti bulat, siku, atau datar
- Balutan dimulai dari bagian distal tungkai
- Pertahankan ketegangan balutan untuk memberikan tekanan yang diinginkan
- Pastikan memasang balutan sampai daerah distal dan proksimal lokasi cedera, namun biarkan ujung jari terbuka untuk mengetahui fungsi neurovaskular

Prosedur pembalutan

1. Lakukan pengkajian lengkap akan kebutuhan dilakukannya pembalutan
2. Perhatikan tempat atau letak yang akan dibalut dengan memperhatikan bagian dari tubuh yang terluka, apakah lukanya terbuka atau tertutup, bagaimana luas luka tersebut, dan apakah perlu membatasi gerak bagian tubuh atau tidak
3. Mempersiapkan alat balutan dengan ukuran yang tepat sesuai Pilih jenis pembalut yang akan dipergunakan. Pembalut yang digunakan bisa satu atau kombinasi
4. Lakukan pemeriksaan neurovaskuler bagian distal area yang cedera
5. Sebelum dibalut, jika luka terbuka perlu diberi desinfektan atau dibalut dengan pembalut yang mengandung desinfektan, atau jika terjadi dislokasi perlu direposisi
6. Jika diperlukan, lakukan *padding* pada tulang-tulang yang menonjol untuk mencegah terjadinya ulkus tekan
7. Tentukan posisi balutan dengan mempertimbangkan
 - Dapat membatasi pergeseran atau gerak bagian tubuh yang memang perlu difiksasi
 - Sedikit mungkin membatasi gerak bagian tubuh yang lain
 - Usahakan posisi balutan yang paling nyaman untuk kegiatan pokok penderita
 - Tidak mengganggu peredaran darah, misalnya pada balutan berlapis-lapis yang paling bawah letaknya disebelah distal
 - Tidak mudah kendor atau lepas
8. Lakukan pembalutan sesuai dengan jenis pembalutnya. Setelah selesai pastikan ujung balutan terfiksasi dengan baik dan cek lagi status neurovaskular
 1. Mitela
 - a. Salah satu sisi mitella dilipat 3 - 4 cm sebanyak 1 - 3 kali
 - b. Pertengahan sisi yang telah terlipat diletakkan diluar bagian yang akan dibalut, lalu ditarik secukupnya dan kedua ujung sisi itu diikatkan
 - c. Salah satu ujung yang bebas lainnya ditarik dan dapat diikatkan pada

ikatan di poin b, diikatkan pada tempat lain, atau dapat dibiarkan bebas, hal ini tergantung pada tempat dan kepentingannya

2. Dasi

- a. Pembalut mitela dilipat dari salah satu sisi sehingga berbentuk pita dengan masing-masing ujung lancip.
- b. Bebatkan pada tempat yang akan dibalut sampai kedua ujungnya dapat diikat.
- c. Diusahakan agar balutan tidak mudah kendur dengan cara sebelum diikat arahnya saling menarik.
- d. Kedua ujungnya diikatkan secukupnya

3. Pita gulung

- a. Berdasarkan besar bagian tubuh yang akan dibalut, maka dipilih pembalut pita dengan ukuran lebar yang sesuai.
- b. Balutan pita yang biasanya terdiri atas beberapa lapis, dimulai dari salah satu ujung yang diletakkan dari proksimal ke distal menutup sepanjang bagian tubuh yang akan dibalut, kemudian dari distal ke proksimal dibebatkan dengan arah bebatan saling menyilang dan tumpang tindih antara bebatan yang satu dengan bebatan berikutnya.
- c. Kemudian ujung yang didalam ditarik dan diikat dengan ujung yang lain

4. Plester

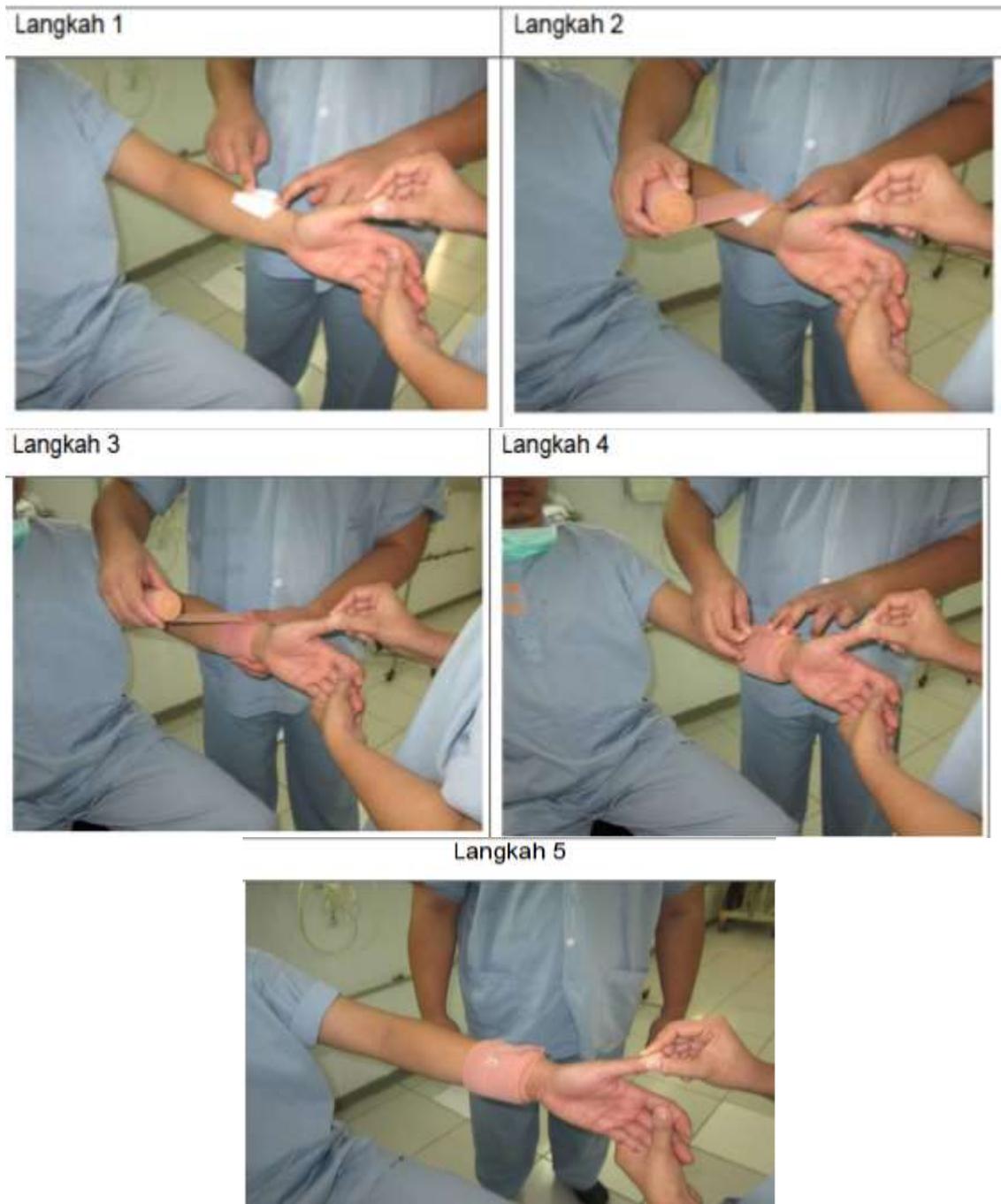
Jika ada luka terbuka: luka diberi obat antiseptik, tutup luka dengan kassa, kemudian baru direkatkan dengan pembalut plester.

Jika untuk fiksasi (misalnya pada patah tulang atau terkilir): balutan plester dibuat "*strapping*" dengan membebat berlapis-lapis dari distal ke proksimal, dan untuk membatasi gerakan tertentu perlu masing-masing ujungnya difiksasi dengan plester.

5. Pembalut steril. Biasanya dijual dalam bahan yang steril dan baru dibuka pada saat akan digunakan.

Contoh:

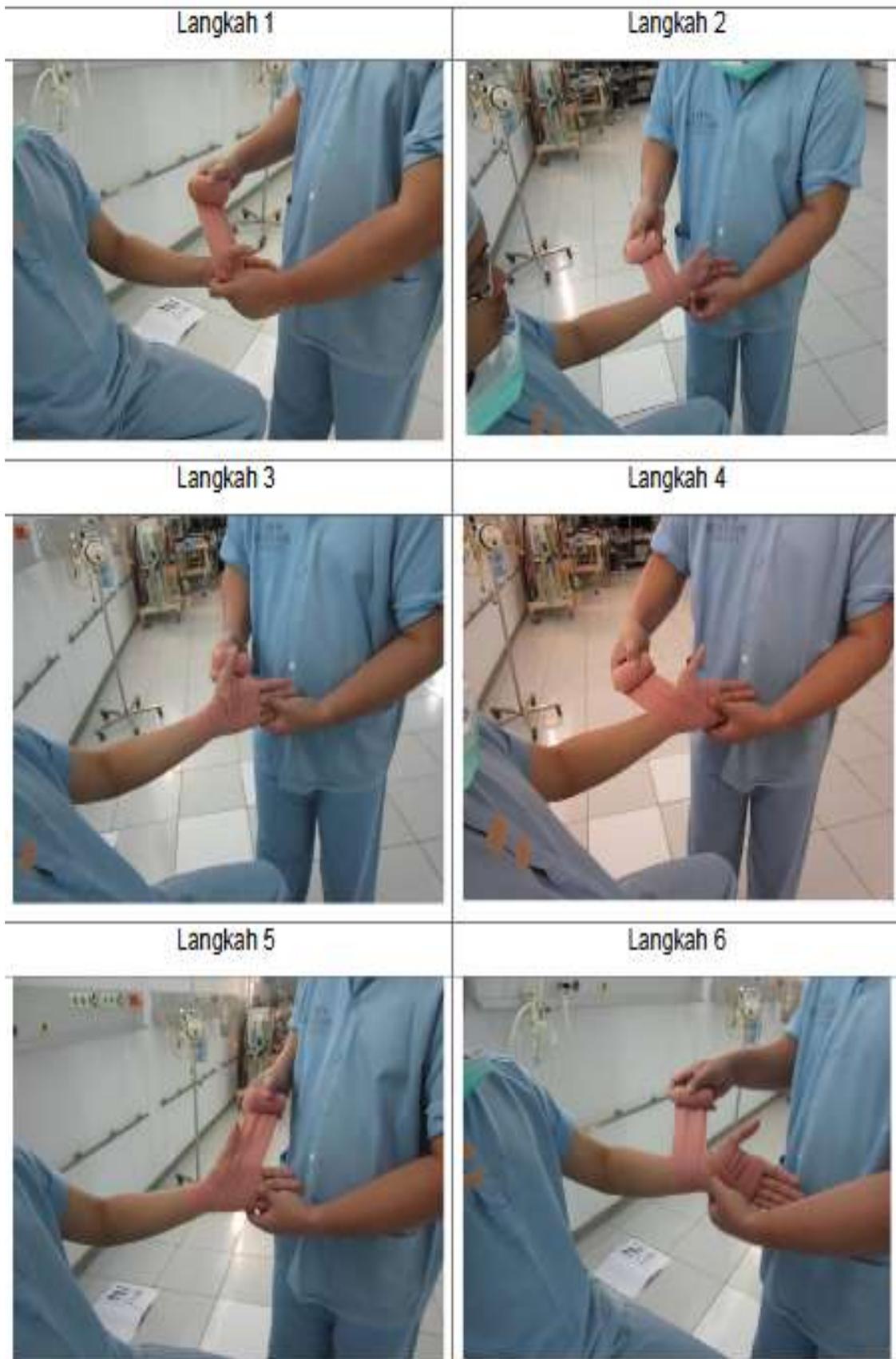
Motode pembalutan langkah *circular turn*



