

**BUKU PANDUAN MATA KULIAH
PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA**

PERTAMA



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

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Buku Panduan Kewarganegaraan

Penulis:

Ns. Yecy Anggreny, M. Kep.

Ns. Siska Mayang Sari, M. Kep

Editor :

Ns. Yecy Anggreny, M. Kep

Ns. Siska Mayang Sari, M. Kep.

Buku Panduan Mata Kuliah
PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

TIM PENGAJAR

Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep
Ns. Yecy Anggreny, M.Kep
Ns. Susi Erianti, M.Kep
Ns. Erna Marni, M.Kep.

TUTOR

Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep
Ns. Yecy Anggreny, M.Kep
Ns. Erna Marni, M.Kep.
Ns. Susi Erianti, M.Kep

INSTRUKTUR

Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep
Ns. Yecy Anggreny, M.Kep
Ns. Susi Erianti, M.Kep
Ns. Erna Marni, M.Kep.

**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. Menjalinkan kerjasama dengan berbagai pihak dalam penyelenggaraan Tridharma Perguruan Tinggi
6. Mengembangkan teknologi tepat guna dalam bidang kesehatan

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

VISI

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

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, Tuhan Yang Maha Kuasa, atas karunia-Nya sehingga Buku Panduan Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia edisi pertama secara daring dan luring ini bisa kami terbitkan sebagai panduan bagi dosen dan mahasiswa. Mata kuliah ini membahas tentang pemenuhan kebutuhan manusia yang akan diselesaikan dalam waktu 14 (empat belas) minggu.

Setelah mempelajari mata kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia, diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan tentang konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan manusia.

Mata kuliah ini akan mempelajari beberapa cabang ilmu secara terintegrasi yaitu Keterampilan Dasar Keperawatan, Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Gawat Darurat, Keperawatan Maternitas dan Keperawatan Anak.

Evaluasi dilakukan untuk menilai pencapaian kompetensi, dilakukan dengan menggunakan evaluasi formatif dan sumatif yang terdiri dari ujian Tengah semester (UTS), ujian akhir semester (UAS).

Pekanbaru, Oktober 2021
Ketua Program Studi Keperawatan
STIKes Hang Tuah Pekanbaru

Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi.....	iv
Pendahuluan	1
Evaluasi Pembelajaran	4
Aktivitas Pembelajaran	6
Aktivitas Pembelajaran Mingguan.....	11
Skills lab	
Ambulasi.....	29
ROM (<i>Range of Motion</i>)	55
Pemasangan Oksigen.....	68
Napas Dalam dan Batuk efektif.....	83
Pemeriksaan Cairan dan Elektrolit.....	89
Pengaturan Posisi.....	111
Bed Making.....	123

Pemberian Makan melalui NGT/OGT	136
Pemberian Nutrisi Oral.....	140
Membantu Pasien BAK dan BAB di tempat tidur (pispot dan urinal)	146
Teknik Penatalaksanaan Nyeri	156
Personal Hygiene Memandikan.....	174
Perawatan Rambut dan Kulit Kepala (Keramas).....	188
Oral Hygiene	193
Perineal Hygiene.....	198
Lampiran	205

PENDAHULUAN

Mata kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia mahasiswa akan mempelajari konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi berbagai kebutuhan manusia.

Mata kuliah ini memiliki bobot 4 SKS, dengan rincian 3 SKS teori dan 1 SKS praktikum (*lab skill*). Berbagai pengalaman belajar akan diterapkan dalam mata kuliah ini, diantaranya *mini lecture*, *collaborative learning (CL)*, *small group discussion (SGD)*, *discovery learning (DL)*, *problem based learning (PBL)*, *video based learning (VBL)* dan praktik laboratorium. Metode pembelajaran dilakukan secara luring dan daring menggunakan *Elearning Hang Tuah Pekandaru* pada SPADA selama masa pandemi.

A. CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH (CPMK)

1. Menguasai konsep dan prinsip asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia pada kebutuhan aktivitas dan latihan, oksigenasi, cairan, elektrolit dan keseimbangan cairan-elektrolit, istirahat dan tidur, nutrisi, eliminasi, rasa nyaman dan aman serta kebersihan dan perawatan diri secara mandiri ataupun berkelompok
2. Menguasai teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan secara mandiri ataupun berkelompok untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia pada ebutuhan aktivitas dan latihan, oksigenasi, cairan, elektrolit dan keseimbangan cairan-elektrolit, istirahat dan tidur, nutrisi, eliminasi, rasa nyaman dan aman serta kebersihan dan perawatan diri secara mandiri ataupun berkelompok.

B. SUB CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH.

Setelah proses pembelajaran selama 14 (empat belas) minggu/ pertemuan, mahasiswa diharapkan mampu:

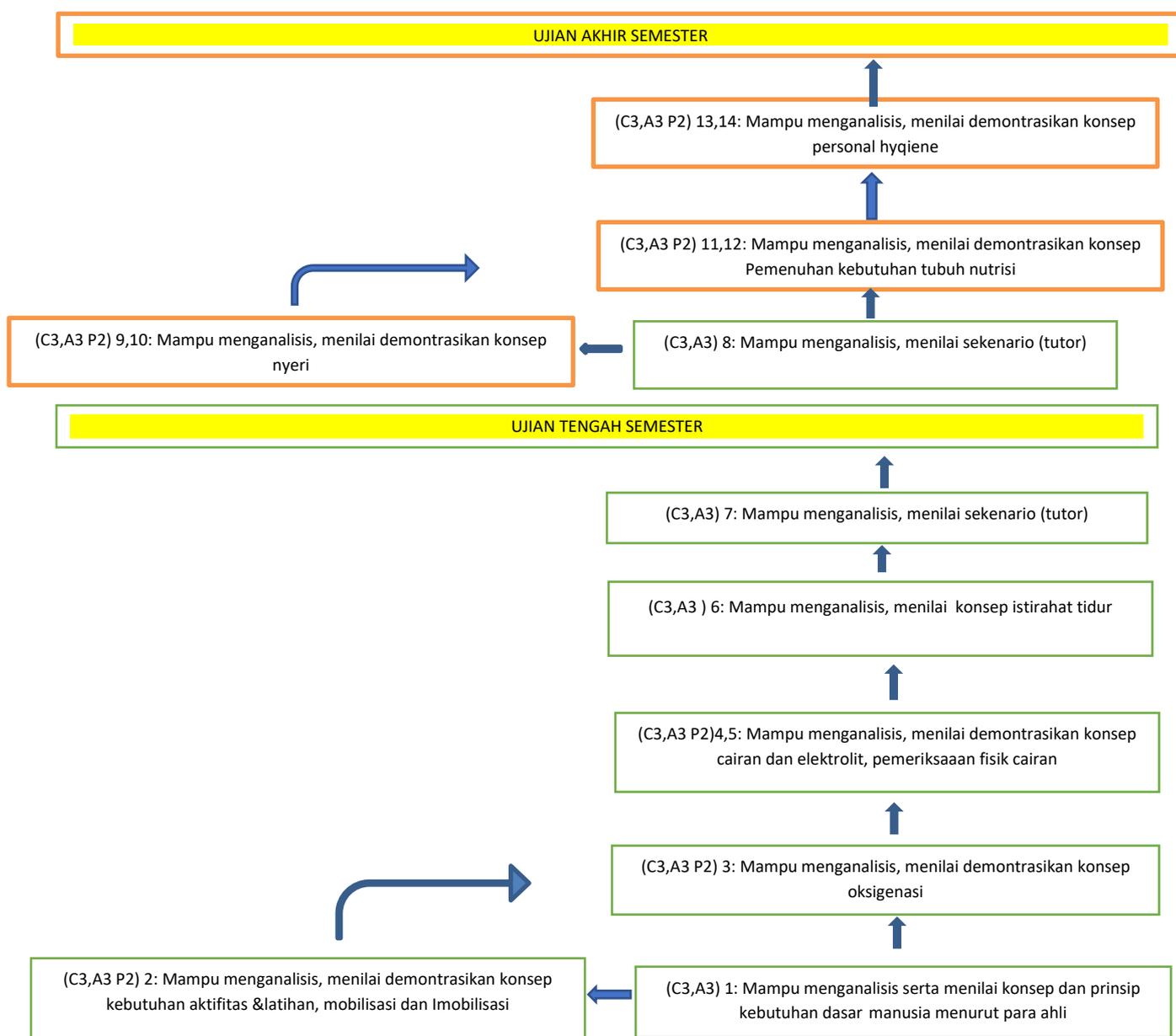
1. Mahasiswa mampu menganalisis dan menguasai konsep Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia.
2. Mahasiswa menganalisis, menguasai dan mendemonstrasikan konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dan latihan.
3. Mahasiswa mampu menganalisis, menguasai dan mendemonstrasikan konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi
4. Mahasiswa mampu menganalisis, menguasai dan mendemonstrasikan konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit
5. Mahasiswa mampu menganalisis, menguasai dan mendemonstrasikan konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk

memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur

6. Mahasiswa mampu menganalisis, menguasai dan mendemonstrasikan konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.
7. Mahasiswa mampu menganalisis, menguasai dan mendemonstrasikan konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan eliminasi.
8. Mahasiswa mampu menganalisis, menguasai dan mendemonstrasikan konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman dan aman.
9. Mahasiswa mampu menganalisis, menguasai dan mendemonstrasikan konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.

CPMK PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA:

1. Menguasai konsep dan prinsip asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia pada kebutuhan aktivitas dan latihan, oksigenasi, cairan, elektrolit dan keseimbangan cairan-elektrolit, istirahat dan tidur, nutrisi, eliminasi, rasa nyaman dan aman serta kebersihan dan perawatan diri secara mandiri ataupun berkelompok.
2. Menguasai teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan secara mandiri ataupun berkelompok untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia pada ebutuhan aktivitas dan latihan, oksigenasi, cairan, elektrolit dan keseimbangan cairan-elektrolit, istirahat dan tidur, nutrisi, eliminasi, rasa nyaman dan aman serta kebersihan dan perawatan diri secara mandiri ataupun berkelompok



D. KETERKAITAN DENGAN MATA KULIAH LAIN

mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia berkaitan dengan mata kuliah lain yang akan dipelajari mahasiswa, yaitu:

1. Keterampilan Dasar Keperawatan
2. Keperawatan Medikal Bedah
3. Keperawatan Gawat Darurat
4. Keperawatan Maternitas
5. Keperawatan Anak

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:

I. Teori

No.	Indikator Penilaian	Persentase Penilaian
1.	Penugasan : a. Kelompok b. Individu	13% 17%
2.	Tutorial	15%
3.	Ujian Tengah Semester (UTS)	25%
4.	Ujian Akhir Semester (UAS)	25%
5.	<i>Softskill</i>	5%
	TOTAL	100%

II. Skill Lab

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

B. NILAI LULUS MATA AJAR

Sistem penilaian berdasarkan acuan STIKes Hang Tuah Pekanbaru dalam nilai angka mutu, huruf mutu, dan bobot. Nilai lulus setiap mata ajar sistem blok adalah C.

Taraf Penguasaan	Nilai Huruf	Nilai Numerik
85 - 100	A	4,00
80 - 84	A -	3,70
75 - 79	B +	3,30
70 - 74	B	3,00
65 - 69	B -	2,70
60 - 64	C +	2,30
55 - 59	C	2,00
50 - 54	C -	1,70
40 - 49	D	1,00
0 - 40	E	0,00

C. KRITERIA BOLEH MENGIKUTI UJIAN

1. Pencapaian kehadiran teori minimal 75%
2. Absensi skill laboratorium dan praktikum 100%
3. Telah mengumpulkan semua tugas yang telah diberikan, baik dalam bentuk laporan tertulis dan dokumentasi lainnya

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

D. JENIS SOAL: MCQ

Ujian	Topik	Tujuan			Jumlah Soal
		C2	C3	C4	
UTS	• Kebutuhan Aktivitas dan Latihan		√		8
	• Mobilisasi dan Imobilisasi		√		8
	• Kebutuhan Oksigenasi		√		12
	• Konsep Cairan dan elektrolit		√		12
	• Konsep gangguan Keseimbangan cairan-elektrolit		√		12
	• Konsep Istirahat dan Tidur		√		8
Jumlah Soal UTS					60
UAS	• Konsep Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi		√		10
	• Konsep Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi		√		16
	• Konsep Nyeri		√		12
	• Pengkajian Nyeri		√		6
	• Konsep Personal Hygiene		√		16
Jumlah Soal UAS					60

AKTIVITAS PEMBELAJARAN

Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia terdiri dari 14 (empat belas) minggu/ pertemuan pembelajaran. Oleh karena itu, disiapkan aktivitas

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

pembelajaran yang sesuai dengan tujuan pembelajaran yang akan dicapai. Aktivitas pembelajaran mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia yang akan digunakan untuk mencapai tujuan pembelajaran adalah :

1. Tutorial (*Problem Based Learning*)

Tutorial yang dilakukan adalah diskusi dalam kelompok kecil dengan menggunakan *Problem Based Learning* (PBL) melalui daring menggunakan *video conference* (*Google meet, meeting group call*) dan *virtual class* (*platform line chat dan google class room*) selama masa pandemi. Mahasiswa dibagi menjadi **4 kelompok/ kelas** yang beranggotakan 10 - 12 mahasiswa. Tutorial dijadwalkan **1 kali seminggu** dan dilakukan dengan didampingi oleh tutor atau mandiri. Untuk mencapai tujuan pembelajaran, mahasiswa diberikan skenario kasus dan kelompok akan mendiskusikan kasus tersebut dengan pendekatan *seven jump*. Setiap satu skenario akan dibahas dalam dua kali pertemuan. Pertemuan pertama akan melakukan langkah 1-5 dan langkah 6 mahasiswa menggunakan sumber belajar eksternal dan belajar mandiri. Pertemuan kedua mahasiswa akan melanjutkan diskusi untuk langkah 7. Setiap tutorial akan diakhiri dengan seminar kelompok dimana mahasiswa mempresentasikan hasil diskusi tutorial yang telah diselesaikannya. Adapun langkah-langkah *seven jump* sebagai berikut:

- a. Langkah 1: Klarifikasi Istilah
- b. Langkah 2: Identifikasi Masalah
- c. Langkah 3: Curah Pendapat Kemungkinan Hipotesis Atau Penjelasan
- d. Langkah 4: Menyusun Penjelasan menjadi Solusi Sementara
- e. Langkah 5: Penetapan *Learning Objective*
- f. Langkah 6: Mencari Informasi dan Belajar Mandiri
- g. Langkah 7: Berbagi Hasil Mengumpulkan Informasi dan Belajar Mandiri

Tutorial di mata kuliah ini adalah:

Skenario 1 : “Aduh.. sakit...!!!”

2. Belajar mandiri / *Discovery Learning* (DL)

Dalam pembelajaran orang dewasa, mahasiswa dapat belajar secara mandiri dari berbagai sumber belajar eksternal yaitu : 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

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

dan memberikan kesempatan pada mahasiswa untuk memperdalam pengetahuan secara aktif.

3. Kuliah pakar/ *Mini Lecture*

Metode kuliah pakar/ceramah pakar berbentuk penjelasan pengajar kepada mahasiswa 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 diskusi tutorial atau belajar mandiri. Perkuliahan dilakukan secara luring dan daring menggunakan Elearning SPADA HTP melalui *video conference* melalui google meet dan zoom selama masa pandemi

4. *Skills* Laboratorium / Praktikum

Skills laboratorium keperawatan merupakan praktik keterampilan keperawatan di laboratorium keperawatan dengan menggunakan probandus/manekin untuk simulasi keterampilan klinik keperawatan. Jenis keterampilan keperawatan klinik pada mata kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia, yaitu:

1. Ambulasi dan *Range Of Motion* (ROM)
2. Pemberian Oksigen
3. Napas Dalam dan Batuk efektif.
4. Pengkajian cairan
5. Pengaturan Posisi
6. Pemberian nutrisi (melalui oral, NGT/OGT)
7. Membantu Pasien BAK dan BAB di tempat tidur
8. Manajemen nyeri (teknis nafas dalam & *imaginary guidance*)
9. Memandikan pasien di tempat tidur
10. Membantu pasien keramas di tempat tidur
11. *Oral Hygiene* (sikat gigi dan perawat mulut pasien tidak sadar)
12. *Perineal Hygiene*
13. *Bed Making*

5. Seminar/ *Small Group Discussion* (SGD)

Metode seminar berbentuk kegiatan belajar bagi kelompok mahasiswa untuk membahas tugas yang umumnya berupa tugas makalah dalam kelompok. Seminar dilakukan pada akhir penugasan dan tutorial yang ditujukan agar mahasiswa menyajikan hasil diskusi dalam kelompok. Kuliah ***Small Group Discussion*** luring dan daring menggunakan Elearning SPADA HTP melalui *video conference* melalui google meet dan zoom selama masa pandemi

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

6. *Film/ Video*

Metode pembelajaran yang dilakukan dengan memutar film/video sesuai dengan tujuan pembelajaran yang mau dicapai. Metode ini menggunakan media dimana peserta didik akan menonton pemutaran suatu film/video dan peserta didik mendiskusikan inti atau pesan dari film/video yang sudah diputar.

AKTIVITAS PEMBELAJARAN MINGGUAN

A. Rincian Aktivitas Pembelajaran Mingguan

No	Pertemuan ke	Hari/Tanggal	Jam	Topik	Metode	Dosen
1	I	<p>Kelas A: Rabu, 12 Okt 2021</p> <p>Kelas B: Jumat, 14 Okt 2021</p> <p>Kelas C: Selasa, 11 Okt 2021</p>	<p>Kelas A: 08.00 - 09.40 WIB</p> <p>Kelas B: 08.00 – 09.40 WIB</p> <p>Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB</p>	<p>Konsep dan prinsip kebutuhan dasar manusia</p> <p>a. Konsep dasar kebutuhan dasar manusia; defenisi, ciri-ciri, faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan dasar manusia, penerapan kebutuhan dasar manusia dalam praktek keperawatan, peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia</p> <p>b. Prinsip kebutuhan dasar manusia berdasarkan para ahli</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini lecture</i> daring (<i>Elearning SPDA HTP, Google meet</i>) • Brainstoming • Ketepatan: Pembahasan dan Diskusi • Pembagian Kelompok 	Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep

				<p>c. Prinsip kebutuhan dasar manusia menurut Henderson</p> <p>d. Belajar menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada</p>		
2	II	<p>Kelas A: Rabu, 20 Okt 2021</p> <p>Kelas B: Jumat, 22 Okt 2021</p> <p>Kelas C: Selasa, 19 Okt 2021</p>	<p>Kelas A: 08.00 - 09.40 WIB</p> <p>Kelas B: 08.00 – 09.40 WIB</p> <p>Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kebutuhan Aktivitas dan Latihan • Mobilisasi dan Imobilisasi 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini lecture (Elearning SPDA HTP, Google meet)</i> • Brainstoming • Ketepatan: Pembahasan dan Diskusi • Pemberian Tugas tentang Film Oksigenasi di Elearning SPADA HTP untuk pertemuan ke-3 	Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep
	III	<p>Kelas A: Rabu, 27 Okt 2021</p>	<p>Kelas A: 08.00 - 09.40 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kebutuhan Oksigenasi 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini lecture (Elearning SPDA HTP, Google meet)</i> • Brainstoming • Ketepatan: Pembahasan dan Diskusi 	Ns. Erna Marni, M.Kep

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

		Kelas B: Jumat, 29 Okt 2021	Kelas B: 08.00 – 09.40 WIB			
		Kelas C: Selasa, 26 Okt 2021	Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB			
	IV	Kelas A: Rabu, 3 Nov 2021	Kelas A: 08.00 - 09.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Konsep Cairan dan elektrolit 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini lecture (Elearning SPDA HTP, Google meet)</i> • Brainstoming • Ketepatan: Pembahasan dan Diskusi 	Ns. Susi Erianti, M.Kep
		Kelas B: Jumat, 5 Nov 2021	Kelas B: 08.00 – 09.40 WIB			
		Kelas C: Selasa, 2 Nov 2021	Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB			
5	V	Kelas A: Rabu, 10 Nov 2021	Kelas A: 08.00 - 09.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan fisik cairan dan elektrolit 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini lecture (Elearning SPDA HTP, Google meet)</i> • Brainstoming • Ketepatan: Pembahasan dan Diskusi 	Ns. Susi Erianti, M.Kep

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

		Kelas B: Jumat, 12 Nov 2021	Kelas B: 08.00 – 09.40 WIB			
		Kelas C: Selasa, 09 Nov 2021	Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB			
6	VI	Kelas A: Rabu, 17 Nov 2021	Kelas A: 08.00 - 09.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Konsep Istirahat dan Tidur 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini lecture (Elearning SPDA HTP, Google meet)</i> • Brainstoming • Ketepatan: Pembahasan dan Diskusi 	Ns. Erna Marni, M.Kep
		Kelas B: Jumat, 19 Nov 2021	Kelas B: 08.00 – 09.40 WIB			
		Kelas C: Selasa, 16 Nov 2021	Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB			
7	VII	Kelas A: Rabu, 24 Nov 2021	Kelas A: 08.00 - 09.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Tutor (I) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tutorial Problem Based Learning</i> • <i>Elearning SPDA HTP, Google meet)</i> 	TIM

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

		Kelas B: Jumat, 26 Nov 2021	Kelas B: 08.00 – 09.40 WIB			
		Kelas C: Selasa, 23 Nov 2021	Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB			
UTS (29 Nov- 3 Des 2021)						
8	VIII	Kelas A: Rabu, 8 Des 2021 Kelas B: Jumat, 10 Des 2021 Kelas C: Selasa, 7 Des 2021	Kelas A: 08.00 - 09.40 WIB Kelas B: 08.00 – 09.40 WIB Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Tutor (II) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutorial <i>Problem Based Learning</i> • <i>Mini lecture (Elearning SPDA HTP, Google meet)</i> 	TIM
9	IX	Kelas A: Rabu, 15 Des 2021	Kelas A: 08.00 - 09.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Konsep nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini lecture (Elearning SPDA HTP, Google meet)</i> • Brainstoming 	Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

		Kelas B: Jumat, 17 Des 2021	Kelas B: 08.00 – 09.40 WIB		<ul style="list-style-type: none"> • Ketepatan: Pembahasan dan Diskusi 	
		Kelas C: Selasa, 14 Des 2021	Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB			
10	X	Kelas A: Rabu, 22 Des 2021	Kelas A: 08.00 - 09.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Konsep Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Small Group Discussion (SGD) (Google meet)</i> • Brainstoming • Ketepatan: Pembahasan dan Diskusi 	Ns. Yecy Anggreny., M.Kep
		Kelas B: Jumat, 24 Des 2021	Kelas B: 08.00 – 09.40 WIB			
		Kelas C: Selasa, 21 Des 2021	Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB			
11	XI	Kelas A: Rabu, 29 Des 2021	Kelas A: 08.00 - 09.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Konsep Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini lecture (Elearning SPDA HTP, Google meet)</i> • Brainstoming • Ketepatan: Pembahasan dan Diskusi 	Ns. Yecy Anggreny., M.Kep

Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia

T.A 2021/2022

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

		Kelas B: Jumat, 31 Des 2021	Kelas B: 08.00 – 09.40 WIB		<ul style="list-style-type: none"> • Penugasan kelompok kebutuhan eliminasi untuk pertemuan ke-12 	
		Kelas C: Selasa, 28 Des 2021	Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB			
12	XII	Kelas A: Rabu, 5 Jan 2022	Kelas A: 08.00 - 09.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Konsep Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Small Group Discussion (SGD) (Google meet)</i> • 	Ns. Yecy Anggreny., M.Kep.
		Kelas B: Jumat, 7 Jan 2022	Kelas B: 08.00 – 09.40 WIB			
		Kelas C: Selasa, 4 Jan 2022	Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB			
13	XIII	Kelas A: Rabu, 12 Jan 2022	Kelas A: 08.00 - 09.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Konsep Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi 	<ul style="list-style-type: none"> • B <i>Mini lecture (Elearning SPDA HTP, Google meet)</i> • rainstoming • Ketepatan: Pembahasan dan Diskusi 	Ns. Yecy Anggreny., M.Kep

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

		Kelas B: Jumat, 14 Jan 2022 Kelas C: Selasa, 11 Jan 2022	Kelas B: 08.00 – 09.40 WIB Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB			
14	XIV	Kelas A: Rabu, 19 Jan 2022 Kelas B: Jumat, 21 Jan 2022 Kelas C: Selasa, 18 Jan 2022	Kelas A: 08.00 - 09.40 WIB Kelas B: 08.00 – 09.40 WIB Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Konsep Personal Hygiene 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini lecture (Elearning SPDA HTP, Google meet)</i> • Brainstoming • Ketepatan: Pembahasan dan Diskusi 	Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep
UAS (17 – 21 Jan 2022)						

AKTIVITAS PEMBELAJARAN PRAKTIKUM MINGGUAN

B. Rincian Aktivitas Pembelajaran Praktikum Mingguan

No	Pertemuan Ke-	Hari/ Tanggal	Jam	Topik	Metode	Dosen
1	I	<p>Kelas A: Rabu, 4 Nov 2021</p> <p>Kelas B: Jumat, 14 Okt 2021</p> <p>Kelas C:</p>	<p>Kelas A: 10.00 - 11.40 WIB</p> <p>Kelas B: 10.00 – 11.40 WIB</p> <p>Kelas C:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulasi • ROM • Pengaturan posisi <p style="text-align: center;">Kelompok 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lab Skill</i> 	Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep

		Selasa, 11 Okt 2021	10.00 – 11.40 WIB			
2	II	Kelas A: Rabu, 20 Okt 2021 Kelas B: Jumat, 22 Okt 2021 Kelas C: Selasa, 19 Okt 2021	Kelas A: 10.00 - 10.40 WIB Kelas B: 10.00 – 11.40 WIB Kelas C: 10.00 – 11.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulasi • ROM • Pengaturan posisi <p>Kelompok 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lab Skill</i> 	Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep
3	III	Kelas A: Rabu, 27 Okt 2021 Kelas B: Jumat, 29 Okt 2021 Kelas C: Selasa, 26 Okt 2021	Kelas A: 10.00 - 11.40 WIB Kelas B: 10.00 – 11.40 WIB Kelas C: 10.00 – 11.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian oksigen • Napas dalam dan batuk efektif <p>Kelompok 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lab Skill</i> 	Ns. Erna Marni, M.Kep

4	IV	<p>Kelas A: Rabu, 3 Nov 2021</p> <p>Kelas B: Jumat, 5 Nov 2021</p> <p>Kelas C: Selasa, 2 Nov 2021</p>	<p>Kelas A: 10.00 - 11.40 WIB</p> <p>Kelas B: 10.00 – 11.40 WIB</p> <p>Kelas C: 10.00 – 11.40 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian oksigen • Napas dalam dan batuk efektif <p>Kelompok 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lab Skill</i> 	Ns. Erna Marni, M.Kep
5	V	<p>Kelas A: Rabu, 10 Nov 2021</p> <p>Kelas B: Jumat, 12 Nov 2021</p> <p>Kelas C: Selasa, 09 Nov 2021</p>	<p>Kelas A: 10.00 - 11.40 WIB</p> <p>Kelas B: 10.00 – 11.40 WIB</p> <p>Kelas C: 10.00 – 11.40 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pengkajian fisik cairan • Teknik Manajemen Nyeri <p>Kelompok 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lab Skill</i> 	Ns. Susi Erianti, M.Kep
6	VI	<p>Kelas A: Rabu, 17 Nov 2021</p>	<p>Kelas A: 10.00 - 11.40 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pengkajian fisik cairan • Teknik Manajemen Nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lab Skill</i> 	Ns. Susi Erianti, M.Kep

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

		Kelas B: Jumat, 19 Nov 2021	Kelas B: 10.00 – 11.40 WIB	Kelompok 2		
		Kelas C: Selasa, 16 Nov 2021	Kelas C: 10.00 – 11.40 WIB			
7	VII	Kelas A: Rabu, 24 Nov 2021	Kelas A: 10.00 - 11.40 WIB	• Pemberian nutrisi Oral melalui NGT/ OGT	• <i>Lab Skill</i>	Ns.Erna Marni, M.Kep
		Kelas B: Jumat, 26 Nov 2021	Kelas B: 10.00 – 11.40 WIB	Kelompok 1		
		Kelas C: Selasa, 23 Nov 2021	Kelas C: 10.00 – 11.40 WIB			
OSCE MID SEMESTER (29 Nov – 3 Des 2021)						
8	VIII	Kelas A: Rabu, 8 Des 2021	Kelas A: 10.00 - 11.40 WIB	• Pemberian nutrisi Oral melalui NGT/ OGT	• <i>Lab Skill</i>	Ns.Erna Marni, M.Kep
				Kelompok 2		

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

		Kelas B: Jumat, 10 Des 2021	Kelas B: 10.00 – 11.40 WIB			
		Kelas C: Selasa, 7 Des 2021	Kelas C: 11.00 – 11.40 WIB			
9	IX	Kelas A: Rabu, 15 Des 2021	Kelas A: 10.00 - 11.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Membantu Pasien BAK & BAB di atas tempat tidur Kelompok 1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lab Skill</i> 	Ns. Yecy Anggreny, M.Kep
	Kelas B: Jumat, 17 Des 2021	Kelas B: 10.00 – 11.40 WIB				
	Kelas C: Selasa, 14 Des 2021	Kelas C: 10.00 – 11.40 WIB				
10	X	Kelas A: Rabu, 22 Des 2021	Kelas A: 10.00 - 11.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Membantu Pasien BAK & BAB di atas tempat tidur Kelompok 2	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lab Skill</i> 	Ns. Yecy Anggreny, M.Kep
	Kelas B: Jumat, 24 Des 2021	Kelas B: 10.00 – 11.40 WIB				

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

		Kelas C: Selasa, 21 Des 2021	Kelas C: 08.00 – 09.40 WIB			
11	XI	Kelas A: Rabu, 29 Des 2021 Kelas B: Jumat, 31 Des 2021 Kelas C: Selasa, 28 Des 2021	Kelas A: 10.00 - 11.40 WIB Kelas B: 10.00 – 10.40 WIB Kelas C: 10.00 – 11.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Ganti Linen (Bed Making) • Kelompok 1 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lab Skill</i> 	Ns. Yecy Anggreny, M.Kep
12	XII	Kelas A: Rabu, 5 Jan 2022 Kelas B: Jumat, 7 Jan 2022 Kelas C: Selasa, 4 Jan 2022	Kelas A: 10.00 - 11.40 WIB Kelas B: 10.00 – 11.40 WIB Kelas C: 10.00 – 11.40 WIB	<ul style="list-style-type: none"> • Ganti Linen (Bed Making) • Kelompok 2 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lab Skill</i> 	Ns. Yecy Anggreny, M.Kep

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

13	XIII	<p>Kelas A: Rabu, 12 Jan 2022</p> <p>Kelas B: Jumat, 14 Jan 2022</p> <p>Kelas C: Selasa, 11 Jan 2022</p>	<p>Kelas A: 10.00 - 11.40 WIB</p> <p>Kelas B: 10.00 – 11.40 WIB</p> <p>Kelas C: 10.00 – 11.40 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memandikan, Keramas, Oral Hygiene & Perineal Hygiene <p>Kelompok 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lab Skill</i> 	Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep
14	XIV	<p>Kelas A: Rabu, 19 Jan 2022</p> <p>Kelas B: Jumat, 21 Jan 2022</p> <p>Kelas C: Selasa, 18 Jan 2022</p>	<p>Kelas A: 11.00 - 11.40 WIB</p> <p>Kelas B: 10.00 – 11.40 WIB</p> <p>Kelas C: 10.00 – 11.40 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memandikan, Keramas, Oral Hygiene & Perineal Hygiene <p>Kelompok 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lab Skill</i> 	Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep
OSCE LAST SEMESTER (24- 29 Jan 2020)						