Gambar pembalutan *circular turn*

Sumber: <http://repository.unand.ac.id/18688/3/skills%20lab%20blok%203.5.pdf>

Metode pembalutan langkah *spiral turn*

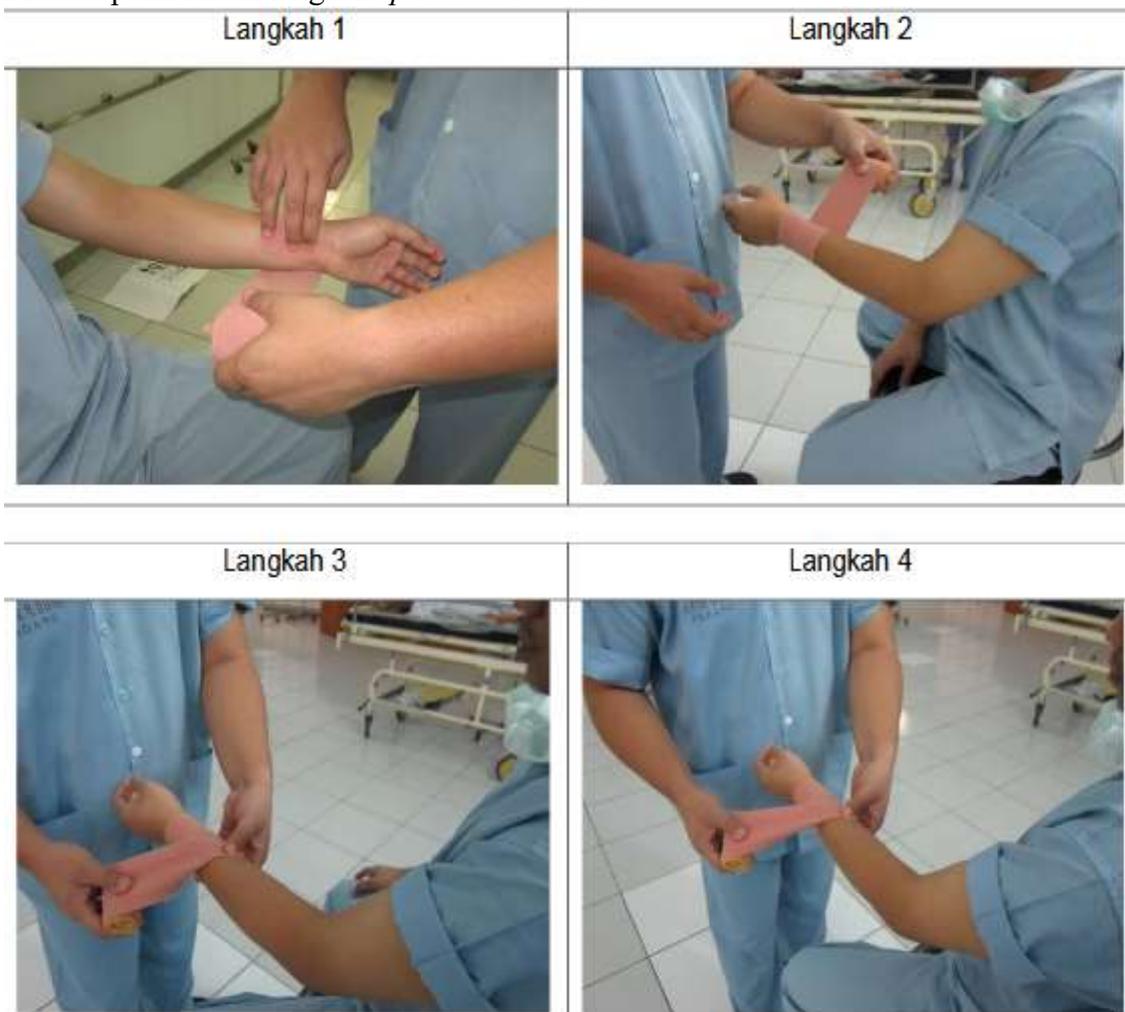


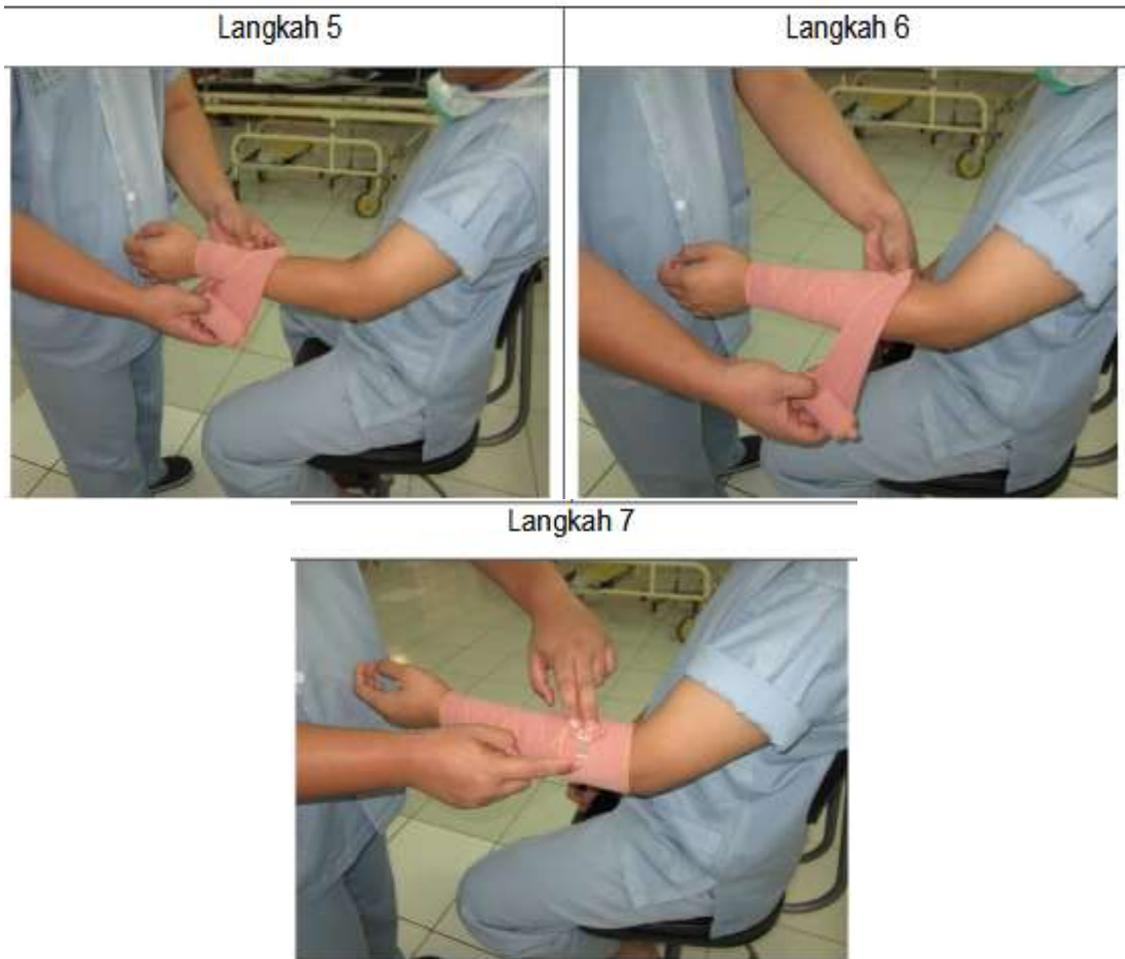


Gambar pembalutan *spiral turn*

Sumber: <http://repository.unand.ac.id/18688/3/skills%20lab%20blok%203.5.pdf>

Metode pembalutan langkah *spiral reverse turn*

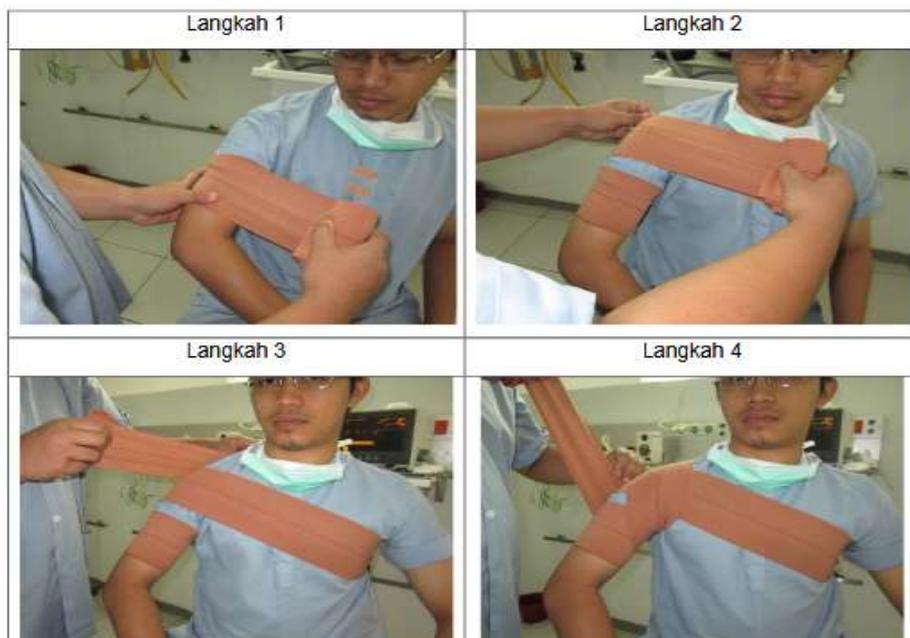


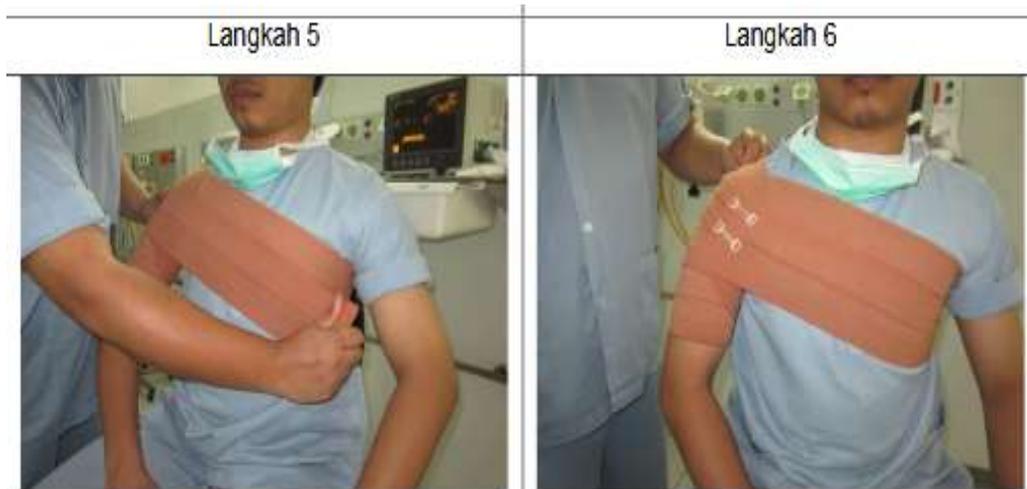


Gambar pembalutan *spiral reverse turn*

Sumber: <http://repository.unand.ac.id/18688/3/skills%20lab%20blok%203.5.pdf>

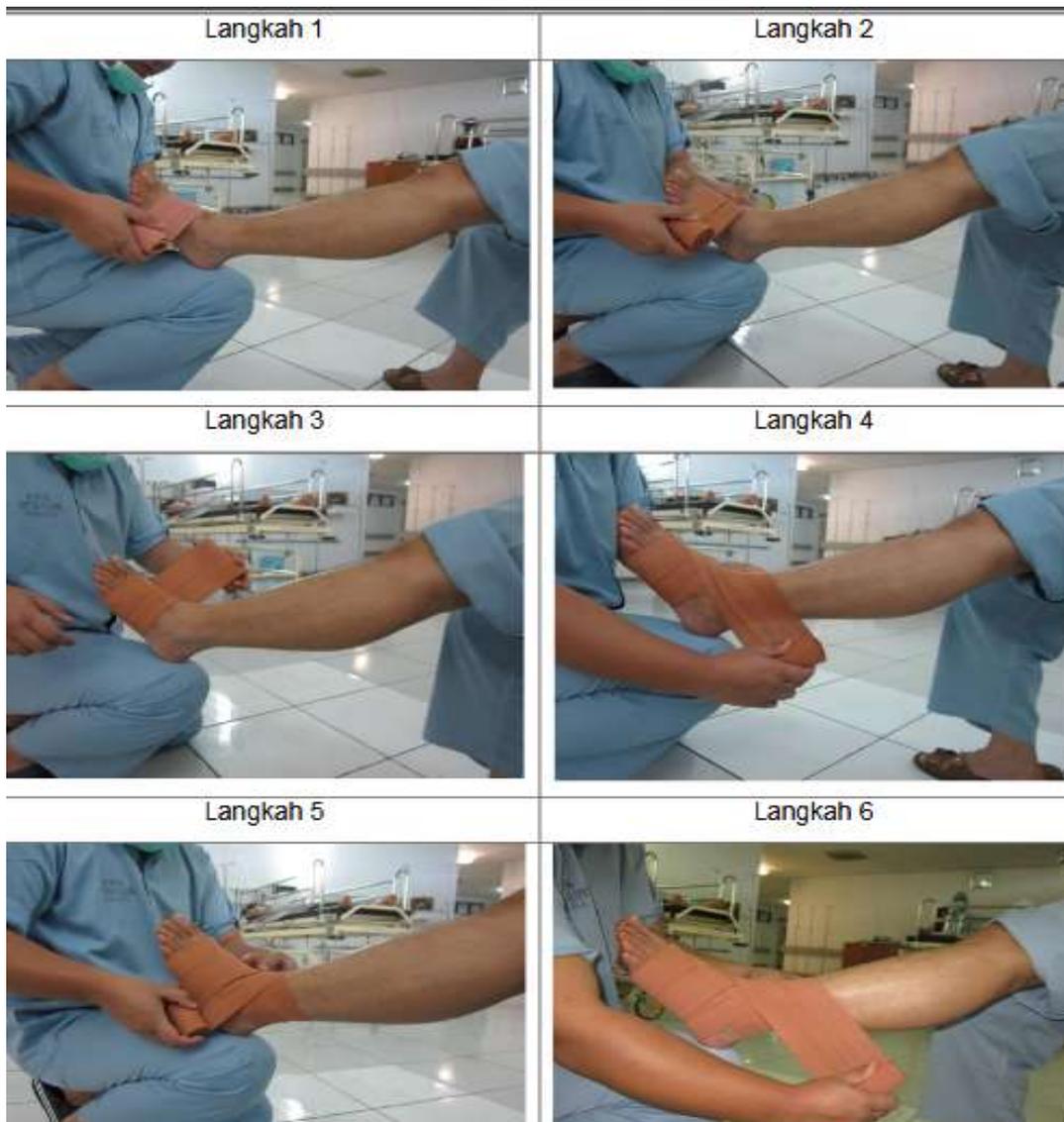
Metode pembalutan langkah *spica turn*





Gambar pembalutan *spica turn* untuk bahu

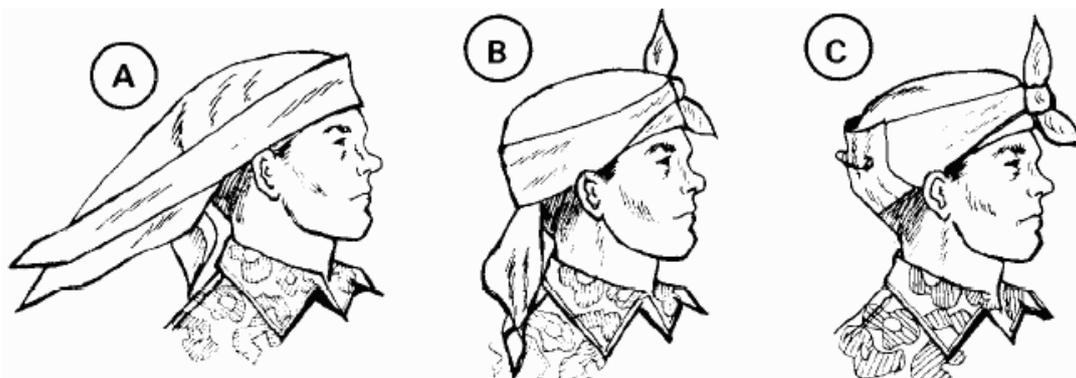
Sumber: <http://repository.unand.ac.id/18688/3/skills%20lab%20blok%203.5.pdf>





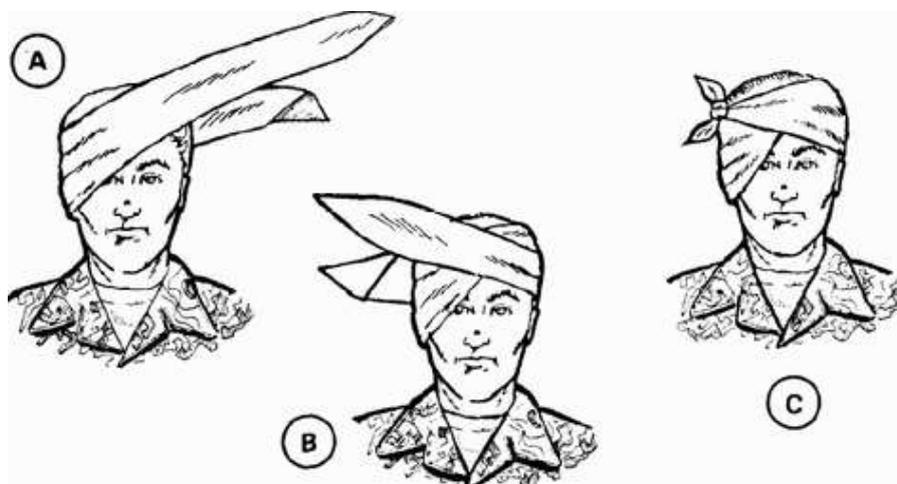
Gambar pembalutan *spica turn* untuk kaki

Sumber: <http://repository.unand.ac.id/18688/3/skills%20lab%20blok%203.5.pdf>



Gambar pembalutan kepala dengan mitella

Sumber: <https://www.pinterest.com/pin/170925748336844268/>



Gambar pembalutan telinga dengan dasi

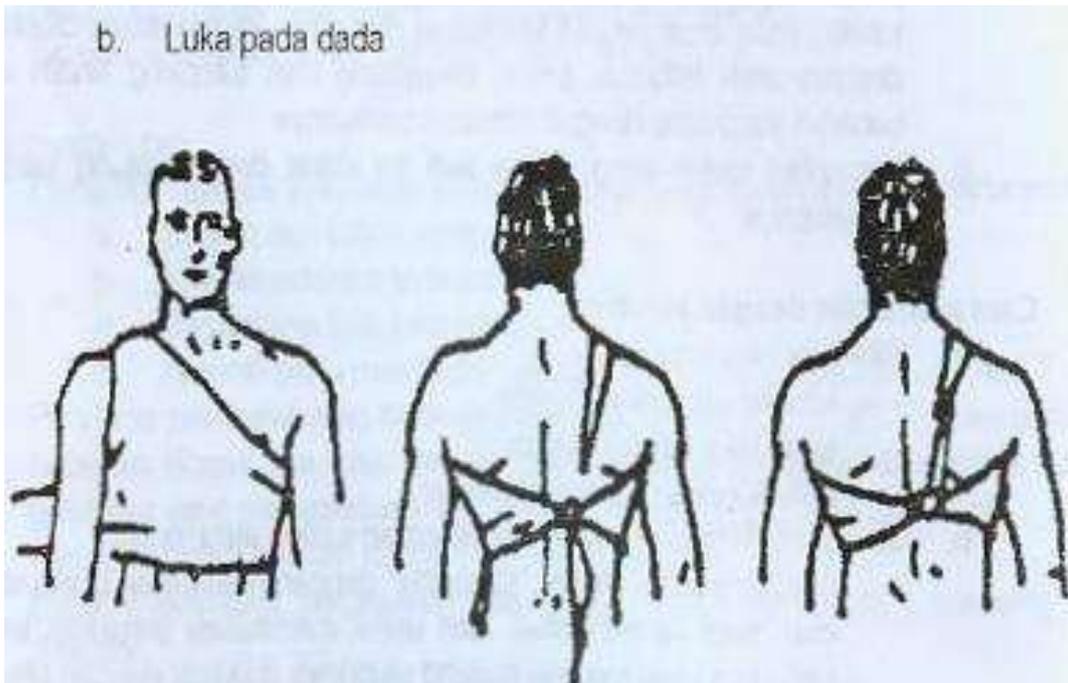
Sumber: <https://twitter.com/shottazee/status/624650532779507712>

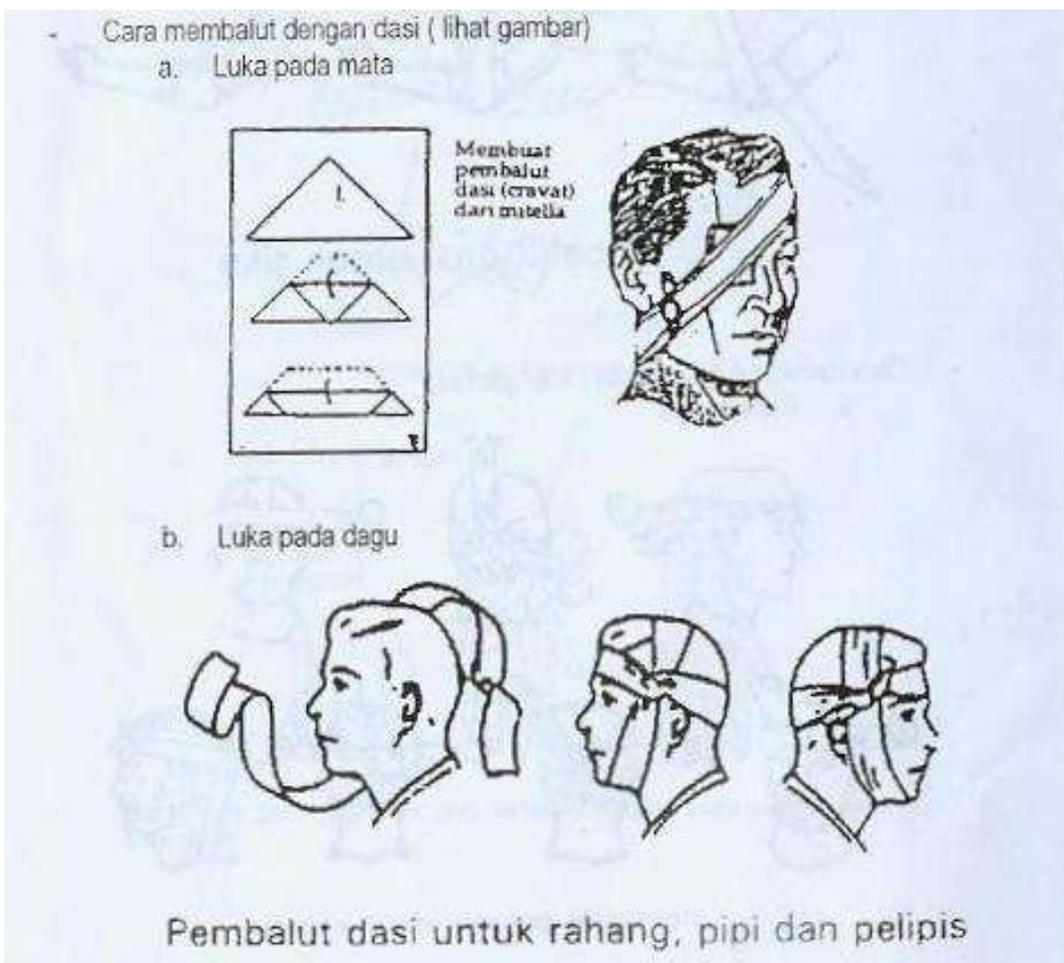
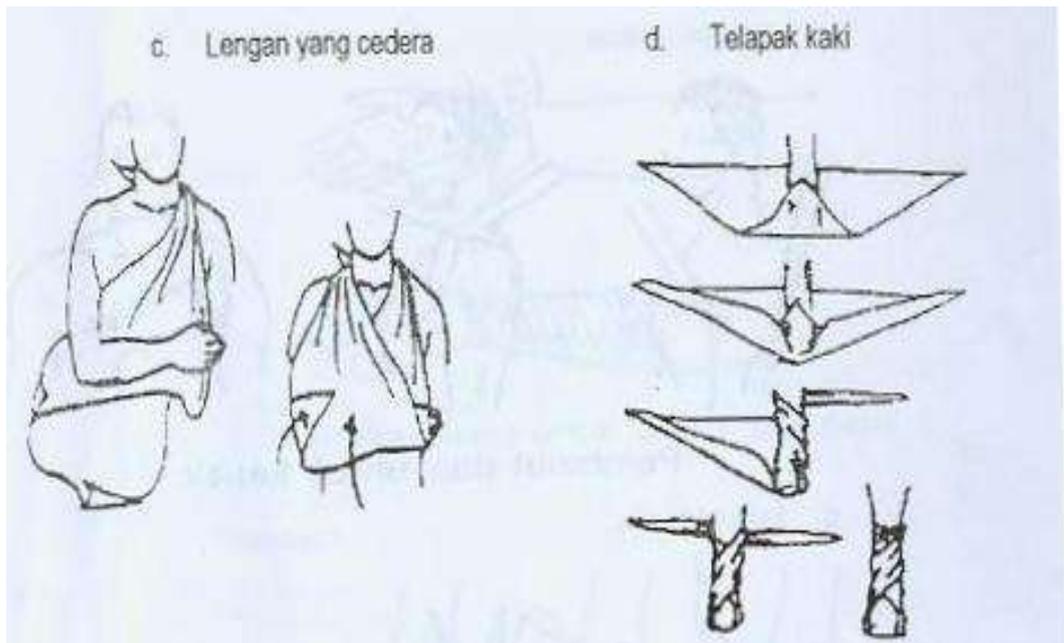
Cara membalut dengan pita (lihat gambar)