C. Rincian Penugasan

Pertemuan Ke-	Capaian Pembelajaran/ Keterampilan akhir yang diharapkan	Metode Pembelajaran	Materi Pembelajaran	Kegiatan Dosen	Kegiatan Mahasiswa	Kriteria Penilaian	Media	Waktu	Bobot Nilai
2	Mahasiswa mampu Memahami proses oksigenasi	- <i>Discovery Learning (DL)</i> - <i>Blended Learning</i>	Konsep Oksigenasi	- Dosen akan memberikan rincian tugas pada pertemuan	- Setiap individu wajib mengikuti penugasan melalui tatap muka	Penilaian Presentasi & Seminar pada	Untuk presentasi (Laptop & Infokus)	2 hari	6.6 %

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	Skill 21st century 1.Literasi 2.Curiosity 3.Creativity 4.Problem solving/ critical thinking	Penugasan Individu		ke-3 - Penugasan ditampilkan dalam Elearning SPADA HTP - Menilai seminar tugas pada pertemuan ke-3	- Mahasiswa join class Keperawatan dasar I di Elearning SPADA HTP untuk mata kuliah keselamatan pasien dan keselamatan kesehatan kerja Kelas A , B, C - Mahasiswa secara individu mencari sumber topik penugasan - Mengumpulkan tugas dan presentasi ke dosen ybs pada pertemuan ke-3	pertemuan ke-4	- Format penilaian Makalah & Presentasi Seminar (<i>Elearning SPDA HTP, Google meet</i>)		
11	Mahasiswa mampu memahami konsep pemenuhan kebutuhan eliminasi	SGD (<i>Small Group Discussion</i>)	Konsep pemenuhan kebutuhan eliminasi	- Dosen akan menjelaskan penugasan pada pertemuan ke-12	- Setiap individu wajib mengikuti seminar melalui tatap muka - Mahasiswa dibagi dalam	Penilaian Presentasi makalah & Seminar pada	Untuk presentasi (Laptop & Infokus)	4 hari	6.6 %

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	Skill 21st century 1.Literasi 2.Curiosity 3.Creativity 4. Problem solving & critical thinking 5. Communication 6. Leadership	Penugasan kelompok		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan bimbingan pembuatan makalah - Menilai makalah dan seminar tugas pada pertemuan ke-12 	<ul style="list-style-type: none"> kelompok (kelompok telah ditentukan/terlampir) - Mahasiswa secara berkelompok mencari sumber topik penugasan ke-12 - Mahasiswa melakukan konsultasi bimbingan selama proses pembuatan makalah (minimal 2x) - Mengumpulkan makalah dan presentasi ke dosen ybs pada pertemuan ke-12 	<p>pertemuan ke-12</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Format penilaian Makalah & Presentasi Seminar (<i>Elearning SPDA HTP, Google meet</i>) 		
13	Mahasiswa mampu memahami konsep personal hygiene	SGD (<i>Small Group Discussion</i>)	Konsep personal hygiene	<ul style="list-style-type: none"> - Dosen menjelaskan tugas pada pertemuan ke-14 - Memberikan 	<ul style="list-style-type: none"> - Setiap individu wajib mengikuti seminar melalui tatap muka - Mahasiswa dibagi dalam 	Penilaian Presentasi makalah & Seminar pada	Untuk presentasi (Laptop & Infokus)	2 hari	6.6 %

Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia

T.A 2021/2022

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	Skill 21st century 1. Literasi 2. Curiosity 3. Creativity 4. Problem solving & critical thinking 5. Communication 6. Leadership	Penugasan kelompok		n bimbingan pembuatan makalah - Menilai makalah dan seminar tugas pada pertemuan ke-14	kelompok (kelompok telah ditentukan/terlampir) - Mahasiswa secara berkelompok mencari sumber topik penugasan - Mahasiswa melakukan konsultasi bimbingan selama proses pembuatan makalah (minimal 2x) - Mengumpulkan makalah dan presentasi ke dosen ybs pada pertemuan ke-14	pertemuan ke-14	- Format penilaian Makalah & Presentasi Seminar (<i>E learning SPDA HTP, Google meet</i>)		
--	---	---------------------------	--	--	--	------------------------	---	--	--

D. Keterkaitan Capaian Pembelajaran dengan Metode Pembelajaran dan Metode Evaluasi

No	Capaian Pembelajaran	Metode Pembelajaran						Metode Evaluasi						
		Diskusi kelompok kecil (SGD)	Belajar Mandiri (DL)	Kuliah Pakar	Praktikum	Role Play	Film	Tutorial PBL	Ujian Tulis	Diskusi Tutorial	Penilaian Makalah & Presentasi	Role Play	Praktikum	OSCE
1	Mampu memahami dan menguasai konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dan latihan.			√					√					√
2	Mampu memahami dan menguasai konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi			√			√		√		√			√

3	Mampu memahami dan menguasai konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit			√				√	√					√
4	Mampu memahami dan menguasai konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur			√				√	√	√				√
5	Mampu memahami dan menguasai konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan nutrisi			√					√					√
6	Mampu memahami dan menguasai konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan	√		√					√					√

	asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan eliminasi.													
7	Mampu memahami dan menguasai konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman dan aman.			√				√	√	√				√
8	Mampu memahami dan menguasai konsep, prinsip, teknik dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.	√		√					√		√			√

E. Materi tutorial

1. Skenario 1

“Aduh.....Sakit.....”

Seorang laki-laki berusia 14 tahun mengeluhkan sakit di bagian perut sejak 3 hari yang lalu, nyeri seperti melilit. Pasien tampak gelisah, merintih kesakitan dan berkeringat. Berdasarkan pengkajian, pasien menyatakan skala nyeri yang dideritanya pada rentang 5-6. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh TD = 120/80 mmHg, N= 101 kali/menit, RR= 25 kali/menit, Suhu= 36,5⁰C.

Kata kunci :

Nyeri

Pertanyaan yang mungkin muncul :

1. Apakah yang dimaksud dengan nyeri?
2. Apakah penyebab nyeri yang di alami?
3. Apakah tipe nyeri yang dirasakan oleh pasien dan berada pada rentang nyeri berapakah?
4. Bagaimanakah proses terjadinya nyeri pada pasien ?
5. Bagaimanakah respon pasien terhadap nyerinya?
6. Apa sajakah faktor yang dapat mempengaruhi nyeri pada pasien?

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

7. Bagaimanakah penatalaksanaan nyeri yang sesuai?
8. Apakah jenis-jenis pengukuran nyeri?
9. Bagaimanakah asuhan keperawatan nyeri pada pasien?

Konsep yang dipelajari : Konsep nyeri

Materi

Konsep nyeri

A. Definisi

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial (McGure, 2006). Nyeri pasca bedah merupakan rasa nyeri yang timbul setelah tindakan bedah. Nyeri yang dirasakan bersifat personal sehingga cukup sulit untuk dijelaskan kepada orang lain. Umumnya nyeri merupakan suatu tanda adanya kerusakan jaringan atau saraf. Dalam bukunya Price dan Wilson (2006), nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang dimanifestasikan sebagai penderitaan yang diakibatkan oleh persepsi jiwa yang nyata, ancaman, dan fantasi luka.

B. Teori nyeri : *Gate Control Theory*

Teori *Gate Control* pertama kali dicetuskan oleh Melzack dan Wall tahun 1982. Teori ini menyebutkan bahwa sistem saraf pusat dikelilingi oleh

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

barier yang hanya bisa dimasuki melalui gerbang (*gate*). Nyeri masuk melalui gerbang dan semakin besar nyeri yang dirasakan maka gerbang semakin terbuka lebar. Gerbang dapat ditutup dari luar (*peripheral*) atau dari dalam (otak dan medula spinalis). Teori ini juga menyebutkan bahwa motivasi, kognitif, dan afektif seseorang mempengaruhi pengalaman nyeri. Berdasarkan teori ini, gerbang dapat terbuka lebar akibat peningkatan stimulus nyeri, cemas, dan depresi. Namun, gerbang dapat juga ditutup melalui tindakan seperti distraksi, relaksasi dan juga karena adanya peningkatan kadar endorphin dan enkepalin, sedangkan tindakan dari luar yang dapat menutup gerbang nyeri yaitu pijatan, stimulasi transkutan, dan vibrasi (Hickey & Brown, 2003).

C. Mekanisme nyeri

Tubuh memiliki ujung-ujung saraf yang menerima transmisi impuls dari rangsangan cahaya, suara, sentuhan, termal, dan kerusakan jaringan. Ujung saraf yang mengenali kerusakan jaringan disebut nosiseptor. Nyeri dapat berasal dari nosiseptor di kulit, organ dalam (*visceral*), dan muskuloskeletal. Nyeri visceral dan muskuloskeletal tidak diketahui secara jelas fisiologinya jika dibandingkan dengan nyeri kutaneus. Reseptor kutaneus ini memiliki tipe akson yang berbeda-beda yaitu A-beta, A-delta, dan serabut C. Akson A-beta berukuran besar, bermielin, dan berespon

terhadap cahaya dan sentuhan. Akson A-delta ukurannya kecil, dilapisi mielin tipis, dan berespon terhadap stimulus mekanik dan suhu, sedangkan serabut C bentuknya tipis dan tidak bermielin. Seseorang yang terbakar jarinya akan merasakan nyeri langsung yang berasal dari stimulasi serabut A-delta (nyeri pertama), kemudian diikuti oleh sensasi terbakar yang berasal dari stimulus serabut C (nyeri kedua). Berdasarkan kelompoknya, serabut A-delta dan serabut C dapat disebut sebagai nosiseptor atau serabut nyeri yang berespon terhadap stimulus mekanis, suhu, dan kimia (D'Mello & Dickenson, 2008).

Kerusakan jaringan juga menyebabkan adanya kerusakan sel, sehingga menstimulasi pelepasan substansi kimia berupa prostaglandin dan leukotrien. Substansi kimia ini menyebabkan timbulnya stimulasi yang diterima sebagai nyeri. Kerusakan jaringan juga melepas serotonin, bradikinin, dan substansi P yang mengaktivasi nosiseptor dan juga menyebabkan nyeri dan inflamasi.

Impuls nyeri memasuki medula spinalis melalui bagian dorsal (sensorik) dan melewati substansi gelatinosa menuju ke spinotalamik. Selanjutnya nyeri ditransmisikan ke talamus dan akhirnya impuls nyeri diproses di bagian korteks serebral pada lobus frontal dan retikular.

D. Tipe nyeri

Secara umum nyeri dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu nyeri akut

dan nyeri kronis.

1. Nyeri akut

Setiap orang pasti pernah merasakan nyeri akut. Berbeda dengan nyeri kronis, nyeri akut ini menimbulkan berbagai respon fisiologi seperti peningkatan denyut jantung, tekanan darah, pernafasan, vasokonstriksi perifer, diaphoresis, peningkatan kekuatan otot, dan penurunan motilitas gastrointestinal serta pelebaran pupil (McGure, 2006; Potter & Perry, 2006a). Efek pada tingkah laku yaitu berupa gelisah, takut, sulit berkonsentrasi, menangis, dan meringis. Nyeri akut biasanya bersifat sementara, tiba-tiba, dan terlokalisasi. Nyeri yang dirasakan dapat hilang dengan atau tanpa terapi. Beberapa contoh nyeri akut yaitu nyeri pasca operasi, trauma, terbakar, prosedur medis, dan nyeri persalinan.

2. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri menetap yang berlangsung selama beberapa periode dan biasanya lebih dari 3 bulan. Nyeri kronis ini dibagi menjadi nyeri kronis kanker dan nyeri kronis nonkanker. Nyeri kronis ini terjadi secara bertahap, karakter dan kualitas nyerinya berubah-ubah. Biasanya nyeri kronis ini berhubungan dengan organ dalam tubuh, kurang terlokalisasi, dan sulit untuk dijelaskan. Nyeri ini juga dapat mempengaruhi pribadi seseorang dan aktivitas sehari-hari serta dapat menimbulkan beban

finansial dan emosional. Akibatnya sebagian besar klien dengan nyeri kronis mengalami depresi.

Nyeri juga dapat diklasifikasikan berdasarkan sumbernya, yaitu nyeri nosiseptif dan nyeri neuropatik.

a. Nyeri nosiseptif

Nyeri nosiseptif dibagi menjadi 2 kategori yaitu nyeri somatik dan nyeri viseral. Nyeri somatik berasal dari bagian superfisial tubuh seperti kulit, bagian dalam tubuh seperti tulang dan pembuluh darah otot. Nyeri ini dikarakteristikkan sebagai rasa nyeri yang tajam dan panas. Nyeri ini dapat berupa nyeri akut yang diakibatkan oleh luka insisi, pembuatan drain, perawatan luka, prosedur ortopedi, dan lainnya, sedangkan untuk nyeri kronisnya bisa disebabkan karena adanya kanker tulang, osteoarthritis, *low back pain*, dan rheumatoid arthritis. Nyeri viseral biasanya berasal dari organ dalam yang dikarakteristikkan dengan nyeri yang tidak terlokalisasi, dalam dan tajam serta biasanya dirasakan oleh orang yang mengalami distensi kandung kemih dan intestinal, pasien pancreatitis, dan apendiksitis.

b. Nyeri neuropatik

Nyeri ini terjadi karena adanya gangguan pada saraf, medula spinalis atau otak. Nyeri yang dirasakan juga kurang terlokalisasi, tajam, dan menusuk. Contoh nyeri neuropatik adalah nyeri pasca mastektomi dan nyeri

tulang belakang.

E. Respon tubuh terhadap nyeri

1. Respon simpatis (nyeri ringan-sedang)
 - a. Peningkatan frekuensi pernafasan dan dilatasi bronkus.
 - b. Peningkatan denyut jantung dan tekanan darah.
 - c. Vasokonstriksi perifer
 - d. Peningkatan kadar gula darah
 - e. Diaforesis
 - f. Peningkatan kekuatan otot
 - g. Penurunan motilitas gastrointestinal
 - h. Pelebaran pupil
2. Respon parasimpatik (nyeri berat)
 - a. Palor
 - b. Kekakuan otot
 - c. Menurunnya denyut jantung dan tekanan darah
 - d. Pernafasan cepat dan tidak teratur
3. Perubahan perilaku: gelisah, merintih, sulit berkonsentrasi, dan depresi.

F. Karakteristik nyeri

Berdasarkan Perry dan Potter (2006a) karakteristik nyeri yaitu:

1. Awitan dan durasi

Perawat menanyakan waktu nyeri pertama kali dirasakan, lama nyeri dan efek kekambuhan nyeri.

2. Lokasi

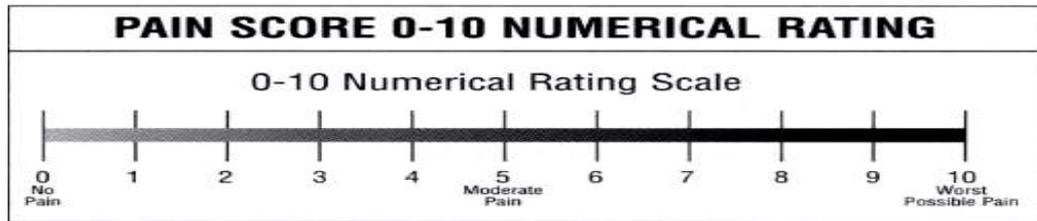
Klien diminta untuk melokalisasi nyeri dengan lebih spesifik. Hal ini sulit dilakukan jika nyeri bersifat difus atau melibatkan segmen terbesar tubuh.

3. Keparahan

Tingkat keparahan atau intensitas nyeri merupakan karakteristik paling subjektif pada nyeri. Pengukuran intensitas nyeri sangat individual, dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang berbeda. Intensitas atau keparahan nyeri dapat dinilai dengan menggunakan skala yang biasa digunakan oleh tenaga medis yaitu *Numeric Rating Scale* (NRS) dengan skala 0-10 (*Victorian Quality Council, 2007*) (Gambar 2). Nilai 0 menunjukkan tidak ada nyeri, 1-3 menunjukkan nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat, dan 10 menunjukkan nyeri yang sangat berat (Tamsuri, 2007).

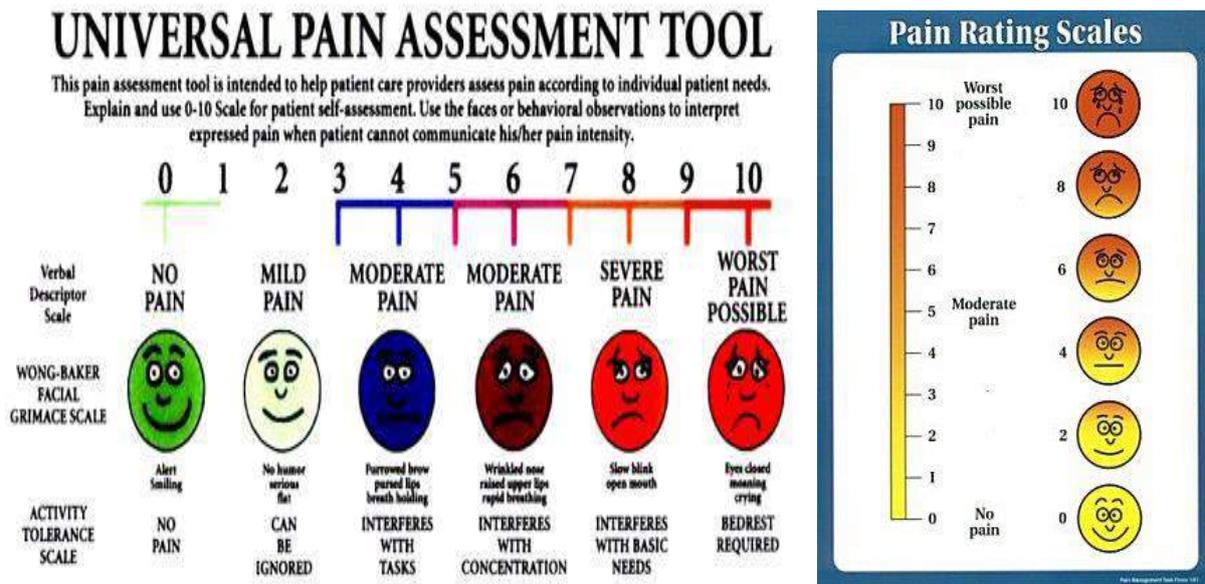
Gambar 2

Numerical Rating Scale (NRS)



Gambar 3

Visual Analog Scale (VAS)



G. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Sikorski dan Baker (2005) faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat keparahan atau intensitas nyeri yaitu:

1. Usia

Usia merupakan faktor yang cukup signifikan dalam mempengaruhi persepsi dan ekspresi nyeri. Usia dewasa dibagi menjadi dewasa awal (18-35 tahun), dewasa tengah (>35-55 tahun), dan dewasa akhir (>55 tahun)

(Kozier, et al, 2004). Pada orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi.

2. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor penting yang mempengaruhi respon nyeri. Beberapa penelitian membuktikan bahwa pria kurang mengekspresikan nyerinya dibandingkan dengan wanita. Hal tersebut bukan karena pria merasakan nyeri yang kurang atau lemah, tetapi karena pria kurang dapat menunjukkannya.

3. Sosiokultural

Ras, budaya, dan etnik juga dapat mempengaruhi respon terhadap nyeri. Setiap orang yang berasal dari budaya yang berbeda akan mengekspresikan nyeri dengan cara yang berbeda pula. Mereka akan belajar mengenai respon terhadap nyeri dari keluarga dan lingkungan budayanya.

4. Pengalaman masa lalu

Pengalaman masa lalu mempengaruhi cara penerimaan terhadap nyeri. Pengalaman masa lalu berdampak terhadap respon nyeri yang akan datang, namun hal ini tidak dapat dipastikan. Seseorang yang memiliki

pengalaman nyeri di masa lalu yang buruk cenderung untuk merasakan nyeri yang lebih buruk walaupun dengan kondisi yang sama.

5. Ansietas

Tingkat kecemasan seseorang mempengaruhi responnya terhadap nyeri. Ansietas juga berhubungan dengan makna nyeri yang dirasakan. Adanya dukungan orang lain dapat menurunkan kecemasan dan nyeri.

H. Pengkajian nyeri

1. Lakukan pengkajian saat klien tidak merasakan nyeri atau nyeri sudah mulai berkurang.
2. Pengkajian untuk nyeri akut mencakup lokasi, intensitas, durasi, keparahan, dan kualitas. Sedangkan untuk nyeri kronis kaji juga kemampuan kognitif, afektif, tingkah laku, spiritual, dan sosial.
3. Gunakan metode pengkajian nyeri yang tepat sesuai dengan usia dan kondisi klien.
4. Tunjukkan kepedulian terhadap nyeri yang dirasakan oleh klien.
5. Kaji nyeri sebelum dan sesudah intervensi.
6. Karakteristik nyeri yang dikaji: OPQRSTUV (*Onset, pattern/provoking, quality, region, severity, treatment, understanding, value*)
 - a. O: *Onset* → kapan mulai terasa, lamanya/ durasi, berapa kali frekuensi?
 - b. P: *Pattern/provoking* → penyebab nyeri, apa yang memperburuk atau

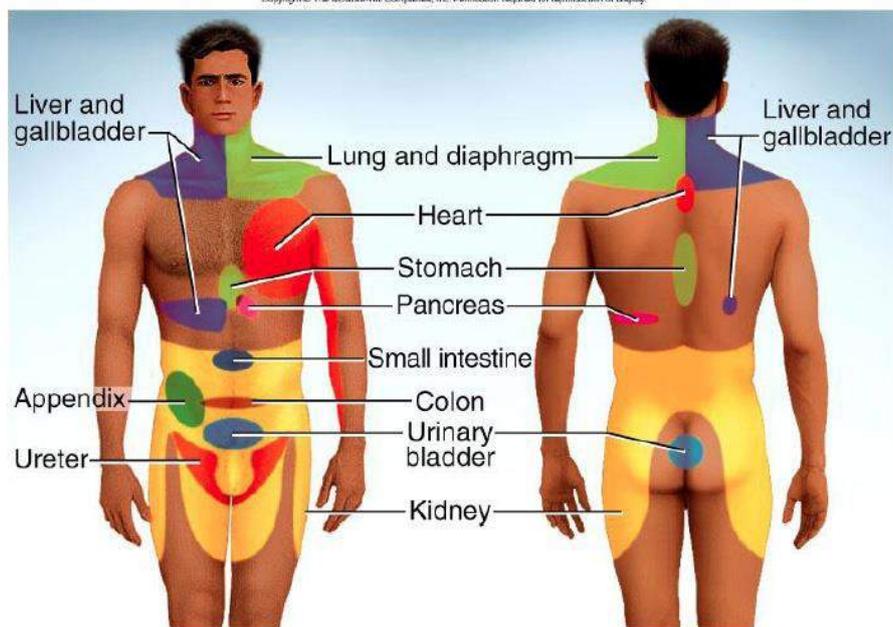
mengurangi nyeri?

contoh : faringitis semakin nyeri jika menelan/berbicara. Ruptur diskus intravertebral semakin nyeri jika membungkuk atau mengangkat benda.

- c. Q : *Quality* → seperti apa nyeri yang dirasakan? Sejauh mana efek nyeri terhadap fisik dan psikologis?
- Biasanya (menggunakan kata-kata pasien, contoh : seperti ditusuk, rasa terbakar, sensasi remuk/*crushing*, berdenyut/*throbbing*, tajam atau tumpul, dll). Jika nyeri insisi bedah : terasa tajam, pada infarkmiokard terasa seperti *crushing*
 - Efek nyeri: respon fisik dan psikologis: contoh merintih, sedih, berkeringat dll
- d. R : *Region/ radiation/ relieving* → dimana lokasi nyeri (dengan gambar tubuh), menetap atau berpindah atau menyebar, dalam atau luar, apa yang dilakukan utk mengurangi ketidak nyamanan?. Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri seperti: mengubah posisi, berayun-ayun, menggosok, makan, meditasi, mengompres.

Gambar 4.

Beberapa lokasi titik nyeri yang bersifat menyebar (*radiating*)



- e. S : *Severity/Sleep* → keparahan nyeri, dan pengaruh terhadap pola tidur
- Keparahannya: gunakan skala nyeri yang tepat misl: skala nyeri numerik (NRS), *visual analog scale (VAS)*, *Face scale*.
 - Bagaimanakah derajat keparahan saat ini? Apakah membaik? Memburuk? Rata-rata? Apakah nyeri juga diikuti oleh gejala yang lain? Gejala apakah itu?
 - gejala yg menyertai nyeri (mual, nyeri kepala, pusing, keinginan untuk miksi, konstipasi, gelisah)
 - Pola tidur: bisakah anda tidur? Apakah nyeri berdampak terhadap pola tidur anda? Apakah anda terbangun karena nyeri?

- f. T : *Treatment* → riwayat terapi, keberhasilan terapi, jenis terapi yang digunakan, riwayat terhadap efek samping terapi
- g. U : *Understanding* → arti dampak nyeri terhadap diri sendiri/ keluarga.
- h. V : *Value* → harapan terhadap nyeri
- i. Faktor yang mempengaruhi → kaji adanya depresi, ansietas, kelemahan, anoreksia, insomnia, rasa bersalah yang dapat memperparah nyeri.
- j. Dampak nyeri → kaji akibat nyeri, mis. Nyeri kronis dapat menyebabkan penderitaan, kehilangan kontrol, kesepian, ketidakmampuan, kelelahan, kualitas hidup menurun. Kaji juga respon verbal, vokal, wajah dan bahasa tubuh.
 - 1) Indikator tingkah laku terhadap nyeri:
 - 2) Vokal/suara: merintih, menjerit, menangis.
 - 3) Ekspresi wajah: meringis, gigi rapat, dahi berkerut, menggigit bibir.
 - 4) gerakan tubuh: gelisah, kaku, imobilisasi, gemetar, menggeliat, memegang atau melindungi area yang sakit.
 - 5) Interaksi sosial: menolak bicara, fokus untuk mengurangi nyeri, perhatian menyempit.
 - 6) Jangan lupa kaji riwayat penggunaan analgesik klien.

I. Diagnosa Keperawatan Nyeri

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen penyebab cedera (biologis, kimia, dan fisik)
2. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi fisik akibat penyakit kronis (metastasis kanker, artritis, dan cedera neurologis)

k. Rencana Asuhan Keperawatan/ Intervensi

Diagnosa Keperawatan : Nyeri akut berhubungan dengan agen penyebab cedera (biologis, kimia, dan fisik)

NOC: klien melaporkannyeri berkurang (skala 2), Tanda-tanda vital dalam batas normal (skala 5)

Intervensi:

1. Kaji karakteristik nyeri (O,P,Q,R,S,T,U,V)
2. Observasi isyarat nonverbal terhadap ketidaknyamanan
3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
4. Kolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi
5. Bantu pasien untuk lebih fokus terhadap aktivitas
6. Kendalikan faktor lingkungan yang mempengaruhi kenyamanan

Diagnosa Keperawatan: Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi fisik akibat penyakit kronis (metastasis kanker, artritis, dan cedera neurologis)

NOC: klien mampu menerapkan teknik penurunan nyeri (skala 4), klien melaporkannyeri berkurang (skala 2), Tanda-tanda vital dalam batas normal (skala 5), klien mampu melakukan aktifitas secara mandiri (skala 4)

Intervensi:

1. Kaji karakteristik nyeri
 2. Kaji tingkat kepuasan klien terhadap manajemen nyeri
 3. Kaji efek jangka panjang penggunaan obat analgesik
 4. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk tindakan selanjutnya
 5. Tingkatkan istirahat dan tidur yang adekuat.
1. Penatalaksanaan nyeri

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis:

1. Analgesik non opioid → Asetaminofen, NSAID's (aspirin, ibuprofen, ketorolak)
2. Analgesik opioid → Kuat (morphine, buprenorphine, fentanyl, diamorphine, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone, pethidine), Lemah (codein, tramadol)
3. Adjuvant → Antidepersi (amitriptyline), antikonvulsan (carbamazepine),

steroid (deksametason), anestesi lokal (lidokain), lokal (EMLA).

Efek samping penatalaksanaan secara farmakologis Analgesik opioid :
depresi pernafasan dan sedasi, mual dan muntah, konstipasi, pruritus,
narkosis. Analgesik Nonopioid menyebabkan pendarahan gastrointestinal.

Penatalaksanaan bedah:

1. Cordotomy: pemotongan saraf nyeri pada bagian tertentu tulang belakang (C1-C2). Biasanya untuk nyeri kronis seperti kanker.
2. Rhizotomy: penghambatan impuls nyeri ke tulang belakang.

Penatalaksanaan nonfarmakologis:

1. Kognitif behavior: Distraksi, Relaksasi, Meditasi, dll
2. Terapi fisik/stimulasi kutaneus: akupunktur/akupresur, massage/pijat, listrik (TENS), dll
3. Terapi herbal

DAFTAR PUSTAKA

Referensi Utama:

1. Potter, P.A & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vol set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd
2. Lynn, P. (2011). *Taylor's Handbook of Clinical Nursing Skills*. 3rd ed. Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia
3. Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J, & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health

Referensi pendukung:

1. Jeremy, P.T, Jane Ward, ricard, M.L., & Charles M. Wiener. (2008). *At a Glance Sistem Respirasi*. Edisi Kedua. Jakarta: Pt. Erlangga
2. Zairin, N.H. (2012). *Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: Pt. Salemba
3. www.googlebooks.com

PRAKTIKUM LABORATORIUM

AMBULASI

TIM PENYUSUN: TIM KEPERAWATAN DASAR

“ Di sudut Jalan Ini ”

Seorang mahasiswa laki-laki berusia 23 tahun seminggu yang lalu mengalami kecelakaan motor yang menyebabkan ia mengalami fraktur pada tibia sinistra. Pasien telah menjalani operasi perbaikan 4 hari yang lalu, dan saat ini sedang belajar menggunakan kruk untuk meningkatkan kemandiriannya.

Pengantar

Klien dengan gangguan imobilisasi perlu bantuan perawat dan keluarga untuk mempertahankan kesejajaran (*alignment*) tubuh yang tepat. Perawat harus dengan tepat mengangkat klien, menggunakan teknik pemberian posisi, dan memindahkan klien dengan aman.