a. Pada kepala

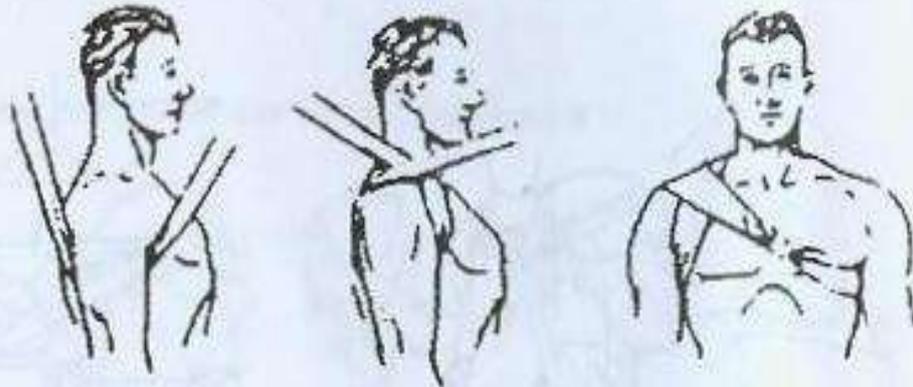


b. Luka pada dada



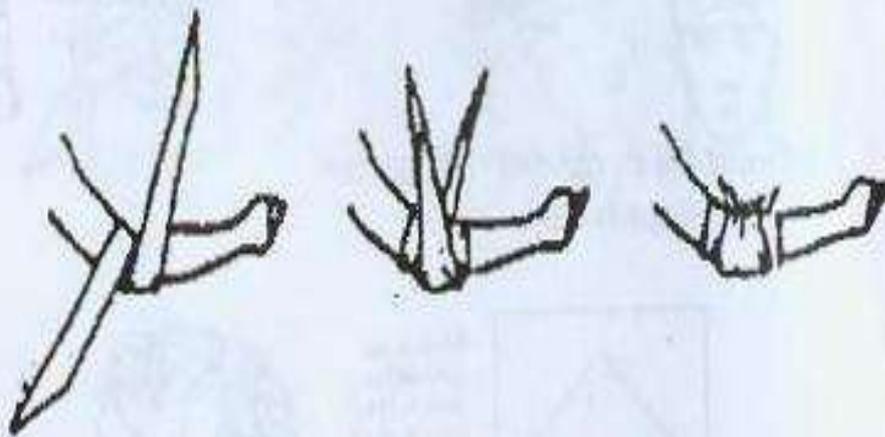


c. Luka pada ketiak



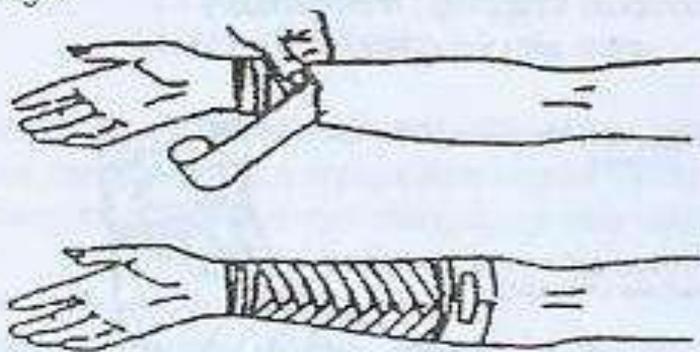
Pembalut dasi untuk ketiak

d. Luka pada siku



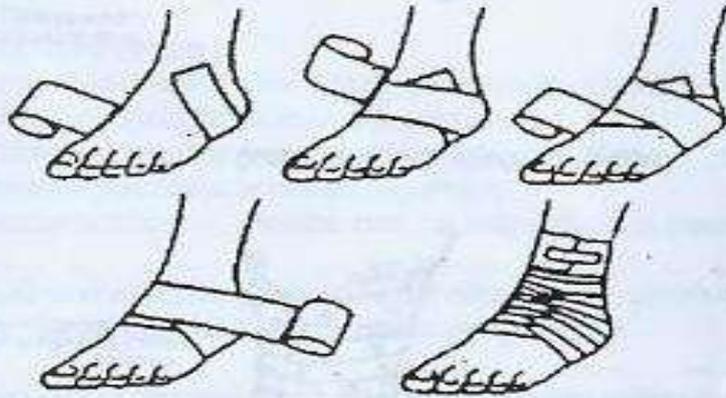
Pembalut dasi untuk siku

b. Pada lengan



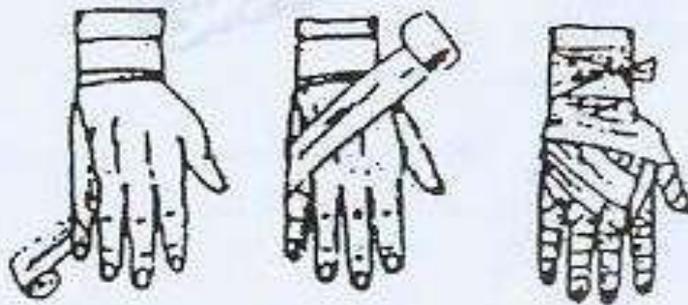
Pembalut gulung untuk lengan, juga betis

c. Pada tumit



Pembalut gulung untuk tumit

d. Pada telapak tangan



Pembalut gulung untuk jari, telapak tangan dan pergelangan tangan

Recurrent—Stump Bandage

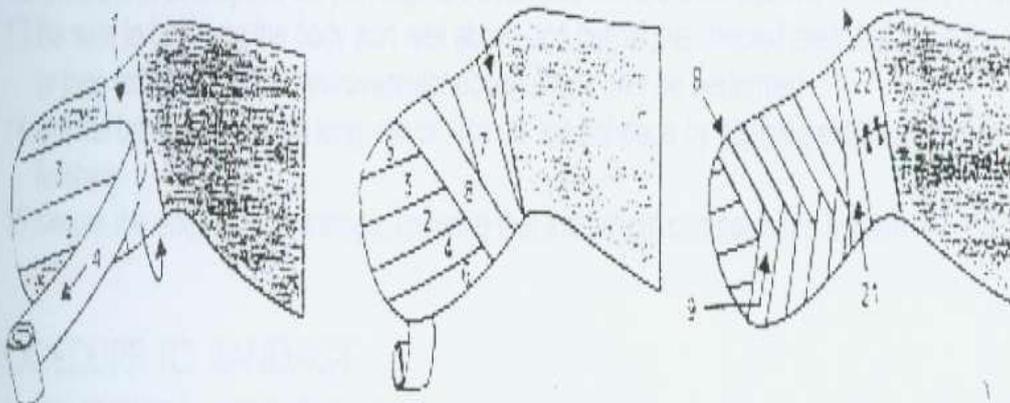
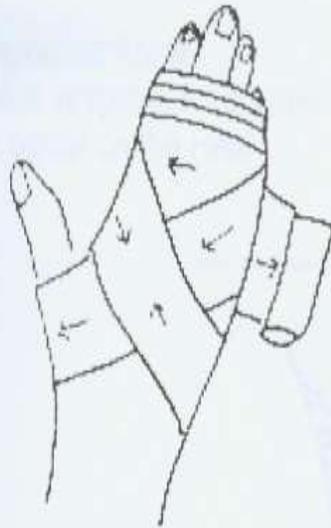


Fig 9: Bandage type and possible use

⊗ Wound on the Hand



1
1 Merus Ascendens



Gambar 11.23 b,
Membalut Sendi Pergelangan
Tangan (Spica Merus Ascendens)

DAFTAR PUSTAKA

- Baranoski, S., et.al.2004. *Nursing prosedures*. 4th edition. USA: Lippincoth William &Wilkins.
- Kozier, et al. 1995. *Fundamental of nursing: concepts, process and practice* 5th edition. California : Addison- Wesle.
- Laboratorium Ketrampilan Keperawatan PSIK FK UGM. (2002). *SKILLS LAB: Pendidikan ketrampilan keperawatan*. Yogyakarta: PSIK FK UGM.
- Nurachmah, dkk. (2000). *Buku saku: prosedur keperawata medikal medah*. Jakarta: EGC.
- Potter & Perry. (2005). *Buku saku: ketrampilan & prosedur dasar*. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B.G. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Jakarta: EGC.

FORMAT PENILAIAN PEMBALUTAN

Nama Mahasiswa :

NIM :

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
1	<p>Tahap Preinteraksi</p> <p>a. Membaca catatan keperawatan atau catatan medis klien</p> <p>b. Menyiapkan alat yang diperlukan</p>			
2	<p>Tahap orientasi</p> <p>1. Memberi salam, panggil klien dengan namanya dan perkenalkan diri perawat.</p> <p>2. Menjelaskan prosedur tindakan, waktu dan tujuan kepada klien atau keluarga.</p> <p>3. Memberikan kesempatan klien untuk bertanya</p> <p>4. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan</p>			
3	<p>Tahap kerja</p> <p>1. Lepas pakaian yang menutupi anggota gerak yang dicurigai cedera, periksa adanya luka terbuka atau tanda-tanda patah dan dislokasi</p> <p>2. Periksa dan catat ada tidaknya gangguan vaskuler dan neurologis pada bagian distal yang mengalami cedera</p> <p>3. Bersihkan luka terbuka dengan desinfektan dan tutup dengan kasa steril. Jika perlu lakukan <i>padding</i> pada tulang-tulang yang menonjol</p> <p>4. Imobilisasi pada bagian proximal dan distal daerah trauma (dicurigai patah atau dislokasi)</p> <p>5. Tentukan posisi balutan dengan pas dan tepat</p> <p>6. Lakukan pembalutan sesuai dengan jenis pembalutnya</p> <p>7. Pastikan ujung balutan terfiksasi dengan baik</p> <p>8. Cek status neurovaskular distal setelah dibalut</p> <p>Cara membalut dengan mitella</p> <p>1. Salah satu sisi mitella dilipat 3 - 4 cm sebanyak 1 - 3 kali</p> <p>2. Pertengahan sisi yang telah terlipat diletakkan diluar bagian yang akan dibalut, lalu ditarik secukupnya dan kedua ujung sisi itu diikatkan</p> <p>3. Salah satu ujung yang bebas lainnya ditarik dan dapat diikatkan pada ikatan di poin b, diikatkan pada tempat lain, atau dapat dibiarkan bebas, hal ini tergantung pada tempat dan kepentingannya</p> <p>Cara pembalutan dengan dasi</p> <p>1. Pembalut mitella dilipat dari salah satu sisi sehingga berbentuk pita dengan masing-masing ujung lancip</p> <p>2. Bebatkan pada tempat yang akan dibalut sampai kedua</p>			

	<p>ujungnya dapat diikatkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Diusahakan agar balutan tidak mudah kendur dengan cara sebelum diikat arahnya saling menarik 4. Kedua ujungnya diikatkan secukupnya <p>Cara membalut dengan pita gulung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berdasarkan besar bagian tubuh yang akan dibalut, maka dipilih pembalut pita dengan ukuran lebar yang sesuai. 2. Balutan pita yang biasanya terdiri atas beberapa lapis, dimulai dari salah satu ujung yang diletakkan dari proksimal ke distal menutup sepanjang bagian tubuh yang akan dibalut, kemudian dari distal ke proksimal dibebatkan dengan arah bebatan saling menyilang dan tumpang tindih antara bebatan yang satu dengan bebatan berikutnya. 3. Kemudian ujung yang didalam ditarik dan diikat dengan ujung yang lain <p>Cara membalut dengan plester</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jika ada luka terbuka, luka diberi obat antiseptik, tutup luka dengan kassa, baru lekatkan pembalut plester 2. Jika untuk fiksasi (misalnya pada patah tulang atau terkilir), balutan plester dibuat ""strapping"" dengan membebat berlapis-lapis dari distal ke proksimal, dan untuk membatasi gerakan tertentu perlu masing-masing ujungnya difiksasi dengan plester 			
4	<p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merapikan klien 2. Merapikan alat yang digunakan 3. Kontrak waktu 4. Berpamitan dengan klien dan keluarga 5. Mencuci tangan dan melepas sarung tangan 			
5	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam catatan keperawatan.			

Keterangan :

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

Nilai = $\frac{\text{jumlah nilai yang dilakukan}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100$

Pekanbaru,2021

Penguji

(.....)

NB: mahasiswa dinyatakan lulus jika nilai ≥ 75 .

PEMERIKSAAN *GLASGOW COMA SCALE* (GCS)

Skenario 3: “*Are You Ok, Sir?*”

Seorang laki-laki berusia 36 tahun dibawa keluarganya ke UGD suatu RS karena ditemukan pingsan di kamar mandi. Di UGD klien sudah sadar namaun kelihatan bingung. Perawat kemudian melakukan pemeriksaan status kesadaran pada pasien secara objektif.

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mengikuti skill lab ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Melakukan pemeriksaan GCS
2. Menginterpretasikan hasil perawatan GCS

Aktivitas Pembelajaran

No.	Aktivitas	Yang terlibat	Waktu
1	Pembukaan a. <i>Pre-test</i> b. Penjelasan instruktur	Mahasiswa Instruktur	10 menit 25 menit
2	Pelaksanaan a. <i>Role play</i> instruktur b. <i>Role play</i> mahasiswa	Instruktur Mahasiswa	20 menit 110 menit
3	Penutup Post-test dan <i>feedback</i>	Mahasiswa dan Instruktur	15 menit
Total			180 menit

PEMERIKSAAN GLASGOW COMA SCALE (GCS)

Kesadaran adalah kesiagaan seseorang terhadap dirinya dan sekitarnya. Defenisi ini memang bersifat sempit dan tidak lengkap, tetapi berguna dalam konteks klinis gangguan akut kesadaran. Kesadaran merupakan indikator yang sangat sensitif untuk perubahan neurologis. Secara patologis, kesadaran normal bergantung dari input sensorik ke otak, dan aktivasi intrinsik sistem aktivasi retikular, formasio retikularis asenden di batang otak dan hubungan rostralnya, yang mempertahankan korteks serebri tetap dalam keadaan siaga (Ginsberg, 2008).

Penyebab perubahan tingkat kesadaran.

Fungsi normal sistem aktivasi retikular dapat terganggu oleh adanya lesi struktural fokal di otak atau oleh proses yang lebih difus (Ginsberg, 2008):

1. Lesi struktural

- Infratentorial (secara langsung melibatkan batang otak) seperti trauma, infark, perdarahan, tumor, demielinisasi
- Supratentorial (menekan batang otak)
- Penyebab patologis serupa, terutama yang mengenai hemisfer serebri kanan

2. Proses difus

- Penurunan ketersediaan substansi yang dibutuhkan untuk metabolisme otak normal (hipoksia, hipoglikemia)
- Penyakit metabolik lainnya (gagal ginjal, gagal hati, hipotermia, defisiensi vitamin)
- Epilepsi (mempengaruhi aktivitas listrik normal batang otak)
- Inflamasi otak atau selaput otak (ensefalitis, meningitis)
- Obat-obatan atau toksik (opiat, antidepresan, hipnotik, alkohol)

Sehingga pasien-pasien yang mengalami hipoksia, ketidakseimbangan metabolik seperti hipoglikemia, mengalami trauma kepala, pasien yang tidak sadar, postanestesi, dan proses penyakit neurologi kemungkinan membutuhkan pengkajian

tingkat kesadaran secara akurat (Ginsberg, 2008; Muttaqin, 2011).

Kesadaran dapat dinilai dengan memperhatikan tingkatnya ataupun secara kualitas. Berikut dibawah ini adalah penilaian kesadaran secara kualitas dan kuantitas (Ginsberg, 2008; Muttaqin, 2011).

a. Kualitas kesadaran

1. Compos Mentis (*conscious*), yaitu kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya, berorientasi dengan tepat.
2. Apatitis, yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya.
3. Delirium, yaitu gelisah, disorientasi terhadap orang, tempat, waktu, memberontak, berteriak-teriak, berhalusinasi, kadang berkhayal.
4. Somnolen (*obtundasi, letargi*), yaitu kesadaran menurun, respon psikomotor yang lambat, mudah tertidur, namun kesadaran dapat pulih bila dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal.
5. Stupor/sopor, yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri.
6. Coma (*comatose*), yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun.



a. Dekortikasi/fleksi abnormal b. Deserebrasi/ekstensi abnormal

Sumber: <https://jzgreentown.com/image-gallery-decorticate-response.html>

b. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran dinilai menggunakan GCS (Glasgow Coma Scale) dengan memperhatikan respon pembukaan mata, respon verbal dan respon motorik terbaik. GCS merupakan sistem yang sederhana dan terstandar untuk mendeteksi adanya perubahan pada tingkat kesadaran, digunakan secara internasional, dan didesain untuk menurunkan variabilitas pada hasil penilaian.

Respon pembukaan mata

Kriteria	Skore
Spontan (sebelum ada stimulus)	4
Terhadap suara (perintah/panggilan/teriakan)	3
Terhadap nyeri	2
Tidak ada pembukaan sama sekali	1
<i>Non testable</i> (jika tertutup oleh faktor lokal)	NT

Respon verbal

Kriteria	Skore
Orientasi (tepat terhadap tempat, waktu, nama)	5
Bingung (disorientasi namun komunikasi berhubungan/koheren)	4
Kata tidak dimengerti (kata-kata kacau atau tidak tepat)	3
Hanya suara (erangan atau gumam)	2
Tidak ada (tidak ada respon suara sama sekali)	1
<i>Non testable</i> (Terdapat faktor yang mengganggu komunikasi)	NT

Respon motorik terbaik

Kriteria	Skore
Mematuhi perintah	6
Terlokalisir (membawa tangan diatas klavikula saat diberi rangsangan pada leher/kepala atau gerakan terarah dan bertujuan ke arah rangsangan nyeri)	5
Menghindar (fleksi/ menekuk lengan siku dengan cepat, menarik ekstremitas menjauhi stimulus)	4
Fleksi abnormal/dekortikasi (menekuk lengan siku, postur abnormal)	3
Ekstensi abnormal/deserebrasi (ekstensi lengan)	2
Tidak ada pergerakan pada lengan atau tungkai	1
<i>Non testable</i> (Paralisis atau faktor penghambat lainnya)	NT

Area untuk memberikan rangsangan fisik atau nyeri

- Stimulus sentral: remasan pada otot trapezius (paling dianjurkan), tekanan pada supraorbital, tekanan pada garis rahang, tekanan pada sternum (tidak dianjurkan)
- Stimulus perifer: tekanan pada dasar kuku



Tekanan supraorbital



Tekanan mandibula

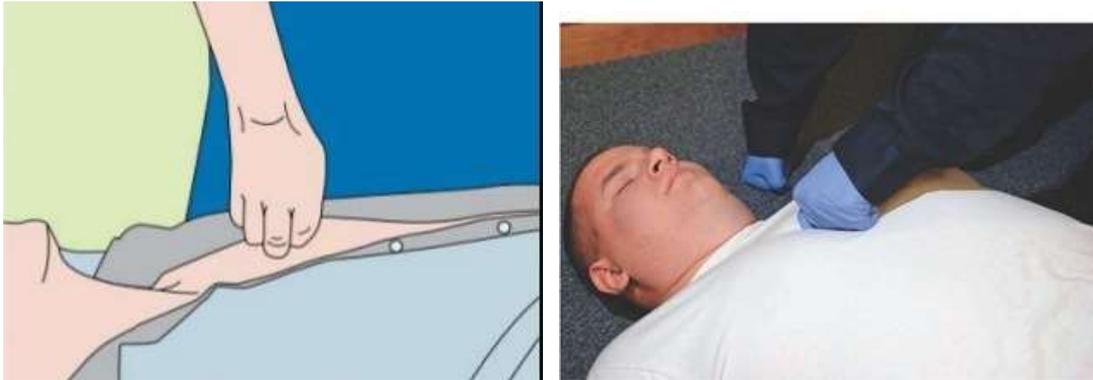
Sumber: <http://what-when-how.com/paramedic-care/scene-size-up-and-primary-assessment-principles-of-clinical-practice-paramedic-care-part-2/>



Tekanan pada otot trapezius

Sumber: <https://slideplayer.com/slide/10386290/>

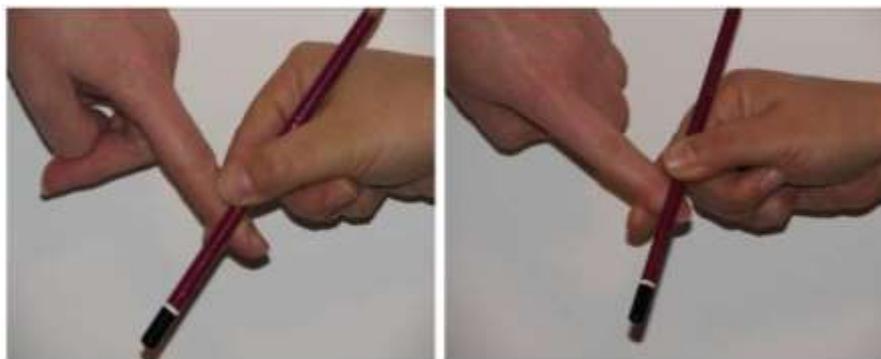
www.iuhealthcpe.org



tekanan pada sternum

Sumber: <http://prevent-protect.org/individual-resources/reversing-overdose-with-naloxone/>

Sumber: <http://what-when-how.com/paramedic-care/scene-size-up-and-primary-assessment-principles-of-clinical-practice-paramedic-care-part-2/>



Correct

Incorrect

Stimulus nyeri perifer

Sumber: <https://slideplayer.com/slide/10386290/>

Nilai maksimum perawatan GCS 15, sedangkan nilai minimumnya 3. Hasil perawatan tingkat kesadaran berdasarkan GCS disajikan dalam simbol EMV, misalnya nilai GCS maksimal disimbolkan dengan E4M6V5. Pada pasien dengan cedera serebrovaskular, maka perawatan GCS dapat diklasifikasikan:

- a. Nilai total GCS 13-15 menunjukkan cedera kepala ringan, dapat kehilangan kesadaran kurang dari 30 menit dan tidak ada defisit neurologis.