Ambulasi atau teknik memindahkan bagi seorang perawat merupakan tindakan yang harus dikuasai. Mekanika tubuh yang sesuai memungkinkan perawat untuk menggerakkan, mengangkat atau memindahkan klien dengan

aman dan juga melindungi perawat dari cedera sistem muskuloskeletal. Manfaatkan kekuatan klien saat mengangkat, memindahkan dan menggerakkan klien jika memungkinkan.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti skills lab ini mahasiswa mampu:

1. Melakukan latihan ambulasi pada klien dengan gangguan mobilisasi
2. Melakukan latihan mobilisasi dengan alat bantu pada klien

Aktivitas Pembelajaran

No	Aktivitas	Yang terlibat	Waktu
1	Pembukaan a. <i>Pre test</i> b. Penjelasan instruktur	Mahasiswa Instruktur	20 menit
2	Pelaksanaan a. <i>Role play</i> Instruktur b. <i>Role Play</i> mahasiswa	Instruktur Mahasiswa	140 menit
3	Evaluasi dan feedback	Mahasiswa dan instruktur	20 menit

TINJAUAN TEORI

AMBULASI

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Ambulasi merupakan upaya seseorang untuk melakukan latihan jalan atau berpindah tempat. Ambulasi dini adalah latihan berjalan pertama yang dilakukan pada klien setelah menjalani proses pembedahan. Latihan ambulasi dini dimulai dengan klien belajar duduk di sisi tempat tidur dan belajar berjalan secara aktif. Ambulasi juga dapat dilakukan secara pasif dengan bantuan perawat dimana perawat memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda, ataupun dari tempat tidur ke brankar. Dalam aktivitas memindahkan klien ini perawat harus memperhatikan prinsip kesejajaran tubuh dan mekanika tubuh.

Tujuan dilakukan ambulasi:

1. Membantu klien yang mengalami hambatan mobilisasi dengan tepat dan aman
2. Mengajarkan kepada keluarga teknik memindahkan klien yang mengalami hambatan mobilisasi.

Petunjuk umum perawat dalam melakukan prosedur pemindahan:

1. Pasang penghalang tempat tidur pada posisi yang berlawanan dari perawat untuk mencegah klien jatuh
2. Atur posisi tempat tidur pada ketinggian yang nyaman untuk bekerja
3. Kaji mobilisasi dan kekuatan klien untuk bantuan pemindahan

4. Tentukan tenaga bantuan yang dibutuhkan

Memindahkan klien imobilisasi sendiri merupakan hal yang sulit, karena itu dibutuhkan tenaga bantuan. Menentukan jumlah tenaga bantuan yang dibutuhkan sesuai dengan tingkat kemampuan klien, misalnya klien dengan penyakit kardiovaskuler akan membutuhkan tenaga yang besar, klien dengan pasca operasi, dan lain-lain.

Sebagai dasar dalam memindahkan klien adalah mengangkat klien. Ada 4 dasar dalam mengangkat yang perlu dipahami:

1. Posisi beban: beban yang diangkat harus sedekat mungkin dengan pengangkat.
2. Posisi tubuh: batang tubuh pengangkat diposisikan tegak sehingga kelompok otot multiple bekerja dengan cara yang sinkron
3. Berat maksimal: objek yang diangkat tidak boleh terlalu berat. Objek terlalu berat jika beratnya sama dengan atau lebih dari 35% berat badan orang yang mengangkat.
4. Ketinggian: maksimal untuk diangkat, ketinggian 15-20 cm di bawah pinggang dari tubuh pengangkat.

MOBILISASI

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Mobilitas merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya.

Jenis Mobilisasi

1. Mobilitas penuh: Merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari.
2. Mobilitas sebagian: Merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan yang jelas, dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya.

Mobilitas sebagian ini dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

- a. Mobilitas sebagian temporer merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversibel pada sistem muskuloskeletal, contohnya adalah adanya dislokasi sendi dan tulang.
- b. Mobilitas sebagian permanen merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf yang reversibel. Contohnya terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang

belakang, dan untuk kasus poliomielitis terjadi karena terganggunya sistem saraf motorik dan sensorik.

Faktor yang mempengaruhi mobilitas:

1. Gaya hidup.
2. Proses Penyakit/injuri.
3. Kebudayaan/kebiasaan
4. Tingkat energi Seseorang.
5. Usia dan status perkembangan.

Keterampilan ambulasi dan mobilisasi yang akan dipelajari:

1. Membantu klien duduk di tempat tidur
2. Memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi
3. Memindahkan klien dari tempat tidur ke tempat tidur/brankar
4. Membantu klien berjalan

Membantu klien duduk di tempat tidur

1. Letakkan klien ke posisi telentang. Gunakan bantuan perawat lain jika dibutuhkan
2. Pindahan bantal dari tempat tidur. Perawat menghadap ke bagian kepala tempat tidur.
3. Letakkan kaki terbuka dengan kaki terdekat tempat tidur berada di belakang kaki yang lain.
4. Letakkan tangan jauh dari klien di bawah bahu, dukung kepala dan tulang servikal klien



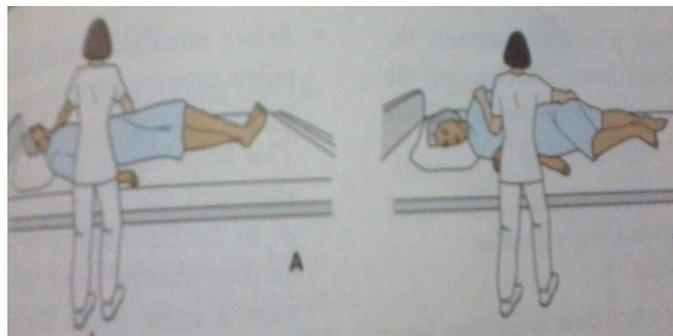
5. Letakkan tangan lainnya di permukaan tempat tidur
6. Naikkan klien ke posisi duduk dengan memindahkan berat badan dari kaki depan ke kaki belakang.



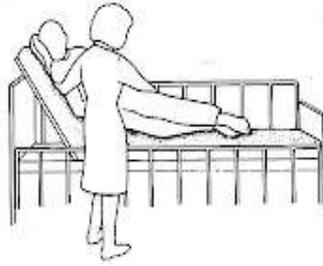
7. Dorong berlawanan dengan tempat tidur menggunakan lengan yang berada di permukaan tempat tidur.

Membantu klien duduk di sisi tempat tidur

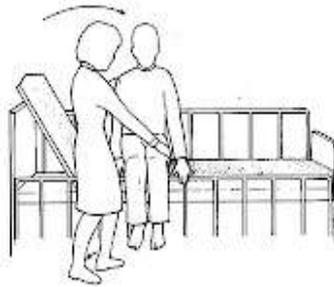
1. Balikkan klien ke posisi *side-lying* (samping) menghadap perawat di sisi tempat tidur yang akan diduduki.



2. Naikkan kepala tempat tidur ke posisi 30°
3. Berdiri di depan pinggul klien, rendahkan tubuh secara diagonal sehingga perawat menghadap wajah klien dan jauh dari sudut tempat tidur
4. Letakkan kaki terbuka dengan kaki terdekat kepala tempat tidur berada didepan kaki lain
5. Letakkan lengan yang berada dekat kepala tempat tidur di bawah bahu klien, yang mendukung kepala dan leher
6. Pindahkan lengan lain diatas paha klien



7. Gerakkan tungkai bawah dan kaki klien diatas sisi tempat tidur. Putar ke arah bagian belakang tungkai perawat, memudahkan tungkai atas klien mengayun ke bawah.



8. Pada saat yang bersamaan, pindahkan berat badan perawat ke bagian belakang tungkai dan elevasikan klien
9. Tetap berada di depan klien sampai klien mencapai keseimbangan
10. Turunkan tempat tidur sampai kaki klien mencapai lantai

Memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi

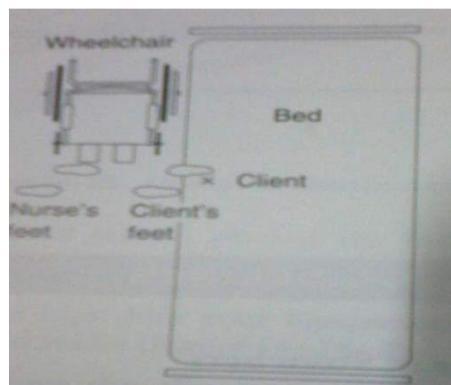
Klien imobilisasi sebagian akan memerlukan bantuan keperawatan untuk posisi berpindah. Sebelum berpindah ke kursi roda, klien harus dalam posisi duduk terlebih dahulu.

Prinsip memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda:

1. Perhatikan risiko hipotensi postural akibat tirah baring lama.
2. Kaji tanda-tanda vital, nadi, dan kelemahan
3. Pertahankan kesejajaran tubuh yang tepat untuk perawat dan klien
4. Kaji risiko cedera muskuloskeletal

Prosedur kerja:

1. Bantu klien ke posisi duduk disamping tempat tidur. Letakkan kursi di posisi 45° dari tempat tidur.



2. Pastikan klien menggunakan sepatu antislip. Kaki yang kuat berada di depan, kaki yang lemah berada dibelakang

3. Lebarkan kaki perawat
4. Fleksikan pinggul dan lutut perawat, sejajarkan lutut dengan lutut klien
5. Rangkulkan kedua lengan dibawah ketiak klien
6. Tegakkan klien ke posisi berdiri dalam hitungan ketiga dengan meluruskan pinggul dan tungkai perawat, jaga lutut sedikit fleksi
7. Pertahankan stabilitas tungkai klien yang lemah/paralisis dengan lutut



8. Putar kaki yang terjauh dari kursi
9. Instruksikan klien untuk menggunakan lengan kursi sebagai penyokong dan memudahkan ke kursi
10. Fleksikan pinggul dan lutut saat merendahkan klien ke kursi

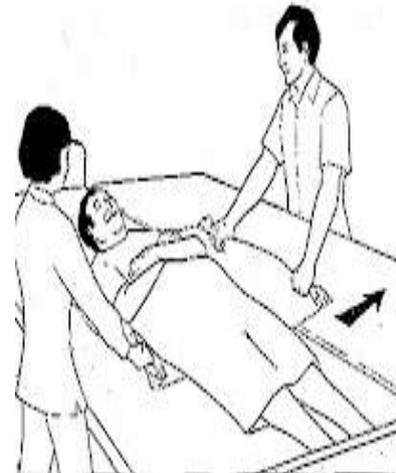
Memindahkan klien dari tempat tidur ke tempat tidur/brankar

Klien imobilisasi yang dipindahkan dari tempat tidur ke brankar atau dari tempat tidur ke tempat tidur, memerlukan tiga orang perawat yang sama tinggi (jika

memungkinkan) atau cara lainnya yaitu dengan menggunakan kain (laken) sebagai ayunan.

Prinsip dalam memindahkan klien dari tempat tidur ke brankar atau ketempat tidur lain:

1. Jika perawat ada tiga orang, maka atur posisi sesuai kekuatan dan tinggi penolong dan salah seorang menjadi pemimpin.
2. Hati-hati dengan klien yang mengalami trauma medulla spinalis atau cedera servikal.



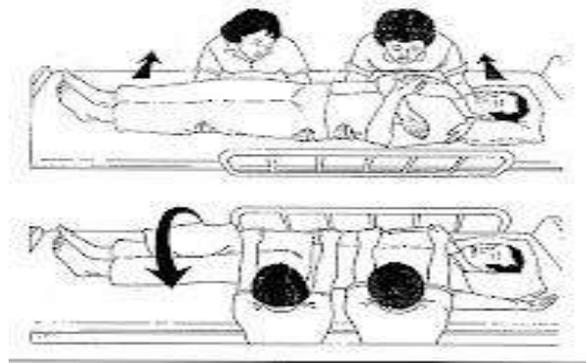
Prosedur kerja:

1. Atur brankar dalam posisi terkunci
2. Tiga orang perawat yang hampir sama tinggi berdiri menghadap klien. Setiap orang bertanggung jawab untuk satu dari tiga area yaitu: kepala dengan bahu, pinggul, dan paha dengan pergelangan kaki klien.



3. Silangkan tangan klien di depan dada

4. Setiap orang membuat dasar sokongan yang lebar dengan kaki terdekat dengan brankar berada di depan dengan lutut sedikit fleksi.
5. Lengan pengangkat diletakkan di bawah kepala dan bahu, pinggul, dan paha dengan tungkai bawah, dengan jari-jari tangan mereka terkunci melingkari bagian sisi tubuh klien yang lain.



6. Perawat memutar klien ke arah dada mereka. Pada hitungan ketiga klien diangkat dan dipegang ke arah dada perawat
7. Pada hitungan kedua, perawat melangkah ke belakang dan memutar ke arah brankar
8. Turunkan klien ke brankar dengan memfleksikan lutut dan pinggul sampai siku perawat berada setinggi tepi brankar

Membantu klien berjalan

Penyakit atau trauma dengan kerusakan permanen atau temporer pada sistem saraf, muskuloskeletal, dan pada sistem lain dapat mengurangi toleransi aktivitas, sehingga memerlukan bantuan berjalan baik dibantu dengan tenaga kesehatan atau keluarga atau dengan menggunakan alat bantu.

Indikasi dilakukan bantuan klien berjalan

1. Klien dengan hemiplegia (paralysis pada satu sisi)
2. Klien dengan hemiparesis (kelemahan pada satu sisi)
3. cedera muskuloskeletal ekstremitas bawah

Gambar 1. Posisi perawat membantu klien berjalan



Alat bantu berjalan yang sering digunakan :

1. Walker

Walker merupakan alat yang ringan, mudah dipindahkan, punya empat kaki penyangga yang kokoh dan setinggi pinggang. Untuk berjalan klien

memegang pemegang tangan pada bagian atas walker. Klien melangkah, memindahkan walker dan melangkah lagi.

2. Tongkat

Tongkat merupakan alat yang ringan, setinggi pinggul, mudah dipindahkan dan terbuat dari logam atau kayu. Tongkat ada yang berbantuk kaki panjang lurus dan tongkat berkaki segi empat. Tongkat digunakan untuk sokongan dan keseimbangan klien yang kekuatan kakinya menurun.

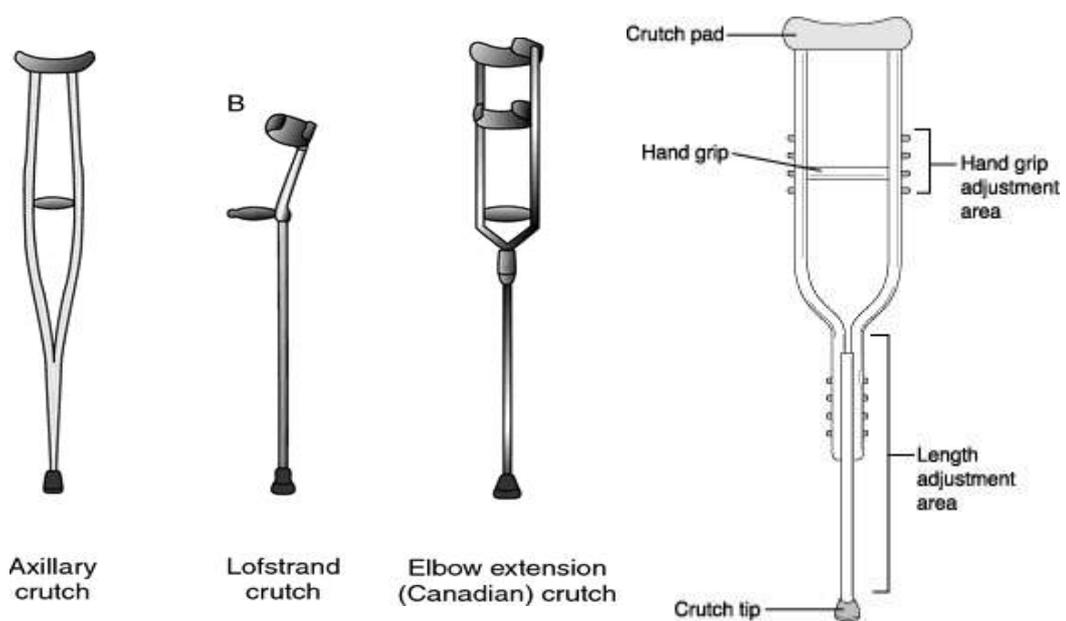


3. Kruk

Kruk terbuat dari kayu dan logam, sering digunakan untuk meningkatkan mobilisasi. Ada 2 tipe kruk; kruk lifstrand dengan pengatur ganda atau kruk lengan bawah, dan kruk aksila yang terbuat dari kayu. Kruk lengan bawah memiliki pegangan tangan dan pembalut logam yang pas mengelilingi lengan bawah. Kruk aksila mempunyai garis permukaan yang

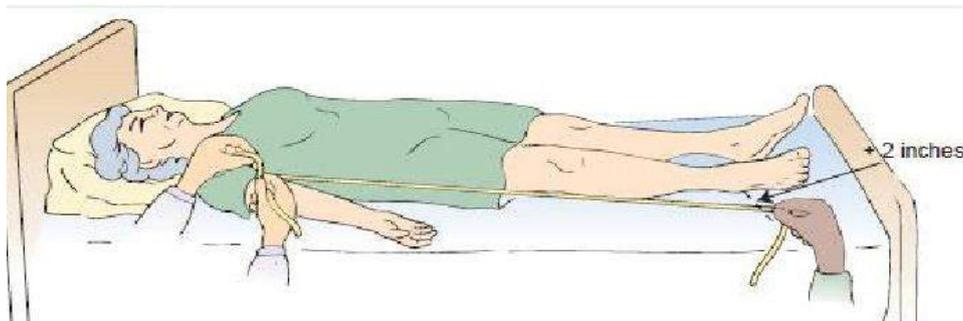
seperti bantalan pada bagian atasnya, tepat di bawah ketiak dan mempunyai batang pegangan yang terletak setinggi telapak tangan.

Gambar-gambar jenis kruk

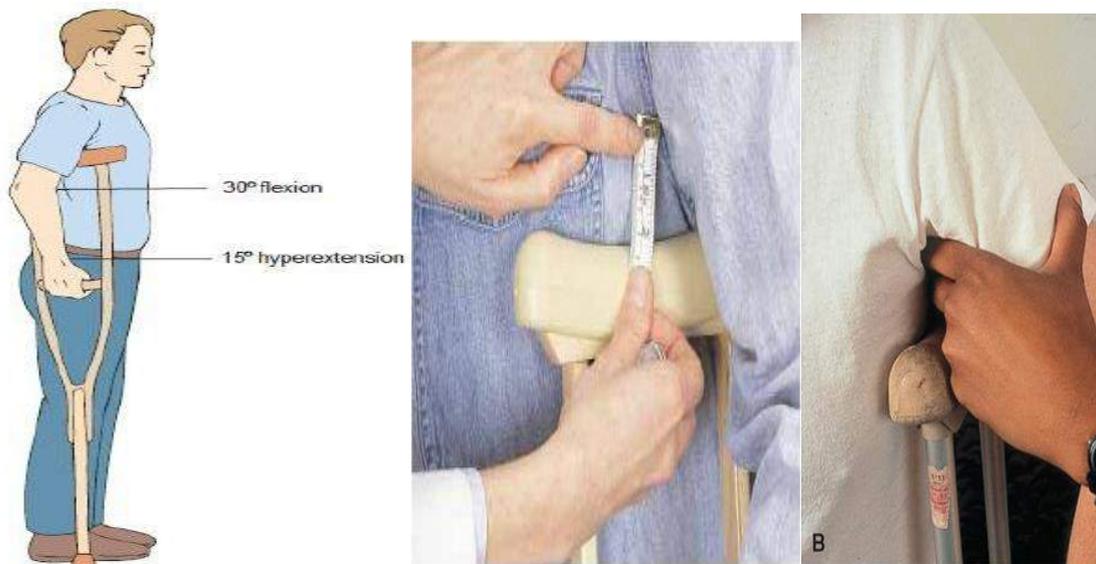


Kruk aksila lebih sering digunakan. Untuk penggunaan kruk aksila, harus diukur terlebih dahulu. Pengukuran kruk meliputi 3 area: tinggi klien, jarak antara bantalan kruk dan aksila, sudut fleksi siku.

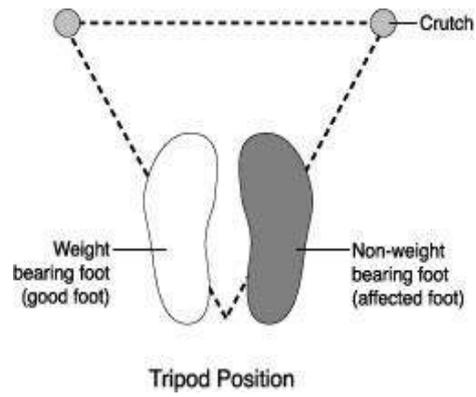
Mengukur panjang kruk. Untuk mengukur panjang kruk dapat digunakan dua metode dengan klien pada posisi supinasi atau berdiri. Posisi supinasi-ukur dari lipatan ketiak anterior ke tumit dan ditambah 3-4 jari (2,5 – 5 cm).



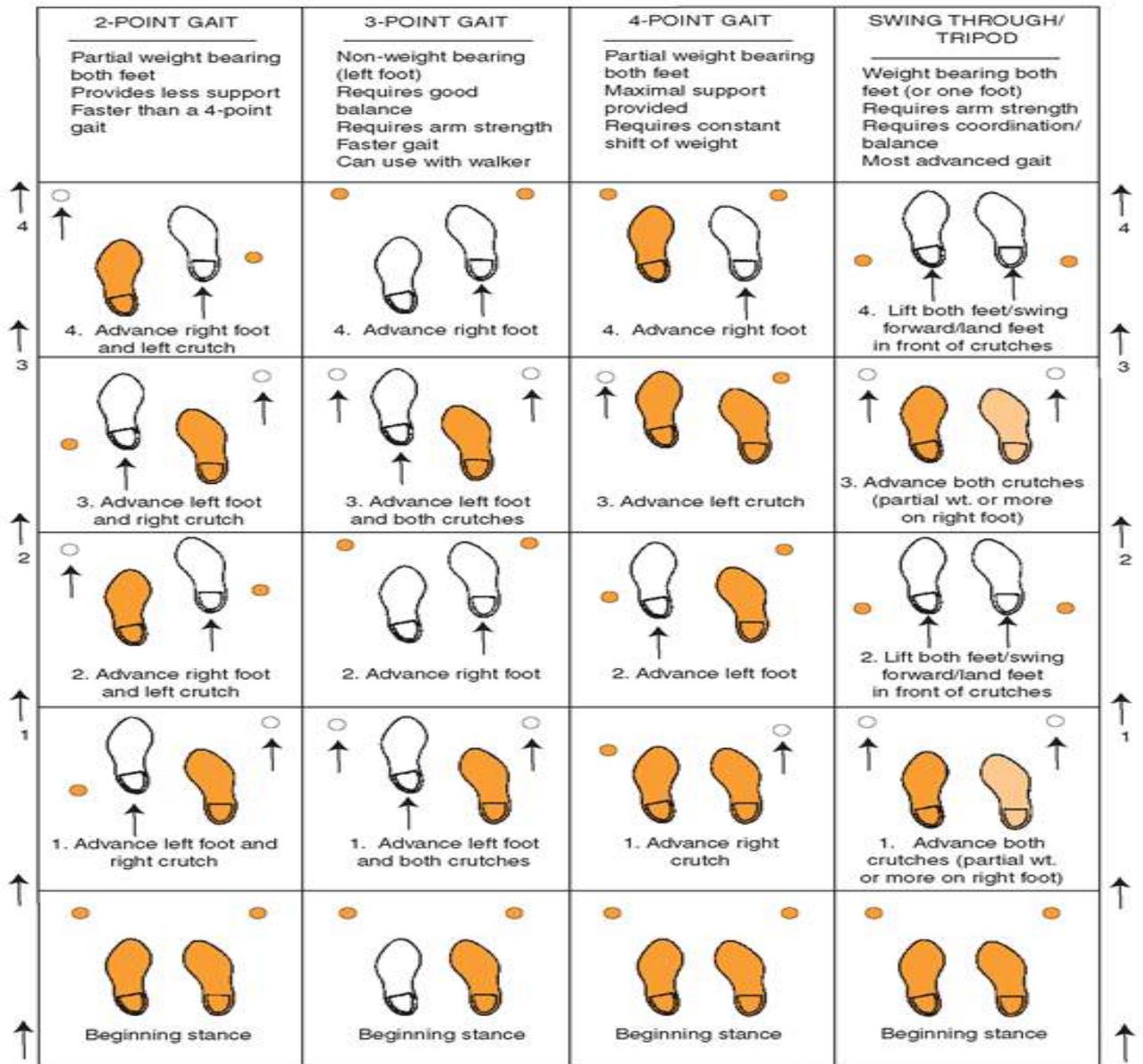
Posisi berdiri-ukur panjang kruk (3-4 jari lebar dari aksila ke titik 14-15 cm lateral ke tumit klien). Metode lain, dengan siku difleksikan 15-30 derajat dan lebar bantalan kruk 3-4 jari (4-5 cm) dibawah aksila.



Gaya berjalan dengan kruk. Gaya berjalan empat titik merupakan gaya berjalan dengan kedua kaki berada di permukaan tanah. Gaya berjalan ini merupakan gaya berjalan dasar dan lebih aman; Gaya berjalan tiga titik, dengan gaya berjalan ini klien harus mampu menopang seluruh berat badan pada kaki yang tidak sakit; Gaya berjalan dua titik, gaya ini lebih cepat dari gaya berjalan empat titik, namun lebih memerlukan keseimbangan karena hanya dua titik yang menyangga tubuh pada saat bersamaan; Gaya berjalan mengayun digunakan untuk klien paralisis tungkai dan pinggul. Posisi dasar sebelum berjalan (posisi tripod) yaitu kruk ditempatkan 15 cm di depan dan 15 cm di samping tiap kaki).



Gaya berjalan dengan kruk



Crutches



Perhatian: Klien dengan gangguan kognitif atau seseorang yang menggunakan analgesic atau traugulizer mungkin tidak mampu untuk memahami instruksi atau menggunakan kruk dengan aman.

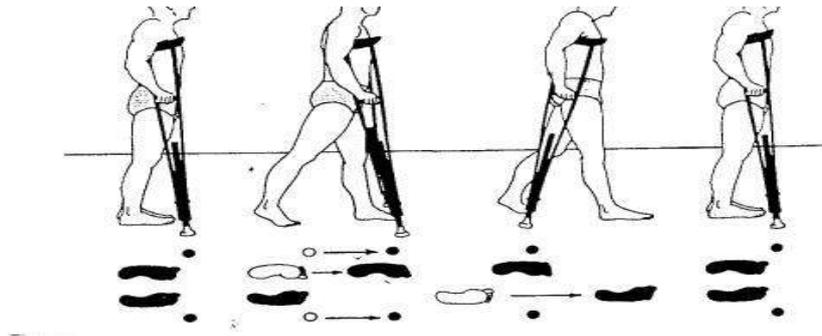
Prosedur kerja menggunakan kruk:

1. Persiapkan alat-alat, identifikasi kebutuhan klien

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

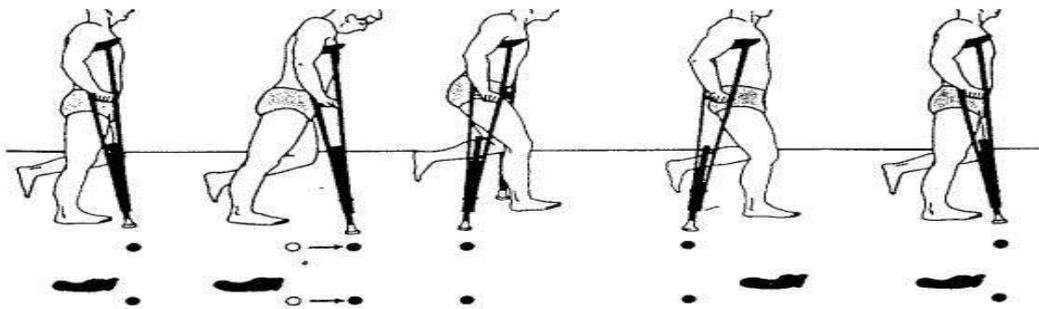
Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

2. Cuci tangan
3. Kaji toleransi aktifitas, kekuatan nyeri, koordinasi dan keseimbangan koordinasi
4. Bebaskan dari lingkungan yang akan menghambat berjalan
5. Sediakan kursi yang terdekat, jika klien pusing, klien diistirahatkan
6. Ukuran panjang kruk (3 sampai 4 jari lebar dari aksila ke titik 15 cm lateral ke tumit klien)
7. Posisikan pegangan kruk dengan siku fleksi pada sudut 20° sampai 25°
8. Yakinkan bahwa jarak antara bantalan kruk dan aksila 3 – 4 jari lebarnya
9. Instruksikan klien untuk menggunakan pusat berdiri (kruk ditempatkan 15 cm di depan dan 15 cm di samping tiap kaki/posisi tripod).
10. Ajarkan klien cara berjalan:
 - a) Gaya berjalan 4 titik: tiap kaki digerakkan berdasarkan pilihan dengan tiap kruk, kedua kaki berada di lantai.
 - Pindahkan kruk kanan pada jarak yang cocok (10-15 cm)
 - Pindahkan kaki kiri ke depan
 - Pindahkan kruk kiri ke depan
 - Pindahkan kaki kanan ke depan



b) Langkah 3 titik: Berat badan dibebankan pada kaki yang tidak cedera, selama fase melangkah, kaki yang cedera tidak menyentuh lantai, secara bertahap klien maju untuk menyentuh dan membebankan

- Pindahkan kedua kruk dan tungki yang lemah ke depan
- Pindahkan tungkai yang kuat ke depan



c) Langkah 2 titik : Klien menggerakkan masing-masing kruk pada waktu yang bersamaan, saat kaki yang berlawanan juga bergerak, sehingga gerakan kruk sama dengan gerakan tangan seperti orang normal.

- Pindahkan kruk kiri dan kaki kanan ke depan bersamaan
- Pindahkan kruk kanan dan kaki kiri ke depan bersamaan

d) Langkah *Swing-Through* atau *Swing-to Gait*: Dengan berat badan kaki penyokong, klien meletakkan kruk satu langkah didepan dan kemudian mengayun pada atau melalui posisi tersebut saat klien menyokong berat badannya.