- b. Nilai total GCS 9-12 menunjukkan cedera kepala sedang dan dapat kehilangan kesadaran lebih dari 30 menit dan kurang dari 24 jam, terdapat defisit neurologis dan hasil CT scan otak menunjukkan abnormalitas.
- c. Nilai total GCS 3-8 menunjukkan cedera kepala berat, klien dalam keadaan koma, kehilangan kesadaran lebih dari 24 jam, terdapat defisit neurologis dan hasil CT scan menunjukkan abnormalitas, dicurigai juga terdapat laserasi, hematoma intrakranial, atau kontusio serebri.

Prosedur pemeriksaan GCS

Alat dan bahan: lembar catatan medis/keperawatan pasien, alat tulis

Cara kerja:

- 1) Periksa catatan keperawatan/medis klien
- 2) Cuci tangan
- 3) Berikan penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan kepada klien atau keluarga.
- 4) Atur posisi klien yaitu supinasi.
- 5) Tempatkan diri di sebelah kanan klien jika memungkinkan.
- 6) Periksa kesadaran klien berdasarkan GCS (*Glashow Coma Scale*) yaitu dengan memberikan stimulus. Urutan stimulus yang diberikan yaitu dengan memanggil namanya, memanggil namanya dengan keras, memanggil namanya disertai sentuhan ringan, memanggil namanya disertai sentuhan kasar/guncangan, dan yang terakhir dengan memberikan stimulus nyeri. Melalui stimulus yang diberikan dapat diperoleh hasil penilaian GCS.
- 7) Nilai hasil perawatan berdasarkan GCS.
- 8) Cuci tangan dan dokumentasikan hasil perawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ginsberg, L. (2008). *Lecture notes: Neurologi*. Edisi kedelapan. Jakarta: Erlangga.
- Muttaqin A. (2011). *Buku ajar: Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.

PERAWATAN *GLASGOW COMA SCALE* (GCS)

Nama Mahasiswa :

NIM :

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
1	Tahap Preinteraksi 1. Membaca catatan keperawatan atau catatan medis klien 2. Menyiapkan alat yang diperlukan 3. Mencuci tangan			
2	Tahap orientasi 1. Memberi salam, panggil klien dengan namanya dan perkenalkan diri perawat. 2. Menjelaskan prosedur tindakan dan tujuan kepada klien atau keluarga.			
3	Tahap kerja 1. Mengatur posisi klien: supinasi* 2. Memberikan stimulus dengan urutan stimulus yaitu dengan memanggil namanya, memanggil namanya dengan keras, memanggil namanya disertai sentuhan ringan, memanggil namanya disertai sentuhan kasar/guncangan, meminta klien bergerak sesuai instruksi, dan yang terakhir dengan memberikan stimulus nyeri. * 3. Periksa refleks membuka mata dengan benar* 4. Memeriksa respon motorik dengan benar* 5. Memeriksa respon verbal dengan benar* 6. Menilai hasil perawatan dengan benar*			
4	Tahap terminasi 1. Rapiakan pasien dan alat yang digunakan 2. Berpamitan dengan klien dan keluarga 3. Mencuci tangan			
5	Mendokumentasikan hasil perawatan dalam catatan keperawatan.			

Keterangan :

*= poin penting harus dilakukan

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

Nilai = $\frac{\text{jumlah nilai yang dilakukan}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100$

NB: mahasiswa dinyatakan lulus jika nilai ≥ 75 .

Pekanbaru, 2021

Penilai,

(.....)

PEMERIKSAAN SARAF KRANIAL

Skenario 4: “*my nerve oh my brain*”

Seorang perempuan usia 45 tahun dirawat di ruang rawat inap saraf sekaj 3 haru yang lalu dengan masalah stroke berulang. Kondisi pasien kurang stabil, makan dan minum dengan menggunakan NGT. Pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas bawah. Perawat akan melakukan pemeriksaan saraf kranial

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mengikuti skill lab ini mahasiswa diharapkan mampu:

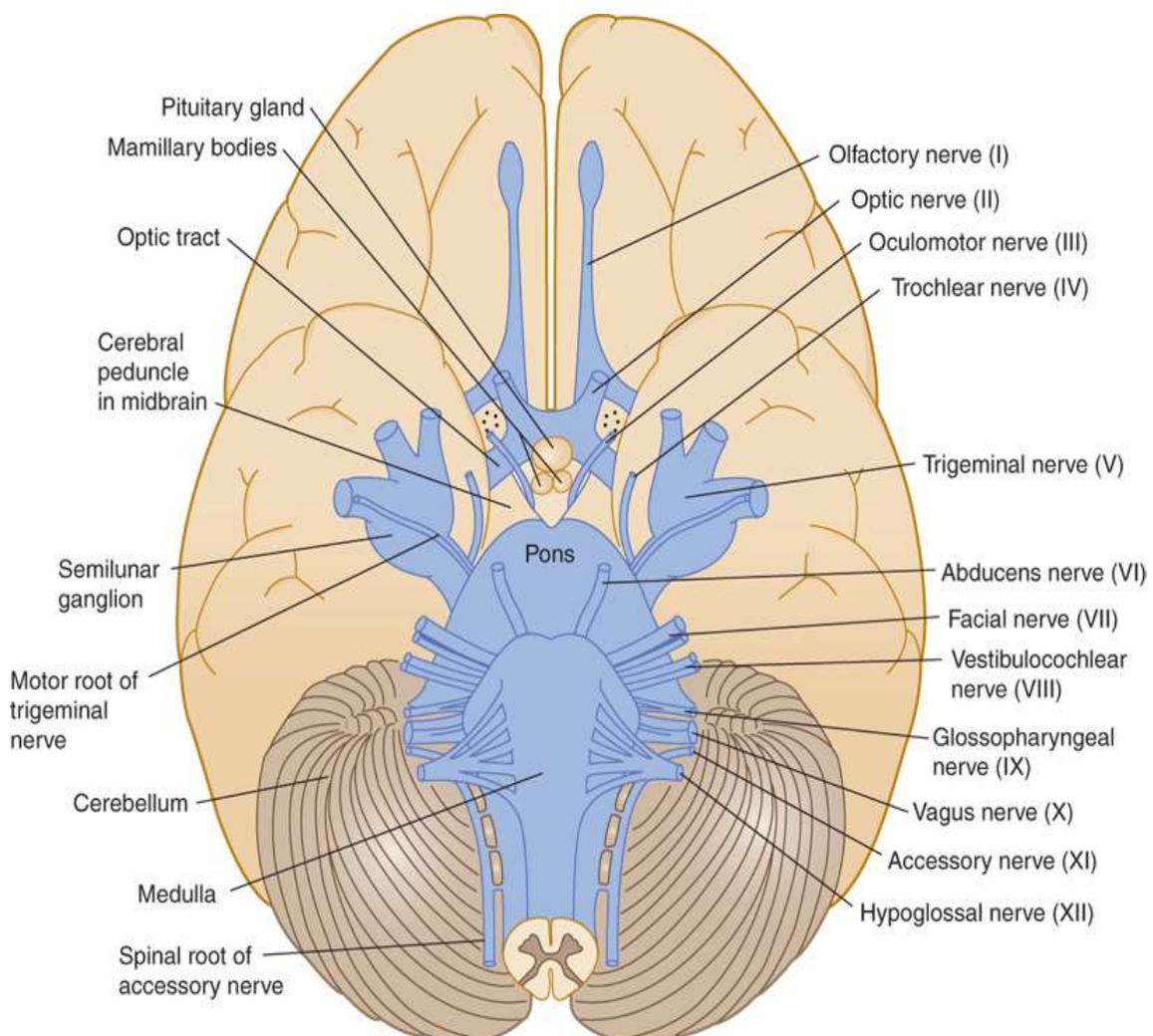
1. Menjelaskan tentang 12 jenis saraf kranial
2. Mendemonstrasikan cara perawatan 12 jenis saraf kranial

Aktivitas Pembelajaran

No.	Aktivitas	Yang terlibat	Waktu
1	Pembukaan c. <i>Pre-test</i> d. Penjelasan instruktur	Mahasiswa Instruktur	5 menit 10 menit
2	Pelaksanaan c. <i>Role play</i> instruktur d. <i>Role play</i> mahasiswa	Instruktur Mahasiswa	20 menit 100 menit
3	Penutup Post-test dan <i>feedback</i>	Mahasiswa dan Instruktur	10 menit
Total			180 menit

PEMERIKSAAN SARAF KRANIAL

Saraf kranial langsung berasal dari otak dan terdapat 12 pasang yang berfungsi menghubungkan otak dengan bagian kepala, leher dan tubuh lainnya. Beberapa saraf kranial berperan dalam sensasi khusus seperti penglihatan, pendengaran dan pengecap; dan saraf yang lainnya mengontrol otot yang terdapat di wajah atau mengatur kerja kelenjar. Saraf kranial dinyatakan dengan nama dan angka romawi sesuai dengan lokasi tempat keluar saraf tersebut dari foramen di otak, mulai dari bagian depan otak sampai bagian belakang otak (Rubin, 2017).



Gambar 12 saraf kranial

Sumber: <http://digikalla.info/cerebral-peduncle/cerebral-peduncle-the-brain-stem-and-cerebellum-clinical-neuroanatomy-28e-download/>

Tabel Fungsi Saraf Kranial

Saraf kranial	Komponen	Fungsi
I Olfaktorius	Sensorik	Penciuman
II Optikus	Sensorik	Penglihatan
III Okulomotor	Motorik	Mengangkat kelopak mata atas, konstriksi pupil, sebagian besar gerakan ekstraokuler ke samping kiri atas, samping kanan atas, samping kiri dan samping kanan bawah
IV Troklearis	Motorik	Gerakan mata ke bawah dan ke dalam
V Trigeminus	Motorik	Otot temporalis dan maseter (menutup rahang dan mengunyah), gerakan rahang ke lateral
	Sensorik	Kulit wajah; 2/3 depan kulit kepala; mukosa mata, hidung dan rongga mulut; lidah dan gigi
		Refleks kornea/mengedip
VI Abdusens	Motorik	Deviasi mata ke lateral
VII Fasialis	Motorik	Otot-otot ekspresi wajah termasuk otot dahi, sekeliling mata dan mulut
		Lakrimasi dan saliva
	Sensorik	Pengecapan 2/3 depan lidah (manis, asam, asin)
VIII Vestibulo-koklearis	Sensorik	Keseimbangan
	Sensorik	Pendengaran
IX Glossofaringeus	Motorik	Faring (menelan, refleks muntah); parotis (salivasi)
	Sensorik	Faring, lidah posterior, termasuk sensasi pahit
X Vagus	Motorik	Faring (menelan, refleks muntah, fonasi); visera abdomen
	Sensorik	Laring (refleks muntah); visera leher, abdomen dan thorak
XI Asesorius	Motorik	Otot sternokleidomastoideus dan bagian atas dari otot trapezius; pergerakan kepala dan bahu
XII Hipoglosus	Motorik	Pergerakan lidah

Sumber: Muttaqin (2011)

Saraf kranial I, II, dan VIII merupakan saraf sensorik murni. Saraf kranial III, IV, XI, dan XII terutama merupakan saraf motorik namun juga mengandung

proprioseptif dari otot-otot yang dipersarafinya. Saraf kranial V, VII, dan X merupakan saraf campuran. Saraf kranial III, VII, dan X juga mengandung beberapa serabut saraf dari cabang parasimpatis sistem saraf otonom (Muttaqin, 2011).

Prosedur pemeriksaan saraf kranial

Alat dan bahan:

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| - <i>Pen light</i> | - Garpu tala c512 |
| - <i>Snellen chart</i> | - Kapas/lidi kapas |
| - Koran | - Aneka bau-bauan |
| - <i>Ishihara plate</i> | - <i>Tongue spatel</i> |
| - <i>Ophthalmoscope</i> | - <i>Reflexes hammer</i> |

Cara kerja:

1. Cuci tangan, perkenalkan diri, jelaskan pemeriksaan yang akan dilakukan.
2. Tempatkan pasien di kursi berhadapan dengan perawat. Jarak antara perawat dan pasien lebih kurang lebih 1 lengan.
3. Tanyakan keluhan pasien, apakah saat ini sedang mengalami nyeri atau tidak
4. Perhatikan kondisi umum pasien: penampilan pasien, asimetri yang jelas pada wajah, posisi mata normal/strabismus, ptosis atau tidak, abnormalitas bicara atau suara, dan penggunaan alat bantu dengar atau penglihatan
5. Lakukan pemeriksaan saraf kranial.

6. Nervus olfaktorius (N. I)

- Selalu mulai dengan menanyakan pada pasien apakah mengalami penurunan sensasi penciuman sebelumnya
- Kaji kepatenan lubang hidung, minta pasien untuk mengendus
- Minta pasien menutup mata dan menutup/pencet satu lubang hidung. Kemudian dekatkan aroma/bau-bauan yang mudah dikenal seperti kopi, jeruk, minyak kayu putih, dll dibawah hidung pasien. Minta pasien untuk

menyebutkan nama bahan/aroma/zat yang dicium. Ulangi untuk hidung yang lainnya.

- Hasil tes (+) jika pasien tidak mampu mengidentifikasi bau yang dicium

Anosmia adalah hilangnya indra penciuman, dapat bersifat keturunan (tidak patologis) atau akibat kronis dari rhinitis, sinusitis, perokok berat, defisiensi zink, penggunaan kokain. Bisa juga efek kerusakan saraf kranial akibat fraktur wajah/cedera kepala, gangguan dasar lobus frontal (tumor, aterosklerosis). Pasien anosmia biasanya juga memiliki masalah cita rasa (selera).

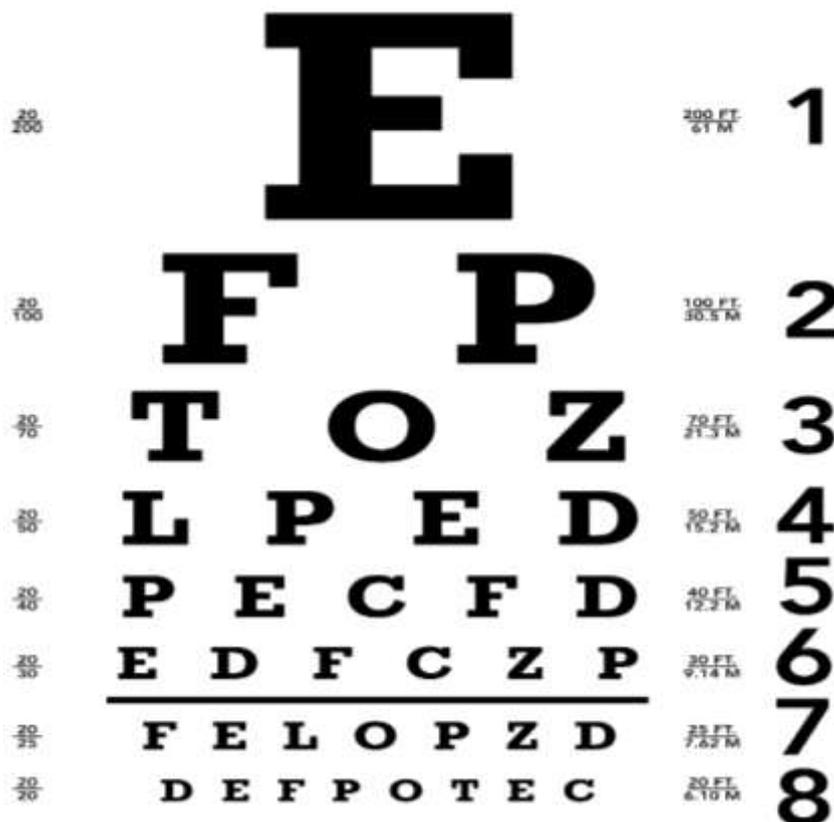
7. Nervus optikus (N. II)

a. Ketajaman penglihatan jauh dan dekat

- Pasien berdiri 20 kaki (6 meter) dari *snellen chart*. Jika pasien menggunakan kaca mata, minta pasien untuk membuka kaca matanya
- Minta pasien untuk menutup sebelah mata, dan membaca huruf sampai baris terkecil yang dapat dibaca pasien dengan benar
- Ketajaman penglihatan dicatat sebagai jarak pembacaan *snellen chart* dalam meter (pembilang/numerator) diatas jumlah pembacaan baris terkecil (penyebut/denominator). Contoh $\frac{6}{12}$ artinya, pasien dapat membaca pada jarak 6 meter, yang mana seharusnya dapat dibaca pada jarak 12 meter. Ketajaman penglihatan normal adalah $\frac{6}{6}$ atau $< \frac{6}{6}$. Kurang dari itu menunjukkan adanya penurunan ketajaman penglihatan (miopia/rabun jauh). Ketajaman penglihatan dapat menurun karena penyakit mata atau gangguan pada saraf optikus
- Catat baris terkecil yang dapat dibaca pasien dengan kesalahan pembacaan tidak lebih dari 2 huruf. Jika pasien melakukan kesalahan lebih dari 2 huruf, maka catat baris sebelumnya sebagai ketajaman penglihatan pasien.
- Ulangi langkah diatas untuk mata yang lain.