- Pindahkan kedua kruk ke depan bersamaan
- Angkat berat badan dengan menggunakan lengan dan ayun ke arah kruk

11. Ajarkan klien naik tangga :

- a) Berdiri di dasar tangga dengan posisi tripod dan pindahkan berat badan ke kruk
- b) Kaki yang sehat maju antara kruk dan tangga
- c) Berat badan dialihkan dari kruk ke kaki yang sehat
- d) Kemudian klien meluruskan kedua kruk di tangga
- e) Dan seterusnya sampai puncak tangga

12. Ajarkan klien turun tangga:

- a) Berdiri dengan posisi tripod di atas tangga
- b) Pindahkan berat badan ke kaki yang sehat
- c) Kruk diletakkan di tangga dan klien mulai memindahkan berat badannya ke kruk. Gerakkan kaki yang sakit melangkah ke depan

- d) Kaki yang sehat dipindahkan ke tangga bersamaan dengan kruk
- e) Dan seterusnya sampai di dasar tangga

13. Duduk

- a) Klien diposisikan ditengah depan kursi
- b) Klien memegang kruk ditangan yang berlawanan dengan yang sakit
(bila keduanya kaki sakit, kruk dipegang pada tangan klien yang lebih kuat)
- c) Klien memegang tangan kursi dengan tangan yang lain dan merendahkan tubuh dari kursi

14. Bangun : Lakukan langkah duduk terbalik secara berurutan

15. Evaluasi kegiatan

CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN

MEMINDAHKAN KLIEN

Nama mahasiswa :

NIM :

No	Aktivitas	Nilai		
		0	1	2
1	Tahap Prainteraksi 1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis 2. Kaji status kognitif, motivasi dan sensori klien 3. Siapkan peralatan yang dibutuhkan: Kursi roda, Brankar 4. Tentukan jumlah orang yang dibutuhkan untuk melakukan ambulasi pada klien 5. Cuci tangan			
2	Tahap Orientasi 1. Salam, panggil klien dengan namanya, perkenalkan diri perawat 2. Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya kegiatan 3. Beri kesempatan klien untuk bertanya			
3	Tahap Kerja: Membantu klien duduk di tempat tidur 1. Letakkan klien ke posisi telentang. Gunakan bantuan perawat lain jika dibutuhkan 2. Pindahan bantal dari tempat tidur. Perawat menghadap ke bagian kepala tempat tidur. 3. Letakkan kaki terbuka dengan kaki terdekat tempat tidur berada di belakang kaki yang lain. 4. Letakkan tangan jauh dari klien di bawah bahu, dukung kepala dan tulang servikal klien 5. Letakkan tangan lainnya di permukaan tempat tidur 6. Naikkan klien ke posisi duduk dengan memindahkan berat badan dari kaki depan ke kaki belakang			

	<p>7. Dorong berlawanan dengan tempat tidur menggunakan lengan yang berada di permukaan tempat tidur</p> <p>Membantu klien duduk di sisi tempat tidur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Balikkan klien ke posisi side-lying (samping) menghadap perawat di sisi tempat tidur yang akan diduduki 2. Naikkan kepala tempat tidur ke posisi 30⁰ 3. Berdiri di depan pinggul klien, rendahkan tubuh secara diagonal sehingga perawat menghadap wajah klien dan jauh dari sudut tempat tidur 4. Letakan kaki terbuka dengan kaki terdekat kepala tempat tidur berada didepan kaki lain 5. Letakkan lengan yang berada dekat kepala tempat tidur di bawah bahu klien, yang mendukung kepala dan leher 6. Pindahkan lengan lain diatas paha klien 7. Gerakkan tungkai bawah dan kaki klien diatas sisi tempat tidur. Putar ke arah bagian belakang tungkai perawat, memudahkan tungkai atas klien mengayun ke bawah 8. Pada saat yang bersamaan, pindahkan berat badan perawat ke bagian belakang tungkai dan elevasikan klien 9. Tetap berada di depan klien sampai dicapai keseimbangan 10. Turunkan tempat tidur sampai kaki klien mencapai lantai <p>Memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu klien ke posisi duduk disamping tempat tidur. Letakkan kursi di posisi 45⁰ dari tempat tidur 			
--	--	--	--	--

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pastikan klien menggunakan sepatu antiselip. Kaki yang kuat berada di depan, kaki yang lemah berada dibelakang 3. Lebarkan kaki perawat 4. Fleksikan pinggul dan lutut perawat, sejajarkan lutut dengan lutut klien 5. Rangkulkan kedua lengan dibawah ketiak klien 6. Tegakkan klien ke posisi berdiri dalam hitungan ketiga dengan meluruskan pinggul dan tungkai perawat, jaga lutut sedikit fleksi 7. Pertahankan stabilitas tungkai klien yang lemah/paralisis dengan lutut 8. Putar kaki yang terjauh dari kursi 9. Instruksikan klien untuk menggunakan lengan kursi sebagai penyokong dan memudahkan ke kursi 10. Fleksikan pinggul dan lutut saat merendahkan klien ke kursi <p>Memindahkan klien dari tempat tidur ke brankar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi brankar dalam posisi terkunci 2. Tiga orang perawat yang hampir sama tinggi berdiri menghadap klien. Setiap orang bertanggung jawab untuk satu dari tiga area yaitu: kepala dengan bahu, pinggul, dan paha dengan pergelangan kaki klien 3. Silangkan tangan klien di depan dada 4. Setiap orang membuat dasar sokongan yang lebar dengan kaki terdekat dengan brankar berada di depan dengan lutut sedikit fleksi 5. Lengan pengangkat diletakkan di bawah kepala dan bahu, pinggul, dan paha dengan tungkai bawah, dengan jari-jari tangan mereka terkunci melingkari bagian sisi tubuh klien yang lain 6. Perawat memutar klien ke arah dada mereka. Pada hitungan ketiga klien diangkat dan dipegang ke arah dada perawat 			
--	---	--	--	--

	7. Pada hitungan kedua, perawat melangkah ke belakang dan memutar ke arah brankar 8. Turunkan klien ke brankar dengan memfleksikan lutut dan pinggul mereka sampai siku mereka berada setinggi tepi brankar			
4	Tahap Terminasi 1. Evaluasi respon klien, kaji kesejajaran tubuh 2. Kontrak selanjutnya			
5	Dokumentasi			

KETERANGAN :

Pekanbaru,20...

0 = Tidak dilakukan sama sekali

Penguji

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

.....

Nilai Batas Lulus = 75%

Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$

Jumlah aspek yang dinilai

CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN

MEMBANTU KLIEN BERJALAN

Nama Mahasiswa :

NIM :

No	Aktivitas	Nilai
----	-----------	-------

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

		0	1	2
1	<p>Tahap Prainteraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis 2. Kaji status kognitif, motivasi dan sensori klien 3. Siapkan peralatan yang dibutuhkan: Kursi roda, kruk dan lain-lain 4. Tentukan jumlah orang yang dibutuhkan untuk melakukan ambulasi pada klien 5. Cuci tangan 			
2	<p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapkan salam, panggil klien dengan namanya, perkenalkan diri perawat 2. Jelaskan prosedur dan tujuan kegiatan 3. Beri kesempatan klien untuk bertanya 			
3	<p>Tahap Kerja</p> <p>Menggunakan tongkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan tongkat pada tangan yang terkuat 2. Posisikan ujung tongkat kira-kira 15 cm ke arah lateral dan 15 cm didepan kaki terdekat, sehingga siku tetap fleksi 3. Gerakkan kaki yang terlemah maju bersama dengan tongkat, sehingga berat badan disokong oleh tongkat dan kaki yang terkuat 4. Kemudian kaki yang terkuat maju setelah tongkat, sehingga berat badan dan kaki yang terlemah disokong tongkat dan kaki terlemah <p>Menggunakan walker</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pindahkan walker kedepan kira-kira 15 cm, sementara berat badan disokong oleh kedua tungkai 			

	<p>2. Kemudian pindahkan kaki kanan ke arah walker sementara berat badan disokong tungkai kiri dan kedua lengan</p> <p>3. Pindahkan kaki kiri ke arah kaki kanan sementara berat badan disokong tungkai kanan dan kedua lengan</p> <p>Menggunakan kruk</p> <p>a. Gaya berjalan empat titik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berdiri dengan posisi dasar (posisi tripod) yaitu kruk diletakkan 15 cm di depan kaki dan 15 cm arah lateral 2. Pindahkan kruk kanan pada jarak yang cocok (10-15 cm) 3. Pindahkan kaki kiri ke depan 4. Pindahkan kruk kiri ke depan 5. Pindahkan kaki kanan ke depan <p>b. Gaya berjalan tiga titik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pindahkan kedua kruk dan tungki yang lemah ke depan 2. Pindahkan tungkai yang kuat ke depan. <p>c. Gaya berjalan dua titik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pindahkan kruk kiri dan kaki kanan ke depan bersamaan 2. Pindahkan kruk kanan dan kaki kiri ke depan bersamaan <p>d. Gaya berjalan mengayun</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pindahkan kedua kruk ke depan bersamaan 2. Angkat berat badan dengan menggunakan lengan dan ayun ke arah kruk. 			
--	--	--	--	--

	<p>e. Naik tangga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berdiri di dasar tangga dengan posisi tripod dan pindahkan berat badan ke kruk 2. Kaki yang sehat maju antara kruk dan tangga 3. Berat badan dialihkan dari kruk ke kaki yang sehat 4. Kemudian klien meluruskan kedua kruk di tangga 5. Dan seterusnya sampai puncak tangga. <p>f. Turun tangga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berdiri dengan posisi tripod di atas tangga 2. Pindahkan berat badan ke kaki yang sehat 3. Kruk diletakkan di tangga dan klien mulai memindahkan berat badannya ke kruk. Gerakkan kaki yang sakit melangkah ke depan 4. Kaki yang sehat dipindahkan ke tangga bersamaan dengan kruk 5. Dan seterusnya sampai di dasar tangga 			
3	<p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon klien 2. Kontrak selanjutnya 			
4	<p>Dokumentasi</p>			

KETERANGAN :

Pekanbaru,20...

0 = Tidak dilakukan sama sekali

Penguji,

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

2 = Dilakukan dengan sempurna

.....

Nilai Batas Lulus = 75%

Nilai = Jumlah nilai yang didapat X 100%

Jumlah aspek yang dinilai

RANGE OF MOTION (ROM)

TIM PENYUSUN: TIM KEPERAWATAN DASAR

“ Keep Move On”

Seorang laki-laki berusia 65 tahun diruang rawat di ruang saraf dengan diagnosa *Stroke Non Hemoragic* dan mengalami *Paralisis*. Sudah hampir 1 bulan pasien dirawat dan di beberapa sendi dan otot pada ekstremitas mulai mengalami *atrofi otot*. Hal ini mengharuskan Perawat harus melakukan latihan pergerakan sendi

Pengantar

Tidak semua pasien mempunyai tingkat ketergantungan yang sama. Untuk pasien yang mempunyai tingkat ketergantungan total care dan dengan kelemahan seluruh tubuh, ia membutuhkan latihan pergerakan sendi untuk mencegah terjadi atrofi otot. Rentang pergerakan sendi harus dilakukan secara berkala dan teratur. Namun untuk pasien dengan tingkat ketergantungan partial dapat tetap melakukan ROM secara mandiri dan tetap dibantu oleh perawat.

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Beberapa manfaat dari pelaksanaan Latihan pergerakan sendi adalah dapat mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan kelenturan otot. Mempertahankan fungsi kardiorespiratori. Mencegah kontraktur dan kekakuan pada persendian.

Tujuan Pembelajaran

Tujuan umum :

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan latihan pergerakan sendi pada pasien.

Tujuan khusus :

Setelah mengikuti praktikum ini, mahasiswa mampu :

1. Memahami berbagai posisi rentang pergerakan sendi.
2. Mendemonstrasikan latihan rentang pergerakan sendi sesuai dengan tingkat ketergantungan pasien.
3. Menganalisa tingkat ketergantungan pasien dan latihan pergerakan sendi yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

ROM

Range Of Motion (ROM) adalah tindakan/latihan otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit, diabilitas, atau trauma.

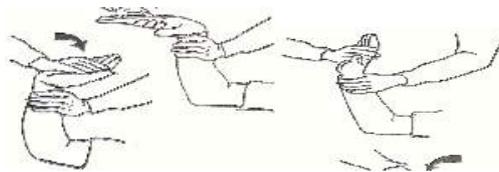
Tujuan

Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung pada keadaan pasien.

Gerakan-Gerakan ROM

A. Fleksi dan Ektensi pergelangan tangan

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk dengan lengan.
3. Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.

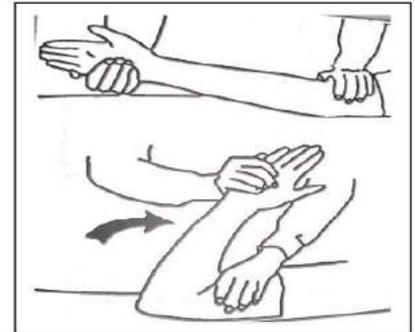


4. Catat perubahan yang terjadi.

B. Fleksi dan Ekstensi Siku

Cara:

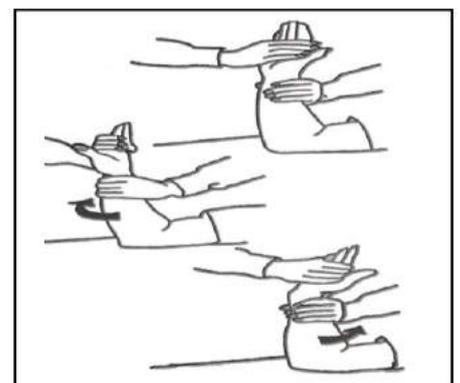
1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dengan telapak tangan mengarah ke tubuhnya.
3. Letakkan tangan di atas siku pasien dan pegang tangannya mendekat bahu.
4. Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.
5. Catat perubahan yang akan terjadi.



C. Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah

Cara:

1. Jelaskan Prosedur yang akan di lakukan
2. Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk
3. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
4. Putar lengan bawah pasien sehingga telapaknya menjauhinya.
5. Kembalikan ke posisi semula
6. Putar lengan bawah pasien sehingga telapak tangannya menhadap ke arahnya.
7. Kembalikan ke posisi semula
8. Catat perubahan yang terjadi.



D. Pronasi Fleksi Bahu

Cara:

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi tangan pasien disisi tubuhnya.
3. Letakkan satu tangan perawat diatas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
4. Angkat lengan pasien pada posisi semula
5. Catat perubahan yang terjadi

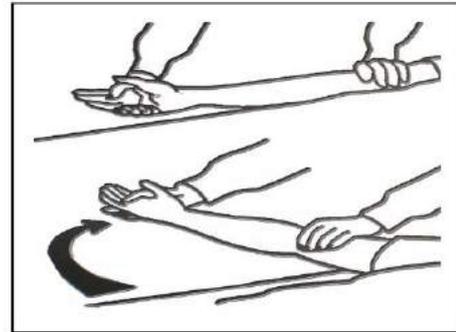


E. Abduksi dan Adduksi Bahu

Cara:

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Atur posisi lengan pasien di samping badannya.
3. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
4. Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya kearah perawat (abduksi)

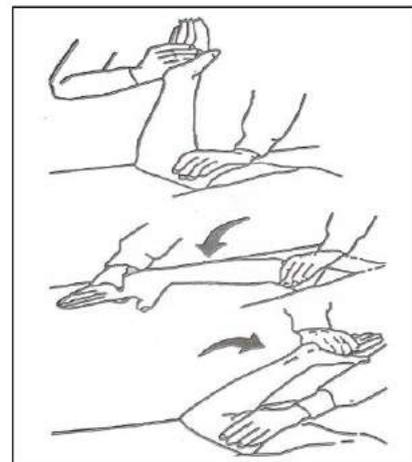
5. Gerakkan lengan pasien mendekati tubuhnya (adduksi).
6. Kembalikan ke posisi semula.
7. Catat perubahan yang terjadi.



F. Rotasi Bahu

Cara:

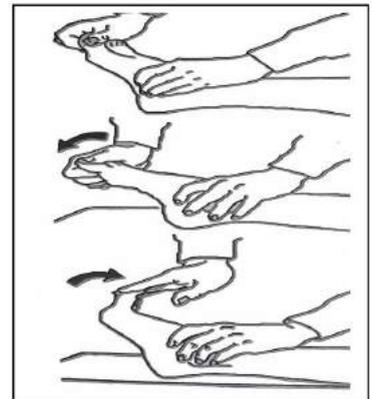
1. Jelaskan Prosedur yang akan dilakukan
2. Atur posisi lengan pasien menjauhi tubuh dengan siku menekuk
3. Letakkan satu tangan perawat di lengan atas pasien dekat siku dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
4. Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah.
5. Kembalikan lengan ke posisi semula.
6. Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.
7. Kembalikan lengan ke posisi semula.
8. Catat perubahan yang terjadi.



G. Fleksi dan Ektensi Jari-Jari

Cara:

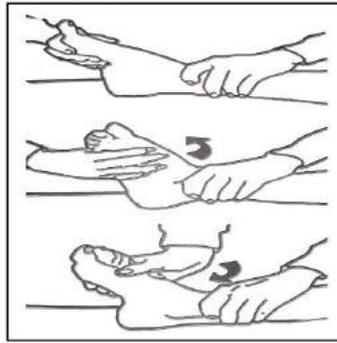
1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Pegang jari kaki pasien dengan satu tangan, sementara tangan yang lain memegang kaki.
3. Bengkokkan (tekuk) jari kaki ke bawah.
4. Luruskan jari kemudian dorong ke belakang
5. Kembalikan ke posisi semula.
6. Catat perubahan yang terjadi.