Jika pasien tidak dapat membaca huruf baris teratas pada jarak 6 meter, lakukan langkah-langkah berikut jika perlu:

- Kurangi jarak berdiri pasien dari *snellen chart* menjadi 3 meter (ketajaman penglihatan dicatat sebagai $\frac{3}{denominator}$)
- Kurangi jarak berdiri pasien dari *snellen chart* menjadi 1 meter (ketajaman penglihatan dicatat sebagai $\frac{1}{denominator}$)
- Menilai apakah pasien dapat menghitung jumlah jari yang diangkat (dicatat sebagai CF atau *counting finger*)
- Menilai apakah pasien dapat melihat gerakan kasar tangan seperti lambaian tangan (dicatat sebagai HM atau *hand movements*)
- Menilai apakah pasien dapat mendeteksi cahaya dari *pen light* yang diarahkan ke mata (*perception of light/PL* atau *no perception of light/NPL*)



Gambar Snellen chart

Sumber : <https://eyebulletin.com/eye-chart/>

Untuk ketajaman penglihatan dekat, lakukan tes berikut:

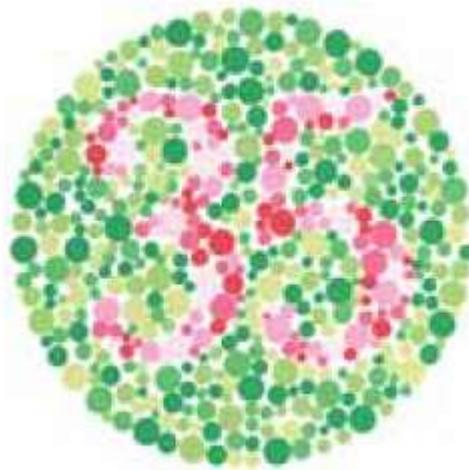
- Minta pasien memegang koran sekitar 14 inci (35,5 cm) dari mata. Minta pasien untuk membaca koran tersebut. Dewasa normal dapat membaca koran dengan mudah pada jarak 14 inci.
- Fraksi yang lebih kecil (misalnya $\frac{14}{18}$), artinya pasien harus memegang koran lebih jauh untuk melihat dengan jelas (hipermetropia/rabun dekat).



Gambar membaca koran
Sumber Dillon (2007)

b. Penglihatan warna

- Minta pasien untuk mengidentifikasi dengan benar angka-angka yang terdapat pada *Ishihara chart*



Gambar *ishihara chart*
Sumber Dillon (2007)

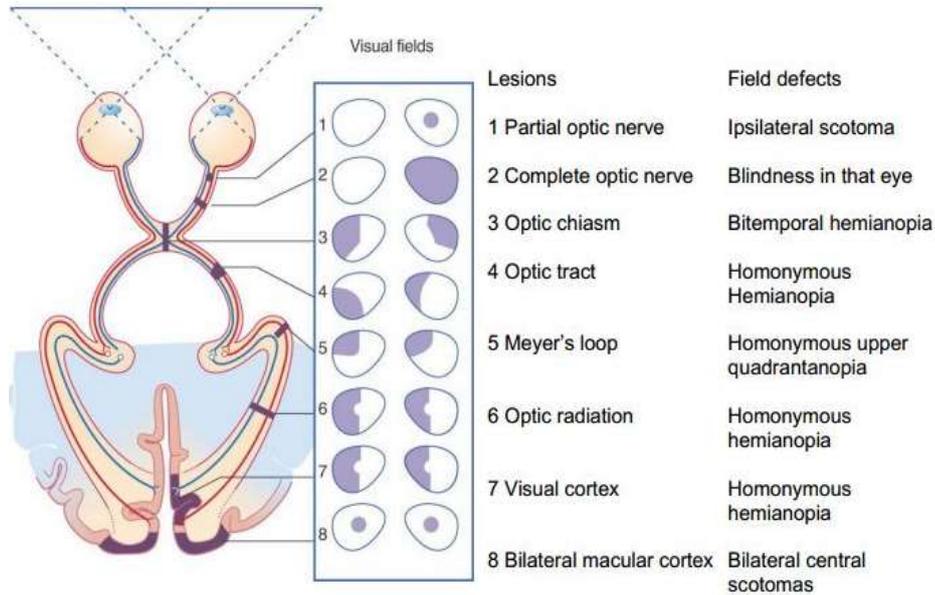
Ketidakmampuan mengidentifikasi angka dengan benar menunjukkan adanya buta warna, yang diwariskan dalam pola resesif *x-linked* yang terutama

mempengaruhi laki-laki. Atau dapat juga terjadi sebagai akibat degenerasi makula, atau adanya gangguan pada sel kerucut retina.

c. Lapang pandang

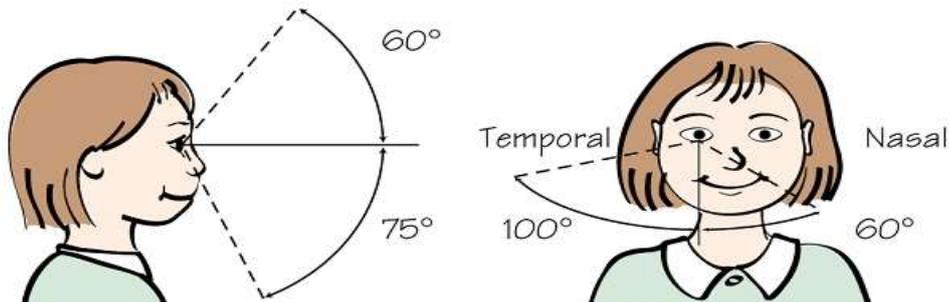
- Pasien berdiri atau duduk di hadapan perawat, saling berhadapan dengan jarak sekitar 30-60 cm
- Minta pasien untuk menatap lurus ke depan, jangan gerakkan kepala dan mata selama perawatan berlangsung. Kemudian tutup satu mata dengan tangan.
- Minta pasien untuk memberi tahu perawat jika melihat gerakan pena/gerakan ujung jari perawat, misalnya dengan mengatakan “ya”
- Rentangkan lengan perawat sehingga berada diantara pasien dan perawat. Kemudian bawa pena atau gerakkan jari dari perifer/luar lapang pandang (superior, inferior, temporal, dan nasal) secara perlahan-lahan memasuki bidang pandang pasien. Jika perawat dapat melihat gerakan jari/pena namun pasien tidak dapat melihatnya, berarti terjadi defek pada lapang pandang
- Ukur derajat lapang pandang pasien dengan menggunakan pandangan lurus pasien sebagai dasar
- Metode alternatif: bandingkan lapang pandang perifer pasien dengan lapang pandang perawat

Normalnya lapang pandang utuh di kedua mata dan semua bidang. Jika defek pada lapang pandang cukup besar, pasien tidak akan melihat apapun sampai benda melintasi bidang normal hampir tepat didepan mata. 3 defek utama yang sering terjadi: homonimus hemianopsia, hemianopsia bitemporal, dan scotomas/*blind spot*. Kerusakan retina dapat menimbulkan blind spot, sedangkan lesi pada saraf optikus menimbulkan kebutaan parsial atau keseluruhan pada sisi yang sama. Kerusakan kiasma optikus dapat menimbulkan hemianopsia bitemporal atau kebutaan pada kedua sisi lapang pandang. Tekanan pada traktus optikus dapat menyebabkan homonimus hemianopsia atau kebutaan separuh sisi pada sisi yang berlawanan dengan lesi kedua mata.



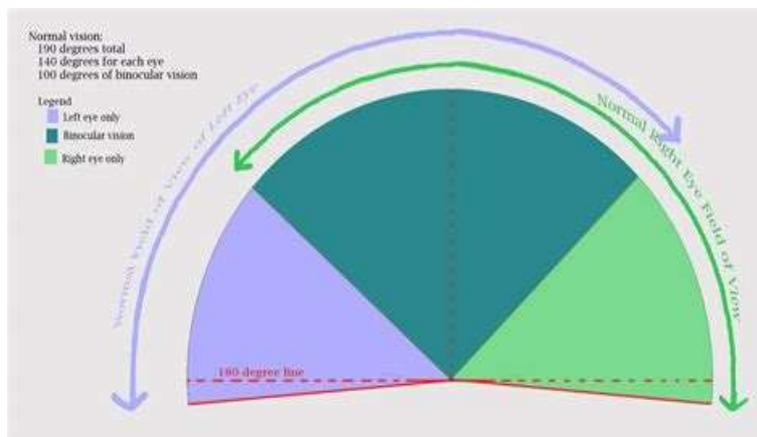
Gambar visual field defects

Sumber: <https://twitter.com/zachjarou/status/781366950551093249>



Gambar unocular visual field

Sumber : <http://www.ataglanceseries.com/ophthal/flashcards/flashcard5.asp>



Gambar binocular visual field

Sumber: <https://celebrationscakedecorating.com/galleries/normal-visual-field-degrees.html>

8. Nervus okulomotor (N. III), troklearis (N. IV) dan abduksen (N. VI)

a. Tes refleks pantulan cahaya kornea

- Sinari mata pasien secara langsung dengan *pen light*, perhatikan adanya kilauan pada kedua mata pasien. Hal ini menandakan kornea memantulkan cahaya

Normalnya pantulan cahaya simetris pada kedua bola mata. Refleks yang asimetrikal menandakan kelemahan otot ekstraokular atau strabismus.

b. Tes tutup/terbuka

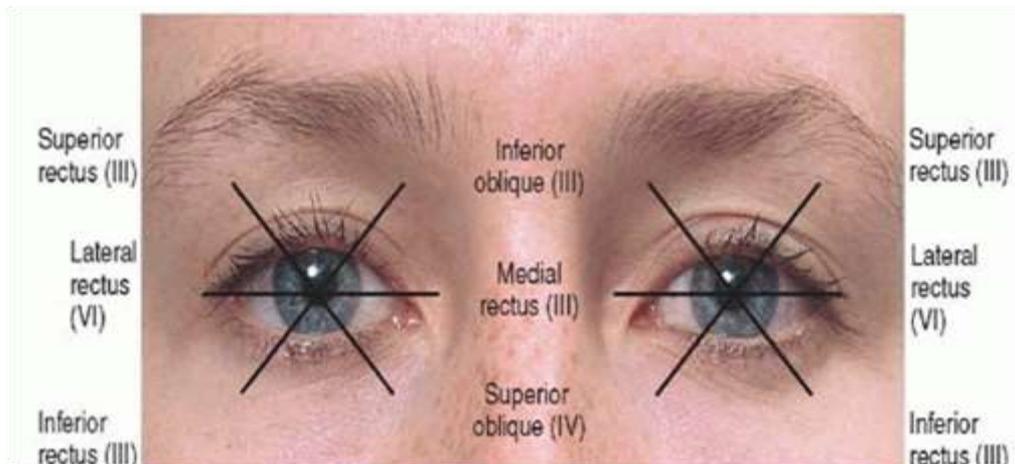
- Tutup mata pasien dengan sebelah tangan perawat, kemudian minta pasien untuk melihat pada objek yang jauh
- Kemudian buka mata yang ditutup, dan lihat adanya pergerakan/pergeseran pada bola mata (tidak ada pergerakan/ normal, pergerakan ke arah nasal/exotropia, pergerakan ke arah temporal/esotropia).
- Ulangi tes untuk mata yang lainnya

Normalnya tatapan harus stabil saat mata ditutup atau dibuka, tidak ada pergerakan/pergeseran bola mata. Pergeseran pada pandangan menandakan adanya kelemahan otot mata. Jika mata yang terbuka bergeser sebagai respon terhadap mata yang ditutup, mata yang tertutup adalah dominan. Jika mata yang tertutup bergeser setelah dibuka, ini menandakan adanya kelemahan mata. Jika terjadi pergerakan mata untuk memfokuskan kembali pandangan, ini menandakan adanya kelemahan otot ekstraokuler atau kelemahan pada saraf III, IV, dan VI.

c. Tes pergerakan bola mata

- Pasien duduk/berdiri dengan jarak sekitar 30-60 cm dari perawat. Minta pasien untuk melihat lurus ke depan, jangan gerakkan kepala.

- Minta pasien untuk mengikuti jari yang digerakkan pada 6 bidang pandang dengan mata. Gerakan pertama dimulai dari depan mata.
- Perhatikan kemampuan pasien untuk mengikuti gerakan jari dan adanya nistagmus (gerakan mata yang tidak terkendali berupa gerakan naik-turun atau memutar ke kiri dan ke kanan).



Gambar otot ekstraokuler mata

Sumber: <http://irapanussa.blogspot.com/2012/06/otot-otot-mata-gerakan-dan-inervasinya.html>

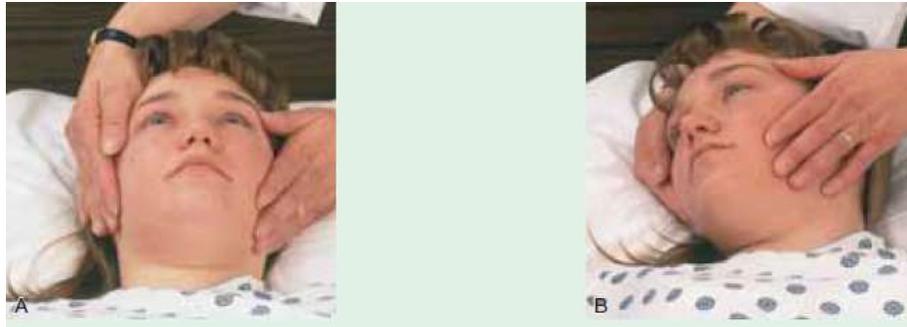
Ketidakmampuan mata mengikuti gerakan jari menandakan adanya kelemahan otot ekstraokuler mata. Kemudian nistagmus dapat disebabkan oleh multiple sklerosis, lesi pada salah satu hemisfer serebelum, tumor otak, dan karena obat penenang yang bisa bersifat unilateral atau bilateral.

d. Tes refleks okulosefalik (*doll's eye*)

- Pada pasien yang tidak sadar, tes pergerakan bola mata diganti dengan tes okulosefalik, yaitu dengan cara memutar kepala pasien dengan cepat dari sisi ke sisi (kanan ke kiri atau sebaliknya).

Hasil tes normal jika mata berdeviasi/menyimpang ke sisi yang berlawanan dengan arah kepala diputar. Tidak normal jika posisi mata tetap, ini menandakan

adanya kerusakan pada N. III, IV, dan VI atau kerusakan batang otak. Jangan lakukan tes ini jika pasien dicurigai mengalami cedera servikal.



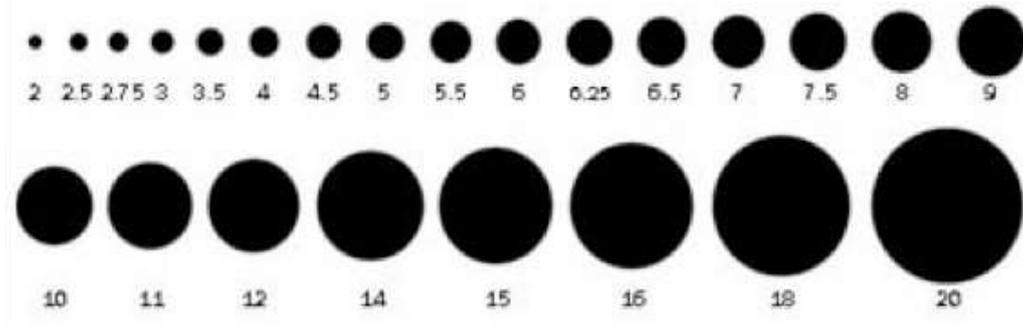
Gambar tes okulosefalik
Sumber Dillon (2007)

e. Pemeriksaan pupil

- Periksa ukuran dan kesimetrisan pupil
- Tes reaksi pupil terhadap cahaya: a) refleks langsung. Minta pasien untuk menatap lurus ke depan sambil perawat menyinari mata pasien dengan *pen light* yang dimulai dari sisi luar. Perhatikan reaksi yang terjadi pada mata yang disinari; b) refleks konsensual. Lakukan lagi seperti sebelumnya, letakkan tangan pada batang hidung dengan posisi tegak, dan perhatikan reaksi pada mata yang tidak disinari.
- Tes akomodasi pupil: minta pasien untuk melihat pada objek yang jauh misalnya jam di dinding. Kemudian letakkan jari atau objek sekitar 15 cm di depan mata pasien. Minta pasien untuk melihat bergantian antara objek yang jauh dengan objek yang dekat/jari. Perhatikan gerakan mata yang konvergen dan konstiksi pupil begitu pasien melihat objek yang dekat dan dilatasi saat melihat objek yang jauh pada kedua mata.

Normalnya pupil berbentuk bulat dan isokoria (ukurannya sama) secara bilateral. Ukuran pupil biasanya lebih besar pada anak-anak dan lebih kecil pada dewasa. Ukuran pupil dewasa sekitar 3-5 mm (biasanya 3 mm). Sekitar 20% populasi dapat memiliki pupil anisokoria dengan variasi ukuran pupil sekitar 0,5 mm.

Refleks pupil pada mata yang menerima cahaya ataupun yang tidak menerima cahaya keduanya mengalami konstriksi dengan cepat sampai ukuran menjadi sekitar 1 mm atau kurang. Kegagalan pupil untuk berdilatasi/konstriksi pada satu atau kedua mata menunjukkan adanya masalah pada N.III atau kelemahan otot ekstraokuler. Kegagalan gerakan mata konvergen juga terlihat pada pasien dengan hipertiroidisme (exophthalmos).



Gambar grafik ukuran pupil sebenarnya

Sumber: <http://www.mtmtv.info/millimeter-actual-size-chart-fd37019/>

f. Pemeriksaan kelopak mata

Perhatikan apakah kelopak mata normal atau lemah/jatuh. Adanya ptosis mungkin disebabkan oleh penyakit miastenia gravis yang menyebabkan kelemahan otot kelopak mata. Kelainan lain seperti sindrom horner yaitu ptosis kelopak mata, konstriksi pupil, dan bagian wajah yang sama tidak mengeluarkan keringat.

9. Nervus trigeminus (N. V)

1. Pemeriksaan fungsi motorik (otot pengunyah)

- Minta pasien untuk menggerakkan rahang kesamping melawan tahanan yang diberikan perawat. Kemudian kepalkan rahang dengan cara mengatupkan gigi atau menggigit *tongue spatel* dan rasakan otot maseter.

Normalnya rentang gerak rahang penuh/optimal dan kekuatan baik. Kelemahan unilateral menunjukkan adanya lesi saraf, saraf servikal, batang otak, miastenia gravis atau sklerosis amiotropik lateral.

2. Pemeriksaan fungsi sensorik (sensasi)

- Minta pasien untuk menutup mata, dan mengatakan kepada perawat saat merasakan sensasi pada wajahnya. Kemudian sentuh area dahi, pipi, dan rahang dengan kapas. Sentuh lagi area yang sama dengan benda tajam/runcing (misalnya tusuk gigi). Bandingkan keduanya.

Ketidakmampuan merasakan sentuhan pada wajah menunjukkan adanya kerusakan saraf perifer.

3. Refleks kornea

- Minta pasien untuk melihat kedepan. Dengan lembut sentuh ujung kornea mata dengan kapas. Cara alternatif bisa dengan mengembuskan udara melintasi kornea dengan *syringe* tanpa jarum atau dengan lembut menyentuh sudut bulu mata lateral dan melihat adanya refleks berkedip.

Tes refleks kornea dapat digunakan untuk mengevaluasi integritas batang otak pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

4. Refleks sentakan rahang (*jaw jerk*)

- Minta pasien untuk membuka mulut sedikit
- Letakkan jari perawat secara horizontal di dagu, kemudian ketuk jari dengan *refleks hammer*
- Perhatikan respon yang terjadi pada mulut. Normalnya mulut akan sedikit menutup, tidak normal jika penutupan mulut terjadi dengan cepat. Ini menandakan adanya lesi pada *upper motor neuron* (UMN).



Gambar *jaw jerk reflexes*

Sumber: <https://www.youtube.com/watch?v=UESIyXicsc0>

10. Nervus fasialis (N. VII)

- Secara umum perhatikan kondisi wajah pasien saat istirahat: kerutan dahi, lipatan nasolabial, dan sudut mulut. Perhatikan adanya ketidaksimetrisan antara sisi kanan dan sisi kiri.
- Uji fungsi motorik. Minta pasien untuk melakukan gerakan-gerakan berikut: tersenyum, mengerutkan dahi, menaikkan alis, mengembungkan pipi sambil perawat berusaha mengempiskannya, mengerucutkan bibir-menunjukkan gigi atas dan gigi bawah, menutup mata sambil perawat berusaha membukanya, menutup bibir sambil perawat berusaha membukanya. Perhatikan kesimetrisan dan kekuatan gerakan yang dilakukan pasien.
- Uji fungsi sensorik. Minta pasien untuk membedakan rasa manis (ujung lidah), asam (sisi bagian setengah belakang lidah), asin (sisi luar bagian depan lidah), dan pahit (belakang lidah).

Normalnya pada nervus fasialis yang utuh, pasien dapat membuat berbagai macam ekspresi dan merasakan sensasi rasa pada lidah terutama pada lidah anterior (sensasi pada lidah posterior/pahit diatur oleh N. IX). Adanya ekspresi wajah yang terganggu/asimetris menunjukkan adanya kerusakan saraf akibat

stroke atau Bell's palsy. Gangguan sensasi pengecapan menunjukkan adanya kerusakan saraf, kemoterapi/radioterapi pada daerah kepala/leher.

11. Nervus vestibulo-koklearis (N. VIII)

a. Tes Weber

- Tanyakan pada pasien telinga sebelah mana yang mengalami gangguan pendengaran
- Pegang batang garpu tala, kemudian ketukkan di telapak tangan
- Letakkan garpu tala yang bergetar di puncak kepala atau di tengah dahi
- Tanyakan kemampuan pasien untuk mendengar/merasakan getaran di kedua telinga. Catat adanya lateralisasi.

Normalnya getaran/harus dirasakan/didengar sama di kedua telinga (lateralisasi negatif). Jika pasien mengalami tuli konduktif, suara terdengar lebih keras di telinga yang tuli (lateralisasi positif ke telinga yang sakit), jika tuli saraf lateralisasi ke telinga yang sehat. Tuli saraf dapat disebabkan oleh tumor, misalnya neuroma akustik, degenerasi misalnya presbiaksis, trauma, misal fraktur pars petrosa os temporalis, toksisitas misalnya aspirin, streptomisin atau alkohol, infeksi misal, sindrom rubella kongenital dan sifilis kongenital.



Gambar tes weber
Sumber Dillon (2007)

b. Tes Rinne

- Getarkan garpu tala dan letakkan di prosesus mastoideus
- Hitung waktu sampai pasien tidak lagi mendengar garpu tala. Kemudian Segera pindahkan garpu tala ke depan telinga pasien. Catat waktu sampai pasien tidak lagi mendengar suara garpu tala.

Normalnya hantaran udara (AC) 2x lebih lama dibandingkan hantaran tulang (BC) (rinne positif). Jika rasio AC dengan BC berbeda pada tiap telinga, menandakan adanya defisit pendengaran unilateral. Jika AC kurang dari 2x BC, menandakan adanya gangguan pendegaran karena AC mungkin karena serumen, otitis media, otitis serosa, atau kerusakan tulang pendengaran di telinga tengah.



Gambar Tes Rinne
Sumber Dillon (2007)

- c. Tes berbisik. Minta pasien untuk menutup telinga yang berlawanan dengan telinga yang akan dites. Berdiri sekitar 30-60 cm dibelakang pasien dan bisikkan beberapa kata atau kalimat. Minta pasien untuk mengulang kata yang dibisikkan.

Normalnya pasien dapat mengulang sebagian besar kata yang dibisikkan pada jarak 1-2 kaki (30-60 cm). Ketidakmampuan mendengar menandakan adanya *low-tone frequency loss*.

d. *Watch-tick tes*. Minta pasien untuk menutup satu telinga, kemudian dekatkan jam tangan pada telinga pasien, secara perlahan jauhkan jam dari telinga pasien sampai sekitar 5 inci (12-13 cm). Catat apakah pasien dapat mendengar bunyi detakan jarum jam atau tidak. Ulangi prosedur untuk telinga lainnya.

Normalnya pasien dapat mendengar detakan jam pada jarak sekitar 5 inci. Ketidakmampuan mendengar menandakan adanya *high-tone frequency loss*.

e. *Tes Romberg*

- Minta pasien untuk berdiri dengan kedua kaki dirapatkan, kedua tangan disisi tubuh, dan mata terbuka.
- Kemudian minta pasien untuk menutup matanya, biarkan pasien pada posisi tersebut selama 20-30 detik. Harus dipastikan bahwa pasien tidak dapat menentukan posisinya (misalnya dengan bantuan titik cahaya atau suara tertentu).

Pada masalah keseimbangan akibat gangguan vestibuler, tubuh pasien akan bergoyang menjauhi garis tengah saat mata ditutup, dan saat mata dibuka tubuh akan kembali tegak. Namun jika gangguan keseimbangan akibat kelainan pada otak, tubuh pasien akan tetap bergoyang baik saat mata tertutup atau terbuka. Selama pemeriksaan pastikan perawat berada didekat pasien untuk mencegah pasien jatuh jika terjadi gangguan keseimbangan.



Gambar Tes Romberg
Sumber Dilon (2007)

f. Tandem Gait

Minta pasien berjalan dengan tumit kaki kiri/kanan diletakkan pada ujung jari kaki kanan/kiri secara bergantian (berjalan dalam garis lurus). Pada pasien dengan gangguan vestibuler, jalannya akan menyimpang. Namun pada pasien dengan gangguan otak, pasien akan cenderung terjatuh.

g. Uji Unterberger

- Minta pasien berdiri dengan kedua lengan lurus horizontal ke depan dan jalan di tempat dengan mengangkat lutut setinggi mungkin selama 1 menit.

Pada kelainan vestibuler, posisi pasien akan menyimpang/berputar ke arah lesi seperti gerakan orang melempar cakram; kepala dan badan berputar ke arah lesi, kedua lengan bergerak ke arah lesi dengan lengan pada sisi lesi turun dan yang lain naik. Keadaan ini disertai nistagmus dengan fase lambat ke arah lesi.

12. Nervus glossofaringeus (N. IX) dan vagus (X)

- Kaji kemampuan pasien untuk batuk, menelan dan berbicara (artikulasi). Gangguan N. IX dan X menyebabkan pasien tidak bisa menelan. Kerusakan pada N. X menyebabkan terjadinya perubahan kualitas suara (seperti suara serak) dan gangguan fungsi vital seperti terjadi aritmia karena sebagian besar N.X mempersadari organ viseral tubuh melalui sistem saraf simpatis.
- Tes fungsi motorik. Minta pasien untuk membuka mulut dan mengatakan “ah” sambil perawat menelan lidah pasien dengan *tongue spatel*. Perhatikan palatum mole dan uvula, normalnya akan terangkat secara simetris. Jika gerakan hanya terjadi pada 1 sisi, menandakan adanya kerusakan pada saraf kontralateral.
- Tes *gag reflexes*. Jelaskan pada pasien bahwa perawat akan menyentuh bagian belakang tenggorakan. Minta pasien untuk buka mulut, dan sentuh bagian dinding belakang tenggorakan dengan *tongue spatel*. Perhatikan pergerakan yang terjadi. Normalnya palatum akan terangkat, berkontraksi

dan terjadi retraksi lidah (refleks muntah/*gag* positif). Tidak adanya refleks muntah menandakan adanya gangguan saraf dan pasien dapat berisiko terjadinya aspirasi

- Tes sensasi pada bagian posterior lidah (rasa pahit). Kehilangan sensasi mengindikasikan adanya masalah pada N.IX

13. Nervus asesorius (N. XI)

- Otot trapezius. Minta pasien untuk mengangkat bahu ke atas sementara perawat memberikan tahanan pada bahu. Perhatikan kesimetrisan dan kekuatan kontraksi
- Otot sternokleidomastoideus. Minta pasien untuk memutar kepalanya ke kanan, sementara perawat berusaha memutar kepala pasien ke kiri. Lakukan untuk arah sebaliknya. Perhatikan kesimetrisan dan kekuatan kontraksi

Normalnya terjadi gerakan yang simetris dan pasien mampu melawan tahanan tanpa rasa sakit. ROM leher penuh tanpa hambatan dengan kekuatan +5/5. Adanya kelemahan/gerakan yang tidak simetris menandakan adanya gangguan pada N.XI.

14. Nervus hipoglossus (N. XII)

- Minta pasien untuk mengucapkan huruf “d, l, n, t”.
- Minta pasien menjulurkan lidahnya. Amati adanya deviasi dari garis tengah, tumor, lesi atau atrofi. Kemudian minta pasien untuk menggerakkan lidahnya dari sisi ke sisi
- Minta pasien untuk mendorong pipi bagian dalamnya dengan lidah sambil perawat melawan orongan tersebut dengan jari. Perhatikan kekuatannya.

Normalnya pasien dapat menjulurkan lidah secara medial, tidak ada atrofi, tumor atau lesi. Tidak ada pergerakan, gerakan asimetris, atau deviasi dari garis tengah menandakan adanya kerusakan pada N.XII. Paralisis pada lidah dapat menimbulkan disartria.

DAFTAR PUSTAKA

- Dillon, P.M. (2007). *Nursing health assessment: A critical thinking, Case study approach*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Muttaqin, A. (2011). *Buku ajar, Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rubin, M. (2017). *Overview of the cranial nerve*. Diakses dari <https://www.msmanuals.com/home/brain,-spinal-cord,-and-nerve-disorders/cranial-nerve-disorders/overview-of-the-cranial-nerves>

FORMAT PENILAIAN SARAF KRANIAL

NAMA :
NIM :

No	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap Preinteraksi 1. Membaca catatan medis dan keperawatan pasien 2. Menyiapkan peralatan yang dibutuhkan 3. Validasi perasaan perawat 4. Cuci tangan			
B	Tahap Orientasi 1. Beri salam, panggil klien dengan namanya, perkenalkan diri perawat 2. Evaluasi respon pasien 3. Jelaskan prosedur tindakan, tujuan dan lama waktu tindakan			
C	Tahap Kerja 1. Atur posisi pasien yang nyaman untuk pemeriksaan 2. Perhatikan kondisi umum pasien: penampilan pasien, asimetri yang jelas pada wajah, posisi mata normal/strabismus, ptosis atau tidak, abnormalitas bicara atau suara, dan penggunaan alat bantu dengar atau penglihatan 3. Lakukan pemeriksaan saraf kranial 4. N.I (olfaktorius) - Tanyakan apakah pasien mengalami penurunan sensasi penciuman sebelumnya - Kaji kepatenan lubang hidung - Minta pasien menutup mata dan menutup/pencet satu lubang hidung. Kemudian dekatkan aroma/bau-bauan yang mudah dikenal seperti kopi, jeruk, minyak kayu putih, dll dibawah hidung pasien. Minta pasien untuk menyebutkan nama bahan/aroma/zat yang dicium. - Ulangi untuk hidung yang lainnya - Interpretasikan hasil pemeriksaan 5. N. II (optikus) <u>Ketajaman penglihatan (jauh)</u> - Minta Pasien berdiri 20 kaki (6 meter) dari <i>snellen chart</i> - Minta pasien untuk menutup sebelah mata, dan membaca huruf sampai baris terkecil yang dapat dibaca pasien dengan benar - Ulangi untuk mata yang lainnya - Interpretasikan hasil pemeriksaan <u>Ketajaman penglihatan (dekat)</u> - Minta pasien memegang koran sekitar 14 inci (35,5 cm) dari mata.			

<ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien untuk membaca koran tersebut - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p><u>Penglihatan warna</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien untuk mengidentifikasi dengan benar angka-angka yang terdapat pada <i>Ishihara chart</i> - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p><u>Lapang pandang</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien berdiri atau duduk di hadapan perawat dengan jarak sekitar 30-60 cm - Minta pasien untuk menatap lurus ke depan, menutup satu mata dengan tangan, dan memberi tahu perawat jika melihat gerakan pena/gerakan ujung jari perawat. - Gerakkan jari dari perifer lapang pandang secara perlahan-lahan memasuki bidang pandang pasien (superior, inferior, temporal, dan nasal) - Lakukan untuk mata yang lain - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p>6. N. III, IV, VI (okulomotor, troklearis, abduksen)</p> <p><u>Tes refleks pantulan cahaya kornea</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinari mata pasien secara langsung dengan <i>pen light</i>, perhatikan adanya kilauan pada kedua mata pasien - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p><u>Tes terbuka/tertutup</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tutup mata pasien dengan sebelah tangan perawat, dan minta pasien untuk melihat pada objek yang jauh - Buka mata yang ditutup, dan lihat adanya pergerakan bola mata. - Ulangi tes untuk mata yang lainnya - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p><u>Tes pergerakan bola mata</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien duduk/berdiri sekitar 30-60 cm dari perawat. - Minta pasien untuk mengikuti jari yang digerakkan pada 6 bidang pandang dengan mata. Gerakan pertama dimulai dari depan mata - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p><u>Tes refleks okulosefalik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Putar kepala pasien dengan cepat dari sisi ke sisi (kanan ke kiri atau sebaliknya) - Perhatikan pergerakan bola mata - Interpretasikan hasil pemeriksaaan <p><u>Pemeriksaan pupil</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa ukuran dan kesimetrisan pupil - Tes refleks pupil terhadap cahaya (langsung dan konsensual) dengan cara meminta pasien untuk menatap lurus ke depan sambil perawat menyinari mata pasien dengan <i>pen light</i> - Tes akomodasi pupil dengan cara meminta pasien untuk melihat objek yang jauh dan dekat secara bergantian 			
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p><u>Pemeriksaan kelopak mata.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan apakah kelopak mata normal atau lemah/jatuh - Interpretasikan hasil observasi <p>7. N. V (trigeminus)</p> <p><u>Otot pengunyah</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien untuk menggerakkan rahang kesamping melawan tahanan yang diberikan perawat. Kemudian kepalkan rahang dengan cara mengatupkan gigi atau menggigit <i>tongue spatel</i> dan rasakan otot maseter - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p><u>Pemeriksaan sensasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien untuk menutup mata, dan mengatakan kepada perawat saat merasakan sensasi pada wajahnya. - Sentuh area dahi, pipi, dan rahang dengan kapas. Sentuh lagi area yang sama dengan benda tajam/runcing. Bandingkan keduanya. - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p><u>Refleks kornea</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien untuk melihat kedepan. Dengan lembut sentuh ujung kornea mata dengan kapas. Lihat adanya refleks berkedip - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p><u>Jaw jerk reflexes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien untuk membuka mulut sedikit. Letakkan jari perawat secara horizontal di dagu, kemudian ketuk jari dengan <i>refleks hammer</i> - Perhatikan respon yang terjadi pada mulut <p>8. N. VII (fasialis)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan kondisi wajah pasien saat istirahat: kerutan dahi, lipatan nasolabial, dan sudut mulut. Perhatikan adanya ketidaksimetrisan antara sisi kanan dan sisi kiri - Minta pasien untuk melakukan gerakan-gerakan berikut: tersenyum, mengerutkan dahi, menaikkan alis, mengembungkan pipi sambil perawat berusaha mengempiskannya, mengerutkan bibir-menunjukkan gigi atas dan gigi bawah, menutup mata sambil perawat berusaha membukanya, menutup bibir sambil perawat berusaha membukanya. Perhatikan kesimetrisan dan kekuatan gerakan - Minta pasien untuk membedakan rasa manis (ujung lidah), asam (sisi bagian setengah belakang lidah), asin (sisi luar bagian depan lidah), dan pahit (belakang lidah) <p>9. N. VIII (vestibulo-koklearis)</p> <p><u>Tes weber</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pegang batang garpu tala, kemudian ketukkan di telapak 			
---	--	--	--

<p>tangan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Letakkan garpu tala yang bergetar di puncak kepala atau di tengah dahi - Tanyakan kemampuan pasien untuk mendengar/merasakan getaran di kedua telinga. Catat adanya lateralisasi - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p><u>Tes rinne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Getarkan garpu tala dan letakkan di prosesus mastoideus - Hitung waktu sampai pasien tidak lagi mendengar garpu tala. Kemudian Segera pindahkan garpu tala ke depan telinga pasien. Catat waktu sampai pasien tidak lagi mendegar suara garpu tala - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p><u>Tes berbisik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien untuk menutup telinga yang berlawanan dengan telinga yang akan dites. - Berdiri sekitar 30-60 cm dibelakang pasien dan bisikkan beberapa kata atau kalimat. Minta pasien untuk mengulang kata yang dibisikkan. Ulangi untuk pemeriksaan yang lainnya - Interpretasikan hasil penelitian <p><u>Watch-tick test</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien untuk menutup satu telinga, kemudian dekatkan jam tangan pada telinga pasien, secara perlahan jauhkan jam dari telinga pasien sampai sekitar 5 inci (12-13 cm). - Catat apakah pasien dapat mendengar bunyi detakan jarum jam atau tidak. Ulangi prosedur untuk telinga lainnya - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p><u>Tes Romberg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien untuk berdiri dengan kedua kaki dirapatkan, kedua tangan disisi tubuh, dan mata terbuka. - Kemudian minta pasien untuk menutup matanya, biarkan pasien pada posisi tersebut selama 20-30 detik - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p><u>Tandem gait</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien berjalan dengan tumit kaki kiri/kanan diletakkan pada ujung jari kaki kanan/kiri secara bergantian (berjalan dalam garis lurus). - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p><u>Uji unterberger</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien berdiri dengan kedua lengan lurus horizontal ke depan dan jalan di tempat dengan mengangkat lutut setinggi mungkin selama 1 menit - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p>10.N. IX, X (glossofaringeus, vagus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji kemampuan pasien untuk batuk, menelan dan berbicara (artikulasi) - Minta pasien untuk membuka mulut dan mengatakan “ah” 			
--	--	--	--

	<p>sambil perawat menelan lidah pasien dengan <i>tongue spatel</i>. Perhatikan palatum mole dan uvula</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Gag reflexes</i>: Minta pasien untuk buka mulut, dan sentuh bagian dinding belakang tenggorokan dengan <i>tongue spatel</i>. Perhatikan pergerakan yang terjadi - Tes sensasi pada bagian posterior lidah (rasa pahit) <p>11.N. XI (asesorius)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien untuk mengangkat bahu ke atas sementara perawat memberikan tahanan pada bahu. Perhatikan kesimetrisan dan kekuatan kontraksi - Minta pasien untuk memutar kepalanya ke kanan, sementara perawat berusaha memutar kepala pasien ke kiri. Lakukan untuk arah sebaliknya. Perhatikan kesimetrisan dan kekuatan kontraksi - Interpretasikan hasil pemeriksaan <p>12.N. XII (hipoglosus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien untuk mengucapkan huruf “d, l, n, t”. - Minta pasien menjulurkan lidahnya. Amati adanya deviasi dari garis tengah, tumor, lesi atau atrofi. Kemudian minta pasien untuk menggerakkan lidahnya dari sisi ke sisi - Minta pasien untuk mendorong pipi bagian dalamnya dengan lidah sambil perawat melawan orongan tersebut dengan jari. Perhatikan kekuatannya - Interpretasikan hasil pemeriksaan 			
D	<p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rapikan pasien dan alat 2. Evaluasi respon pasien 3. Kontrak selanjutnya 			
E	<p>Dokumentasi</p> <p>Hasil pemeriksaan yang diperoleh</p>			

Keterangan :

*= poin penting harus dilakukan

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

Nilai = $\frac{\text{jumlah nilai yang dilakukan}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100$

Pekanbaru, 2021

Penilai,

(.....)

NB: mahasiswa dinyatakan lulus jika nilai ≥ 75 .

PEMERIKSAAN TANDA RANGSANG MENINGEAL

Skenario 5: “*check my brain’s protective layer*”

Seorang perempuan usia 30 tahun dirawat di bangsal penyakit dalam dengan keluhan sakit kepala, demam dan tidak tahan terhadap cahaya. Perawat memiliki dugaan meningitis terhadap pasien. Perawat akan melakukan pemeriksaan rangsang meningeal untuk memeriksa dugaannya.

Tujuan Pembelajaran:

Setelah mengikuti *skill labs* ini, mahasiswa mampu:

1. Mengetahui tentang cara pemeriksaan rangsang meningeal
2. Melakukan keterampilan pemeriksaan rangsang meningeal

Aktivitas Pembelajaran

No.	Aktivitas	Yang terlibat	Waktu
1	Pembukaan a. <i>Pre-test</i> b. Penjelasan instruktur	Mahasiswa Instruktur	10 menit 15 menit
2	Pelaksanaan a. <i>Role play</i> instruktur b. <i>Role play</i> mahasiswa	Instruktur Mahasiswa	30 menit 100 menit
3	Penutup Post-test dan <i>Feedback</i>	Mahasiswa Instruktur	15 menit
Total			170 menit

TANDA RANGSANG MENINGEAL

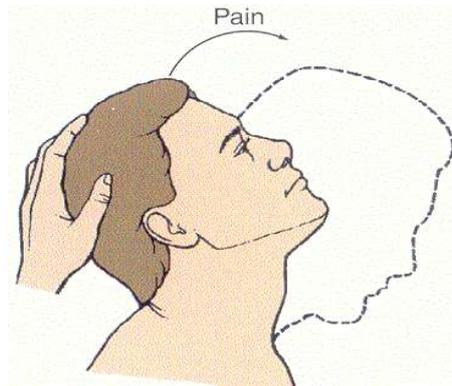
Peradangan meningen (meningitis) otak adalah gejala yang timbul akibat peradangan pada selaput otak (dura, pia dan materi arachnoid) atau adanya benda asing pada ruang subarachnoid (seperti darah), zat kimia (misalnya kontras) dan invasi neoplasma (meningitis carcinoma). Manifestasi subyektif adalah sakit kepala, kuduk kaku, fotofobia, dll. Adanya penyakit yang menyebabkan iritasi pada meningen akan menyebabkan timbulnya tanda rangsang meningen. Yang perlu diperhatikan adalah timbulnya gejala yang disebut meningismus, yaitu pada pemeriksaan fisik terdapat rangsangan selaput otak, tetapi tidak ada proses patologis di daerah selaput otak tersebut melainkan di luar kranium (misalnya mastoiditis).

Pemeriksaan rangsang meningen

1. Kaku kuduk (rigiditas nuczal)

- Pasien berbaring telentang tanpa bantal.
- Tempatkan tangan kiri perawat di bawah kepala pasien yang berbaring, tangan kanan berada diatas dada pasien
- Rotasikan kepala pasien ke kiri dan kanan untuk memastikan pasien sedang rileks
- Tekukkan kepala (fleksi) secara pasif, dan usahakan agar menyentuh 2 jari yang diletakkan di insisura jugularis
- Kaji adanya tahanan.

Adanya tahanan (kaku kuduk positif) mengindikasikan kecurigaan terhadap meningitis, perdarahan subarachnoid, meningoensefalitis, dan karsinoma meningeal. Jika saat kepala dirotasikan ke kiri, ke kanan, dan di-fleksi-kan terdapat tahanan mengindikasikan kondisi meningismus.



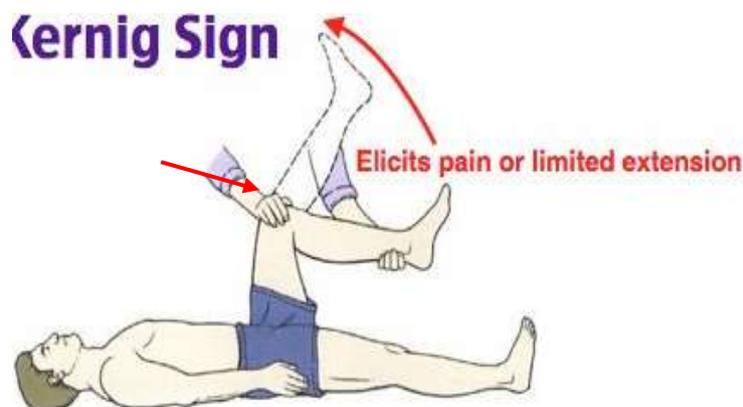
Gambar kaku kuduk

Sumber: <https://www.pinterest.co.uk/pin/118078821456750241/>

2. Kernig's sign

- Pasien berbaring telentang, fleksikan sendi lutut dan panggul sehingga membentuk sudut 90°
- Kemudian ekstensi tungkai bawah pada sendi lutut sehingga membentuk sudut minimal 135° . Lakukan untuk tungkai yang lainnya.
- Perhatikan kemampuan tungkai untuk membentuk sudut minimal 135°

Adanya rasa nyeri atau ekstensi lutut tidak mencapai 135° (kernig's positif) menandakan adanya iritasi meningen, bila unilateral dapat disebabkan karena iritasi radiks atau HNP (Hernia Nukleus Purposus).



Gambar Kernig's Sign

Sumber: <https://twitter.com/afjem/status/794368376466509824>

3. *Lasegue sign*

- Pasien dalam posisi berbaring.
- Fleksikan salah satu kaki pada sendi panggul dalam keadaan lurus sampai membentuk sudut 70° , tungkai lain dalam keadaan lurus
- Perhatikan adanya tahanan atau sensasi nyeri

Tanda *lasegue* positif jika ada tahanan atau pasien merasakan nyeri saat sudut kurang dari 70° .



Gambar lasegue sign

Sumber: <https://www.slideshare.net/>

4. *Brudzinski sign*

a. *Brudzinski I*

- Pasien berbaring telentang, tangan kiri pemeriksa dibawah kepala pasien, tangan kanan di dada pasien untuk mencegah badan pasien terangkat.
- Lakukan gerakan fleksi pasif pada kepala pasien dengan cepat. Gerakan fleksi ini dilakukan semaksimal mungkin
- Lihat respon yang terjadi pada kedua tungkai

Tanda Brudzinski positif jika seaktu melakukan gerakan fleksi kepala, pada kedua tungkai pasien muncul gerakan fleksi involunter.



Gambar tanda Brudzinski 1

Sumber: <https://www.pinterest.com/pin/190488259215032591/>

b. Brudzinski II

- Pasien berbaring telentang
- Tungkai bawah pasien di-fleksi-kan secara pasif pada sendi lutut dan sendi panggul (seperti tanda kernig)
- Perhatikan respon yang terjadi pada tungkai sebelahnya

Tanda Brudzinski II positif jika sewaktu melakukan gerakan fleksi pada satu tungkai, tungkai kontralateral secara involunter ikut fleksi.



Gambar Brudzinski II

Sumber: <https://slideplayer.it/slide/11817305/>

DAFTAR PUSTAKA

- Debora, O. (2011). *Proses keperawatan dan pemeriksaan fisik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Perry, A. G & Potter, P.A. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan* (Renata Komalasari dkk, Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner & Suddarth* (Vol. 3). Jakarta: EGC

FORMAT PENILAIAN RANGSANG MENINGEAL

NAMA :
NIM :

No	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap Preinteraksi 1. Membaca catatan medis dan keperawatan pasien 2. Menyiapkan peralatan yang dibutuhkan 3. Validasi perasaan perawat 4. Cuci tangan			
B	Tahap Orientasi 1. Beri salam, panggil klien dengan namanya, perkenalkan diri perawat 2. Evaluasi respon pasien 3. Jelaskan prosedur tindakan, tujuan dan lama waktu tindakan			
C	Tahap kerja <u>Kaku kuduk (rigiditas nuchal)</u> 1. Pasien berbaring telentang tanpa bantal. 2. Tempatkan tangan kiri perawat di bawah kepala pasien yang berbaring, tangan kanan berada diatas dada pasien 3. Rotasikan kepala pasien ke kiri dan kanan untuk memastikan pasien sedang rileks 4. Tekukkan kepala (fleksi) secara pasif, dan usahakan agar menyentuh 2 jari yang diletakkan di insisura jugularis 5. Kaji adanya tahanan <u>Tanda Kernig</u> 1. Pasien berbaring telentang, fleksikan sendi lutut dan panggul sehingga membentuk sudut 90^0 2. Kemudian ekstensi tungkai bawah pada sendi lutut sehingga membentuk sudut minimal 135^0 . Lakukan untuk tungkai yang lainnya. 3. Perhatikan kemampuan tungkai untuk membentuk sudut minimal 135^0 <u>Tanda Brudzinski I</u> 1. Pasien berbaring telentang, tangan kiri pemeriksa dibawah kepala pasien, tangan kanan di dada pasien untuk mencegah badan pasien terangkat. 2. Lakukan gerakan fleksi pasif pada kepala pasien dengan cepat. Gerakan fleksi ini dilakukan semaksimal mungkin 3. Lihat respon yang terjadi pada kedua tungkai <u>Tanda Brudzinski II</u> 1. Pasien berbaring telentang 2. Tungkai bawah pasien di-fleksi-kan secara pasif pada sendi			

	lutut dan sendi panggul (seperti tanda kernig) 3. Perhatikan respon yang terjadi pada tungkai sebelahnya <u>Tanda Lasegue</u> 1. Pasien dalam posisi berbaring. 2. Fleksikan salah satu kaki pada sendi panggul dalam keadaan lurus sampai membentuk sudut 70 ⁰ 3. Perhatikan adanya tahanan atau sensasi nyeri			
D	Tahap Terminasi 1. Rapiakan pasien dan alat 2. Evaluasi respon pasien 3. Kontrak selanjutnya			
E	Dokumentasi Hasil pemeriksaan yang diperoleh			

Keterangan :

*= poin penting harus dilakukan

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

Nilai = $\frac{\text{jumlah nilai yang dilakukan}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100$

Pekanbaru, 2021

Penilai,

(.....)

NB: mahasiswa dinyatakan lulus jika nilai ≥ 75 .

PRAKTIKUM LABORATORIUM
PERAWATAN LUKA
“treat my wound”

Seorang perempuan berusia 55 tahun dirawat di ruangan penyakit dalam karena menderita diabetes mellitus dan luka pada kaki kanan bawah. Perawat akan melakukan perawatan luka dan penggantian verban pada kaki pasien.

Pengantar

Luka merupakan gangguan atau kerusakan dari keutuhan kulit .Perawatan luka bertujuan untuk membantu perbaikan dan regenerasi jaringan kulit yang rusak. Terdapat beberapa jenis perawatan luka, tergantung kebutuhan pasien. Beberapa contoh jenis perawatan luka yaitu perawatan luka bersih, perawatan luka gangrene (dekubitus), perawatan luka stoma, perawatan luka WSD, perawatan luka bakar dan sebagainya. Seiring dengan adanya kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan, muncul inovasi terbaru terkait perawatan luka, yaitu perawatan luka modern. Perawatan luka modern bertujuan untuk meminimalkan kontak dengan luka pasien, yang tujuannya adalah tidak merusak proses granulasi sehingga luka lebih cepat sembuh, dan juga meminimalisir biaya.

Tujuan Pembelajaran

Tujuan umum :

Mahasiswa mampu melakukan melakukan perawatan luka sesuai dengan jenis luka pada pasien.

Aktifitas Pembelajaran

No	Aktivitas	Yang Terlibat	Waktu
1	Pembukaan a. Pre test b. Penjelasan instruktur	Mahasiswa Instruktur	10 menit 10 menit
2	Pelaksanaan a. Role Play Instruktur b. Role Play mahasiswa	Instruktur Mahasiswa	40 menit 80 menit
3	Penutup a. Evaluasi b. Feed back	Mahasiswa instruktur	10 menit 10 menit

TINJAUAN TEORI PERAWATAN LUKA

1. Pendahuluan

Kulit adalah salah satu organ terbesar dalam tubuh. Kulit menutupi tubuh 2 m², berat sekitar 3 kg atau 15% dari berat badan dan menerima 1/3 suplai sirkulasi darah pada orang dewasa (Carville, 2007). Luka merupakan suatu kerusakan yang abnormal pada kulit yang menghasilkan kematian dan kerusakan sel-sel kulit.

Perawatan luka terdiri dari pembersihan luka dan penggunaan balutan untuk menutupi dan melindungi daerah yang luka. Pembersihan luka ditujukan untuk membersihkan debris, agen yang mengkontaminasi dan mengeluarkan eksudat. Pemilihan jenis balutan dan metode pembalutan luka akan mempengaruhi proses penyembuhan luka. Metode pembalutan luka terdiri atas dua macam balutan, yaitu balutan basah kering dan balutan kering-kering.

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

Balutan kering dapat melindungi luka dari trauma dan infeksi.

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

Gambar 8.1. Balutan Luka



Balutan basah kering



Balutan kering

2. Alat dan bahan yang digunakan

- a) *Glove* steril dan bersih
- b) Set perawatan luka steril:
 - Pinset anatomis

- Pinset sirurgis
 - Kom kecil
- c) Bengkok
- d) Kassa steril
- e) Cairan NaCl 0,9%
- f) Salep antiseptic/ softratule
- g) Perlak
- h) Kantong sampah
- i) Alkohol swap
- j) Plester/hipafix atau verban (kasa gulung)
- k) Gunting benang/gunting jaringan
- l) Gunting plaster
- m) Masker, google, dan apron jika jika perlu

3. Prosedur atau langkah-langkah kerja

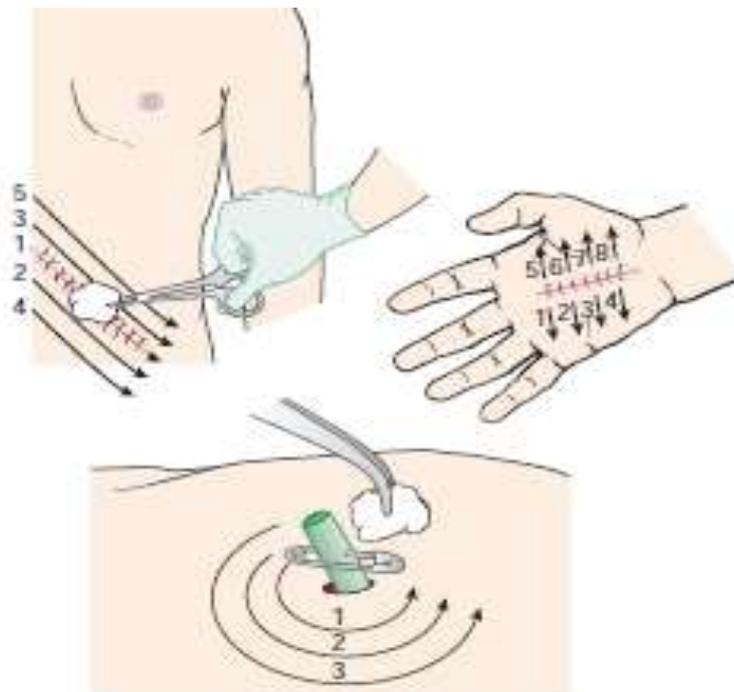
Berikut ini adalah langkah-langkah dalam melakukan perawatan luka:

- Review catatan medis pasien untuk perawatan luka dan peralatan yang sesuai
- Persiapkan alat-alat yang dibutuhkan
- Jaga privasi klien

- Kaji nyeri pasien dan berikan obat analgetik 30 menit sebelum tindakan jika diindikasikan.
- Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien dan keluarga
- Instruksikan pada pasien untuk tidak menyentuh area luka dan set perawatan steril
- Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan
- Pasang perlak atau *underpad*
- Atur posisi pasien sesuai kebutuhan selama tindakan
- Letakkan kantong sampah pada area yang mudah dijangkau (lipat bagian atasnya membentuk mangkok)
- Cuci tangan
- Gunakan alat pelindung diri lainnya seperti masker, google, dan skort jika luka berpotensi mengeluarkan drainase yang bisa mengenai tubuh
- Kenakan sarung tangan bersih
- Lepaskan balutan luka dan bersihkan sisa perekat yang menempel di kulit. Jika plaster sulit dilepaskan, dapat dibasahkan dan dibersihkan dengan larutan normal salin.
- Buang balutan kedalam kantong sampah (sesuai dengan SOP)

- Observasi luka terhadap warna/granulasi, luas, kedalaman, eksudat, inflamasi atau infeksi
- Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan
- Buka set perawatan luka, kassa dan larutan steril dengan teknik asepsis dan letakkan peralatan di area yang mudah dijangkau
- Pasangan sarung tangan steril
- **Balutan Kering**
 - Basahkan kassa steril dengan normal salin dan peras kassa
 - Bersihkan dari area luka pertamakali dan disusul pinggir luka.
(gunakan swab terpisah untuk setiap usapan)

Gambar 9.1. cara swap luka



- Keringkan luka dengan kassa steril kering
 - Oleskan salep antiseptik (sesuai indikasi)
 - Pasang balutan kering yang steril pada area luka dan beri plester
- **Balutan Basah-Kering**
 - Basahi kassa steril dengan dengan normal salin dan peras
 - Bersihkan dari area luka pertamakali dan disusul pinggir luka.
(gunakan swab terpisah untuk setiap usapan)
 - Basahi Pasang kasa steril dengan normal salin atau cairan lain sesuai indikasi dan pasang di atas luka (menutupi luka)
 - Pasang kasa steril kering di atas kasa yang lembab dan pat menggunakan kasa gulung steril
 - Pasang plester di atas balutan
 - Lepas sarung tangan
 - Bantu pasien kembali pada posisi yang nyaman
 - Informasikan pada pasien untuk menjaga balutan tetap kering
 - Kaji kondisi pasien setelah dilakukan perawatan luka dan Evaluasi respon klien dan tindakan yang dilakukan
 - Buang seluruh sampah dan dekontaminasi peralatan, cuci tangan
 - Lakukan kontrak waktu selanjutnya
 - Dokumentasi hasil pemeriksaan

Gambar 9.3. Cara memasang balutan luar



FORMAT PENILAIAN PERAWATAN LUKA

Nama :

NIM :

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
A	TAHAP PRA INTERAKSI 1. <i>Review</i> catatan medis pasien untuk perawatan luka dan peralatan yang sesuai 2. Persiapkan alat-alat yang dibutuhkan 3. Jaga privasi klien 4. Kaji nyeri pasien dan berikan obat analgetik 30 menit sebelum tindakan jika diindikasikan. 5. Mencuci tangan			
B	TAHAP ORIENTASI 1. Mengucapkan salam, memanggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien dan keluarga \ 3. Memberikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan			
C	TAHAP KERJA 1. Pasang pernak atau <i>underpad</i> 2. Atur posisi pasien sesuai kebutuhan selama tindakan 3. Letakkan kantong sampah pada area yang mudah dijangkau (lipat bagian atasnya membentuk mangkok) 4. Gunakan alat pelindung diri lainnya seperti masker, google, dan skort jika luka berpotensi mengeluarkan drainase yang bisa mengenai tubuh 5. Kenakan sarung tangan bersih 6. Lepaskan balutan luka dan bersihkan sisa perekat yang menempel di kulit. Jika plaster sulit dilepaskan, dapat dibasahkan dan dibersihkan dengan larutan normal salin.			

<p>7. Buang balutan kedalam kantong sampah (sesuai dengan SOP)</p> <p>8. Observasi luka terhadap warna/granulasi, luas, kedalaman, eksudat, inflamasi atau infeksi</p> <p>9. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan</p> <p>10. Buka set perawatan luka, kassa dan larutan steril dengan teknik aseptis dan letakkan peralatan di area yang mudah dijangkau</p> <p>11. Pasang sarung tangan steril</p> <p>12. Lakukan perawatan luka</p> <p>a. Balutan Kering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basahkan kassa steril dengan normal salin dan peras kassa - Bersihkan dari area luka pertamakali dan disusul pinggir luka. (gunakan swab terpisah untuk setiap usapan) - Keringkan luka dengan kassa steril kering - Oleskan salep antiseptik (sesuai indikasi) - Pasang balutan kering yang steril pada area luka dan beri plester <p>b. Balutan Basah-Kering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basahi kassa steril dengan dengan normal salin dan peras - Bersihkan dari area luka pertamakali dan disusul pinggir luka. (gunakan swab terpisah untuk setiap usapan) - Basahi Pasang kassa steril dengan normal salin atau cairan lain sesuai indikasi dan pasang diatas luka (menutupi luka) - Pasang kassa steril kering diatas kassa yang lembab dan pat menggunakan kassa gulung steril - Pasang plester diatas balutan <p>13. Lepas sarung tangan</p> <p>14. Bantu pasien kembali pada posisi yang nyaman</p> <p>15. Informasikan pada pasien untuk menjaga balutan tetap</p>			
---	--	--	--

	kering 16.Kaji kondisi pasien setelah dilakukan perawatan luka dan Evaluasi respon klien dan tindakan yang dilakukan 17.Buang seluruh sampah dan dekontaminasi peralatan, cuci tangan			
D	TAHAP TERMINASI 1. Mengevaluasi respon dan kondisi pasien setelah dilakukan perawatan luka dan 2. Merapikan klien dan alat 3. Mencuci tangan 4. Melakukan kontrak waktu selanjutnya			
E	DOKUMENTASI Melakukan pencatatan (waktu, tindakan, respon pasien selama prosedur, nama dan paraf perawat			

Keterangan :

Tanda bintang (*) adalah poin yang harus dikerjakan.

0 = Tidak dilakukan

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Dilakukan sempurna

Penilaian = $\frac{\text{Jumlah point yang diperoleh} \times 100\%}{\text{Jumlah point tertinggi}}$

Mahasiswa dinyatakan lulus jika nilai ≥ 75

Pekanbaru, 20
 Penilai,

(.....)

DAFTAR PUSTAKA

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

NAMA MAHASISWA KELOMPOK TUTORIAL

KELAS A

KELOMPOK 1 Fasilitator: Ns. Bayu Saputra, M.Kep	KELOMPOK 2 Fasilitator: Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB
<ol style="list-style-type: none">1. Rina Luthfiyyah Nasuiton2. Sonia Wahyuni3. Nopisa Ariani4. Gusvita Sari5. Amey Novela R6. Yunika Pafilia7. Liza Ermita8. Sari Fitri Handayani9. Zakiyah Resha Ningsih	<ol style="list-style-type: none">1. Rice Pertiwi Fitri2. Reza Kurniawa SAputra3. Sasra Efriani4. Chevindy Putri Virgita5. T. Aulya Azzaahra6. Indah Maika Yuandri7. Muhammad Farid8. Kurniati
KELOMPOK 3 Fasilitator: Ns. T. Abdur Rasyid M.Kep	KELOMPOK 4 Fasilitator: Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.MB
<ol style="list-style-type: none">1. Hartina2. Pipit yuliani3. Aina Alfatinah4. Nissa Hidayah5. Ardiyansyah6. Mellisa Aridna Putri7. Sabrian Elys HTB8. Eva Nurul Dianti	<ol style="list-style-type: none">1. Desinta Widianti2. Fadhila putri3. M.Abd. Maulana4. Tiara Amelia5. Diona Rosalinda Putri6. Rizka Anggraini7. Anjely Rahmadani8. Aliya Fitri Andini

KELAS B

KELOMPOK 1 Fasilitator: Ns. Bayu Saputra, M.Kep	KELOMPOK 2 Fasilitator: Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB
<ol style="list-style-type: none">1. Novika Suhartini2. Fajri Afdholi3. Agistiyan Putri4. Febi Helia5. Zulkhairina Ummil Husna6. Tengku Arifah Ramadani7. Vidya Putri Sira8. Dea Meilani Lutvi Asyari9. Ismawati	<ol style="list-style-type: none">1. Intan Fadilla Dewita2. Dwi Sutriyani3. Sopia Maulidia4. Nurlaila Anisa5. Ellyza MisraLaily6. Nofryandi Dwi Amdas7. Nila Sari8. Yuyu Amalia Gustari9. Junaedi
KELOMPOK 3 Fasilitator: Ns. T. Abdur Rasyid M.Kep	KELOMPOK 4 Fasilitator: Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.MB
<ol style="list-style-type: none">1. Armila Dwitalara2. Harmila Rezky Rahmayani3. Raja Elisa Zalni4. Annisa Purnama Sari5. Yulna Azeri6. Fahrul Izza Mei Hendra7. April Lia Listiyani8. Radja Siti Nur Aisyah9. Poppy Rafita	<ol style="list-style-type: none">1. Azzahrotul Humaira2. Riska Devi Rahmadani3. Syafira Intantry4. Siti Maisarah5. Wahyu Alfin Khoir6. Miftahul HASana7. M. Ramadhani8. Yustika Andriani

NAMA MAHASISWA KELOMPOK SKILL LAB

KELAS A	
KELOMPOK 1	KELOMPOK 2
<ol style="list-style-type: none"> 1. Rina Luthfiyyah Nasuiton 2. Sonia Wahyuni 3. Nopisa Ariani 4. Gusvita Sari 5. Amey Novela R 6. Yunika Pafilia 7. Liza Ermita 8. Sari Fitri Handayani 9. Zakiyah Resha Ningsih 10. Rice Pertiwi Fitri 11. Reza Kurniawa SAputra 12. Sasra Efriani 13. Chevindy Putri Virgita 14. T. Aulya Azzaahra 15. Indah Maika Yuandri 16. Muhammad Farid 17. Kurniati 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hartina 2. Pipit yuliani 3. Aina Alfatinah 4. Nissa Hidayah 5. Ardiyansyah 6. Mellisa Aridna Putri 7. Sabrian Elys HTB 8. Eva Nurul Dianti 9. Desinta Widianti 10. Fadhila putri 11. M.Abd. Maulana 12. Tiara Amelia 13. Diona Rosalinda Putri 14. Rizka Anggraini 15. Anjely Rahmadani 16. Aliya Fitri Andini
KELAS B	
KELOMPOK 1	KELOMPOK 2
<ol style="list-style-type: none"> 1. Novika Suhartini 2. Fajri Afdholi 3. Agistiyan Putri 4. Febi Helia 5. Zulkhairina Ummil Husna 6. Tengku Arifah Ramadani 7. Vidya Putri Sira 8. Dea Meilani Lutvi Asyari 9. Ismawati 10. Intan Fadilla Dewita 11. Dwi Sutriyani 12. Sopia Maulidia 13. Nurlaila Anisa 14. Ellyza MisraLaily 15. Nofryandi Dwi Amdas 16. Nila Sari 17. Yuyu Amalia Gustari 18. Junaedi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Armila Dwitalara 2. Harmila Rezky Rahmayani 3. Raja Elisa Zalni 4. Annisa Purnama Sari 5. Yulna Azeri 6. Fahrul Izza Mei Hendra 7. April Lia Listiyani 8. Radja Siti Nur Aisyah 9. Poppy Rafita 10. Azzahrotul Humaira 11. Riska Devi Rahmadani 12. Syafira Intantry 13. Siti Maisarah 14. Wahyu A;fin Khoir 15. Miftahul HASana 16. M. Ramadhani 17. Yustika Andriani

FORMAT PENILAIAN TUTORIAL

Blok : Diskusi ke :
 Unit Studi : Semester :
 Fasilitator : Tahun :
 Kelompok : Tanggal :

No	NIM	Nama Mahasiswa	Unsur yang Dinilai					Total	Tanda Tangan
			I	II	III	IV	V		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

DASAR PENILAIAN

No	Jenis Penilaian	Deskripsi	Skor
I	Kehadiran (10)	Hadir tepat waktu	10
		Terlambat < 5 menit	7
		Terlambat 5 – 10 menit	5
		Terlambat > 15 menit, boleh ikut tutorial namun tidak dinilai	0
II	Aktivitas & Kreativitas (30)	Menanggapi informasi dan aktif memberikan ide jalan keluar/pemecahan masalah	21-30
		Memiliki ide bagus tapi kurang aktif Mengemukakannya	11-20
		Menyampaikan ide tetapi tidak dapat memberikan pemecahan masalah	6-10
		Mengikuti diskusi, tidak mampu menyampaikan ide	0-5
III	Sikap	Menghargai dan mampu berinteraksi pada	11-20

	dalam Interaksi (20)	proses diskusi	
		Mampu berinteraksi akan tetapi pada proses diskusi tidak memperhatikan pendapat orang lain	6-10
		Tidak serius dan menghambat proses diskusi	0-5
IV	Relevansi (30)	Relevansi dengan tujuan pembelajaran 90-100%	21-30
		Relevansi dengan tujuan pembelajaran 70-80%	11-20
		Relevansi dengan tujuan pembelajaran 50-60%	6-10
		Diskusi di luar pembelajaran	0-5

V	Leadership (10)	Menguasai materi diskusi	0-2
		Mampu memfasilitasi kelompok dalam diskusi	0-2
		Mampu menyimpulkan diskusi	0-2
		Mampu mengatur waktu pelaksanaan diskusi	0-2
		Mampu mengelola diskusi sesuai topik	0-2

Pekanbaru,.....2021
Fasilitator

.....

FORMAT PENILAIAN SEMINAR

No	Deskripsi Penilaian	Skor	Nama Mahasiswa								Nilai
1	Aktivitas & Kreativitas										
	Menanggapi informasi, memberikan ide penyelesaian masalah	31-40									
	Ide bagus, tapi kurang aktif mengemukakan ide	21-30									
	Mengkritik tanpa ada penyelesaian masalah	11-20									
	Mengikuti diskusi tanpa ada ide yang disampaikan	1-10									
2	Sikap dalam Diskusi										
	Menghargai sikap dan berinteraksi dengan baik	16-20									
	Mampu mengemukakan pendapat tapi tidak memfasilitasi teman untuk berpendapat	11-15									
	Mampu berinteraksi tapi sering menyalahkan pendapat orang lain	6-10									
	Tidak serius dan menghambat proses diskusi	1-5									
3	Relevansi dengan Tujuan Pembelajaran										
	Relevan 90 – 100%	16-30									
	Relevan 70 – 80%	11-15									
	Relevan 50 – 60%	1-10									
	Di luar tujuan pembelajaran	0									
4	Penjelasan Presenter										
	Pembicara tenang, intonasi tepat, kontak mata baik, tidak bergantung pada catatan	8-10									
	Pembicara tenang, suara datar, cukup sering bergantung pada catatan	6-7									
	Suara monoton, tidak ada	3-5									

	ide di luar catatan, kontak mata kurang												
	Pembicara cemas, audien diabaikan, hanya membaca berbagai catatan daripada berbicara	1-2											
TOTAL													

Pekanbaru,2021
Penilai

.....

FORMAT PENILAIAN MAKALAH

Dimensi	Sangat Memuaskan	Memuaskan	Cukup	Kurang Memuaskan	Di Bawah Standar	Skor
Konteks bahasa/isi	Bahasa/isi menggugah pembaca untuk mencari tahu konsep lebih dalam (9 – 10)	Bahasa/isi menambah informasi pembaca (7 – 8)	Bahasa/isi deskriptif, tidak terlalu menambah pengetahuan (4 – 6)	Informasi dan data yang disampaikan tidak menarik dan membingungkan (2 – 3)	Tidak ada hasil (0 – 1)	
Kerapian	Paper dibuat dengan sangat menarik dan menggugah semangat pembaca (9 – 10)	Paper cukup menarik, walau tidak terlalu mengundangi (7 – 8)	Dijilid biasa (4 – 6)	Dijilid namun kurang rapi (2 – 3)	Tidak ada hasil (0 – 1)	
Referensi	Berasal dari sumber buku/jurnal dan penulisan sesuai dengan APA (9 – 10)	Berasal dari sumber buku/jurnal dan penulisan tidak sesuai dengan APA (7 – 8)	Berasal dari buku dan sumber internet (bukan jurnal) serta penulisan tidak sesuai dengan APA (4 – 6)	Berasal dari sumber internet (bukan jurnal) dan penulisan tidak sesuai dengan APA (2 – 3)	Tidak ada hasil (0 – 1)	

Nilai Akhir = $\frac{\text{total skor}}{30} \times 100$

Pekanbaru,2021
Penilai

.....

LAPORAN KELOMPOK TUTORIAL

Merupakan hasil diskusi setiap pemicu, yang menggambarkan pemahaman materi dan pencapaian sasaran pembelajaran dalam pemicu. Laporan kelompok harus meliputi:

1. Pendahuluan

- a. Penulisan kasus
- b. Daftar kata sulit
- c. Daftar pertanyaan

2. Pembahasan

- a. Jawaban kata sulit

Contoh :

Respiration rate = frekuensi nafas (*Oxford English Dictionary*, 2006)

- b. Jawaban pertanyaan

Contoh :

1. Apakah hipovolemia itu ?

- Hipovolemia adalah cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan saja tanpa perubahan pada natrium (Herdman, 2012).

3. Bagan/Skema/konsep solusi

Sertakan bagan/skema/konsep solusi terhadap masalah/skenario sebagai satu kesatuan dalam bentuk jaring *web of causation* atau *mind mapping*

4. Daftar Pustaka

Tuliskan semua daftar pustaka yang dirujuk untuk menjawab pertanyaan pada skenario

5. Referensi pustaka (fotokopian/ketikan) wajib dilampirkan

Fotokopian/ketikan referensi harus jelas dan dapat dibaca, tidak

dibenarkan dari blog-blog.

Jumlah halaman min. 10 lembar, ketikan 1,5 spasi, *font* Times New Roman, *size* 12, kertas A4, dijilid rapi dan *cover* makalah menggunakan kertas buffalo berwarna putih, naskah asli (bukan foto kopi). Laporan dikumpulkan kepada Tim Blok paling lambat pada awal pemicu baru lalu diserahkan kepada Koordinator Blok untuk dievaluasi dan dinilai. Tempat pengumpulan di ruang dosen S1 keperawatan diletakkan di tempat yang sudah disediakan dan jangan lupa untuk menandatangani bukti penyerahan tugas yang sudah disediakan.

Contoh Cover Laporan :

<p>LAPORAN KELOMPOK X</p> <p>MAKALAH TUTORIAL SKENARIO 1 "Judul Skenario"</p> <p>LOGO STIKes HTP</p> <p>Dosen Fasilitator</p> <p>PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKes HANG TUAH PEKANBARU 2021</p>	<p>PENYUSUN</p> <ol style="list-style-type: none">1. NAMA NIM/KETUA2. NAMA NIM/SEKERTARIS3. ...4. ...5. ...
---	---

Format Laporan Makalah Kelompok Seminar

1. Cover
2. Kata Pengantar : berisi kata-kata harapan penulis, ucapan terima kasih, dll dari penulis
3. Daftar isi (jelas)
4. BAB I Pendahuluan : latar belakang pembuatan tugas, tujuan dan manfaat yang diinginkan
5. BAB II Landasan teori : kutipan teori-teori yang mendasari makalah, dapat dikutip dari jurnal, buku referensi *teks book*, para ahli, dll
6. BAB III Pembahasan : inti makalah yang ingin dibahas. Jika terdapat kasus bandingan temuan pada kasus dengan konsep/teoritis
7. BAB IV Penutup : Kesimpulan dari pembahasan. Tidak perlu disertakan saran
8. Daftar Pustaka : sumber-sumber yang digunakan untuk membuat makalah (dari jurnal, buku referensi *teks book*, para ahli dll). Tidak dibenarkan *copy paste* dari makalah orang lain atau mengambil rujukan dari sumber yang tidak jelas (seperti blogspot, dll)
9. Ketentuan penulisan: jumlah halaman disesuaikan dengan kedalaman materi, ketikan 1,5 spasi, *Font* Time New Roman, size 12, kertas A4, dijilid rapi dan cover makalah menggunakan kertas bufalo berwarna putih, makalah dikumpul pada tim blok paling lambat 1 minggu setelah penugasan berlangsung.

Contoh Cover

<p>Laporan makalah seminar/penugasan “judul makalah”</p> <p>Logo stikes</p> <p>Nama kelompok dan anggota</p> <p>Dosen Fasilitator</p> <p>Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Hang Tuah Pekanbaru 2021</p>

INSTRUMEN EVALUASI *SOFTSKILL*

Mata Kuliah :
 Pertemuan Ke / Topik :/
 Hari/Tanggal :
 Nama Mahasiswa :

No.	Aspek Penilaian	0	1	2	3	Ket
1	Disiplin					
2	Berpenampilan bersih dan rapi					
3	Jujur dan berperilaku profesional					
4	Berperilaku caring dan komunikasi efektif					
5	Mengutamakan etika dan moral dalam interaksi					
6	Kerjasama tim					
7	Tanggung jawab					
8	Kreatif dan inovatif					
9	Berpikir kritis					
10	Kepemimpinan					
	TOTAL					

Nilai : $\frac{\text{Total Skor}}{30} \times 100 = \dots\dots\dots$

- Ket : 3 = Dilakukan dengan sempurna
 2 = Dilakukan, masih ada aspek yang kurang sempurna
 1 = Masih ada aspek yang tidak dilakukan
 0 = Tidak dilakukan sama sekali

Dosen Pengajar,

(.....)