H. Infersi dan Efersi Kaki

Cara:

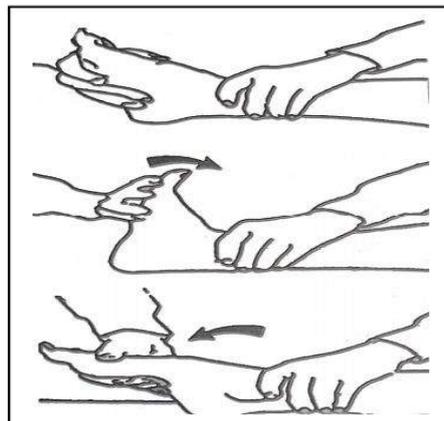
1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan satu tangan.
3. Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya.
4. Kembalikan ke posisi semula.
5. Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain
6. Kembalikan ke posisi semula.
7. Catat perubahan yang akan terjadi



I. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Kaki

Cara:

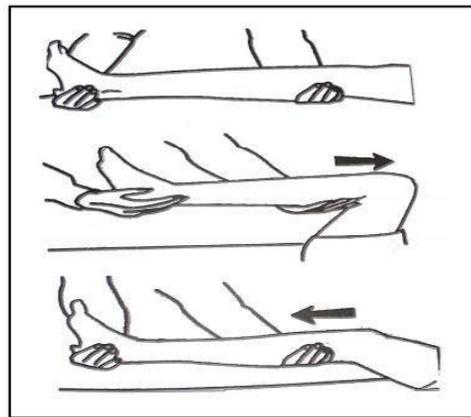
1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Letakkan satu tangan perawat pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain diatas pergelangan kaki. Jaga kaki lurus dan rileks.
3. Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada pasien
4. Kembalikan ke posisi semula
5. Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien
6. Catat perubahan yang terjadi.



J. Fleksi dan Ekstensi Lutut.

Cara:

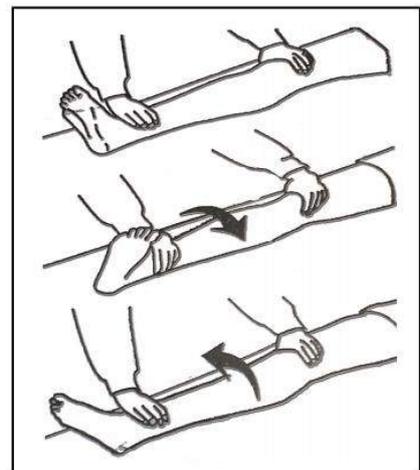
1. Jelaskan Prosedur yang akan dilakukan
2. Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.
3. Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.
4. Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin.
5. Ke bawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas.
6. Kembali ke posisi semula.
7. Catat perubahan yang terjadi



K. Rotasi Pangkal Paha Pangkal Paha

Cara:

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.
3. Putar kaki menjauhi perawat
4. Putar kaki ke arah perawat

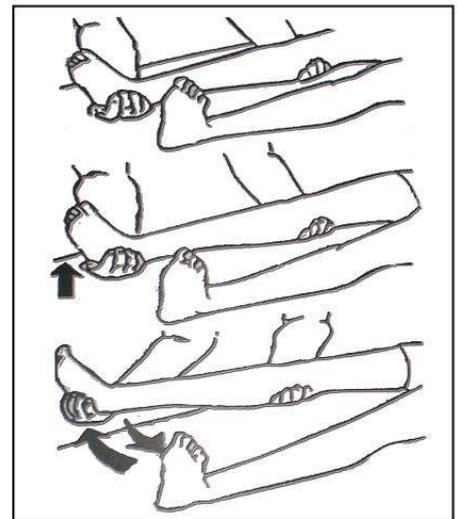


5. Kembalikan ke posisi semula
6. Catat perubahan yang terjadi.

L. Abduksi dan Adduksi Pangkal Paha

Cara:

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Letakkan satu tangan perawat dibawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit
3. Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8cm dari tempat tidur, gerakkan kaki menjauhi badan pasien
4. Gerakkan kaki mendekati badan pasien
5. Kembalikan ke posisi semula
6. Catat perubahan yang terjadi.



CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

RENTANG PERGERAKAN SENDI/ RANGE OF MOTION (ROM)

Nama :

NIM :

Tanggal :

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
1.	Tahap preinteraksi 1. Membaca catatan keperawatan/cek catatan medis keperawatan klien 2. Memvalidasi perasaan perawat 3. Menyiapkan alat-alat yang diperlukan 4. Mencuci tangan			
2.	Tahap orientasi 1. Memberi salam, panggil klien dengan menggunakan nama yang disenangi & memperkenalkan nama perawat 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya			
3.	Tahap kerja 1. Menjaga privasi klien (memasang skeren) 2. Menanyakan keluhan utama saat ini 3. Menjelaskan prosedur kepada klien A. Fleksi dan Ektensi pergelangan tangan 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk dengan lengan. 3. Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.			

	<p>4. Catat perubahan yang terjadi.</p> <p>B. Fleksi dan Ekstensi Siku</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dengan telapak tangan mengarah ke tubuhnya. 3. Letakkan tangan diatas siku pasien dan pegang tangannya mendekat bahu. 4. Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya. 5. Catat perubahan yang akan terjadi. <p>C. Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan Prosedur yang akan di lakukan 2. Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk 3. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya. 4. Putar lengan bawah pasien sehingga telapaknya menjauhinya. 5. Kembalikan ke posisi semula 6. Putar lengan bawah pasien sehingga telapak tangannya menghadap ke arahnya. 7. Kembalikan ke posisi semula 8. Catat perubahan yang terjadi <p>D. Pronasi Fleksi Bahu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan. 2. Atur posisi tangan pasien disisi tubuhnya. 3. Letakkan satu tangan perawat diatas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya. 4. Angkat lengan pasien pada posisi semula 5. Catat perubahan yang terjadi <p>E. Abduksi dan Adduksi Bahu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Atur posisi lengan pasien di samping badannya. 3. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya. 			
--	--	--	--	--

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya kearah perawat (abduksi) 5. Gerakkan lengan pasien mendekati tubuhnya (adduksi). 6. Kembalikan ke posisi semula. 7. Catat perubahan yang terjadi <p>F. Rotasi Bahu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan Prosedur yang akan dilakukan 2. Atur posisi lengan pasien menjauhi tubuh dengan siku menekuk 3. Letakkan satu tangan perawat di lengan atas pasien dekat siku dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya. 4. Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah. 5. Kembalikan lengan ke posisi semula. 6. Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas. 7. Kembalikan lengan ke posisi semula. 8. Catat perubahan yang terjadi. <p>G. Fleksi dan Ektensi Jari-Jari</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Pegang jari kaki pasien dengan satu tangan, sementara tangan yang lain memegang kaki. 3. Bengkokkan (tekuk) jari kaki ke bawah. 4. Luruskan jari kemudian dorong ke belakang 5. Kembalikan ke posisi semula. 6. Catat perubahan yang terjadi. <p>H. Infersi dan Efersi Kaki</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan. 2. Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan satu tangan. 3. Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya. 4. Kembalikan ke posisi semula. 			
--	---	--	--	--

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain 6. Kembalikan ke posisi semula. 7. Catat perubahan yang akan terjadi <p>I. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Kaki</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Letakkan satu tangan perawat pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain diatas pergelangan kaki. Jaga kaki lurus dan rileks. 3. Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada pasien 4. Kembalikan ke posisi semula 5. Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien 6. Catat perubahan yang terjadi. <p>J. Fleksi dan Ekstensi Lutut.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan Prosedur yang akan dilakukan 2. Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain. 3. Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha. 4. Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin. 5. Ke bawahkan kaki dan luruskan lutut dangan mengangkat kaki ke atas. 6. Kembali ke posisi semula. 7. Catat perubahan yang terjadi <p>K. Rotasi Pangkal Paha Pangkal Paha</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit. 3. Putar kaki menjauhi perawat 4. Putar kaki ke arah perawat 5. Kembalikan ke posisi semula 6. Catat perubahan yang terjadi <p>L. Abduksi dan Adduksi Pangkal Paha</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 			
--	---	--	--	--

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Letakkan satu tangan perawat dibawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit 3. Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8cm dari tempat tidur, gerakkan kaki menjauhi badan pasien 4. Gerakkan kaki mendekati badan pasien 5. Kembalikan ke posisi semula 6. Catat perubahan yang terjadi 			
4	<p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan tindakan 2. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien 3. Merapikan alat dan klien 4. Cuci tangan 5. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya 			
5	<p>Dokumentasi</p> <p>Catat seluruh hasil tindakan dalam catatan keperawatan</p>			

KETERANGAN :

Pekanbaru, 20...

0 = Tidak dilakukan sama sekali

Penguji,

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

.....

Nilai Batas Lulus = 75%

Nilai = Jumlah nilai yang di dapat X 100%
Jumlah aspek yang dinilai

OKSIGENASI

TIM PENYUSUN: TIM KEPERAWATAN DASAR

“Asap ini Menyiksaku”

Seorang perempuan berusia 25 tahun, masuk IGD rumah sakit dengan keluhan sesak napas. Pasien mengatakan ada riwayat asma dan alergi asap. Perawat memberikan terapi oksigen dan teknik batuk efektif.

PENGANTAR

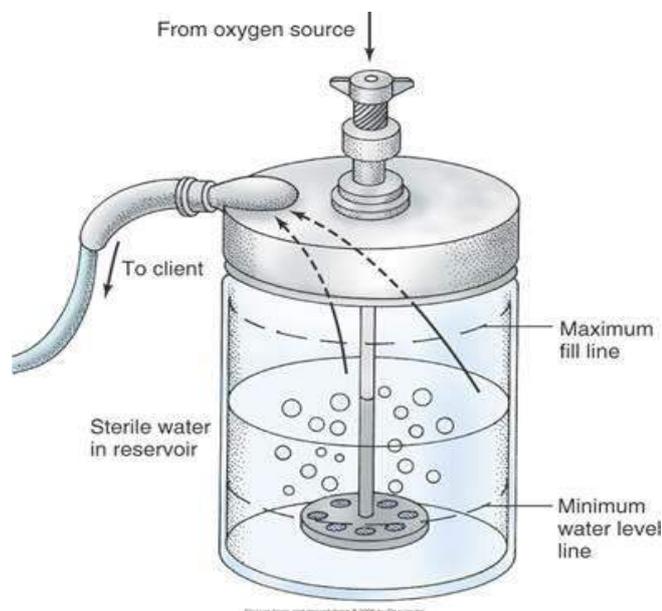
Terapi oksigen merupakan upaya yang dilakukan tenaga kesehatan terhadap adanya gangguan pemenuhan oksigen pada klien dengan memberikan oksigen dengan konsentrasi yang lebih tinggi dibandingkan oksigen di atmosfer (21%). Terapi oksigen bertujuan mengatasi atau mencegah hipoksia, memberikan transpor oksigen yang adekuat dalam darah sambil menurunkan upaya bernapas dan mengurangi stres pada miokardium.

Oksigen adalah medikasi, digunakan hanya ketika diindikasikan dengan memperhatikan prinsip enam benar. Terapi oksigen mempunyai efek samping yang berbahaya seperti kebakaran, hipoventilasi yang diinduksi oksigen (karena

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

penurunan sensitivitas kemoreseptor), keracunan oksigen (gejalanya seperti ARDS: batuk tidak produktif, nyeri dada substernal, gangguan gastrointestinal, dyspnea. Jika berlanjut terjadi kerusakan struktur paru seperti atelektasis, edema pulmonal, hemoragi pulmonal, kerusakan surfaktan), atelektasis absorpsi (karena tidak ada nitrogen yang menjaga alveolus tetap mengembang) dan kekeringan membran mukosa. Dalam pemberian oksigen perlu diperhatikan humidifikasi. Humidifikasi merupakan proses penambahan air pada gas. Hal ini penting diperhatikan karena oksigen yang diperoleh dari sumber oksigen merupakan udara kering yang belum terhumidifikasi, dapat menyebabkan kekeringan pada mukosa nasal dan saluran pernapasan atas. Oksigen dengan kelembaban yang relatif tinggi dapat menjaga jalan napas tetap lembab dan membantu menghilangkan dan memobilisasi sekret pulmonal.



Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti skill lab ini mahasiswa mampu:

1. Memahami prosedur pemberian terapi oksigen
2. Mendemonstrasikan prosedur pemberian terapi oksigen

Aktifitas Pembelajaran

No	Aktivitas	Yang terlibat	waktu
1	Pembukaan a. <i>Pre test</i> b. Penjelasan instruktur	Mahasiswa Instruktur	20 menit
2	Pelaksanaan a. <i>Role play</i> Instruktur b. <i>Role Play</i> mahasiswa	Instruktur Mahasiswa	140 menit
3	Evaluasi dan feedback	Mahasiswa dan instruktur	20 menit

TINJAUAN TEORI

Oksigen adalah medikasi, digunakan hanya ketika diindikasikan dengan memperhatikan prinsip enam benar. Terapi oksigen merupakan upaya yang dilakukan tenaga kesehatan terhadap adanya gangguan pemenuhan oksigen pada klien dengan memberikan oksigen dengan konsentrasi yang lebih tinggi dibandingkan oksigen di atmosfer (21%). Terapi oksigen bertujuan mengatasi

atau mencegah hipoksia, memberikan transpor oksigen yang adekuat dalam darah sambil menurunkan upaya bernapas dan mengurangi stres pada miokardium.

Prinsip pemberian terapi oksigen:

1. Jauhkan sumber oksigen dari api atau rokok
2. Jaga humidifikasi / kelembaban oksigen
3. Cegah terjadinya keracunan oksigen

Indikasi Pemberian Oksigen

1. Klien dengan kadar oksigen arteri rendah (hasil analisa gas darah).
2. Klien dengan peningkatan kerja nafas
3. Klien dengan peningkatan kerja miokard.

Berdasarkan indikasi utama tersebut maka terapi oksigen diindikasikan kepada klien dengan kondisi :

1. Gagal napas
2. Gagal jantung
3. Syok
4. Penurunan kesadaran

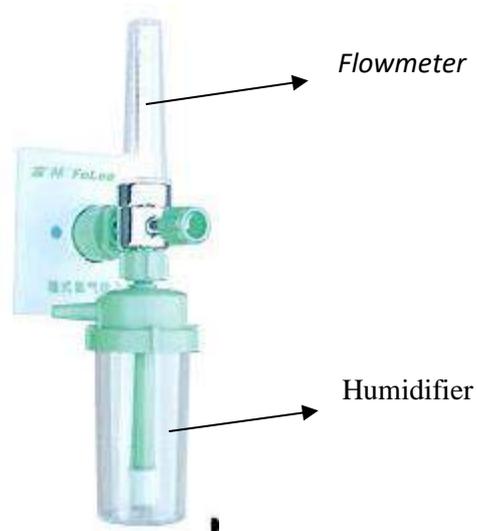
5. Sianosis
6. Hipovolemia, perdarahan, anemia berat
7. Keracunan gas karbondioksida
8. Asidosis
9. Selama dan sesudah pembedahan

Jenis tabung oksigen:

1. Tabung oksigen *portable*



2. Tabung oksigen dinding



Metode pemberian oksigen:

1. Kanula nasal (*nasale canule*)
2. Kateter nasal (*nasale catheter*)
3. Masker muka (*face mask*)
 - a. Masker muka sederhana (*simple mask*)
 - b. Masker muka dengan kantong rebreathing (*rebreathing mask/ RM*)
 - c. Masker muka dengan kantong non rebreathing (*non-rebreathing mask/ NRM*)
 - d. Masker venturi
4. Oksigen transtrakeal (*Transtracheal oxygen/ TTO*)
5. Ventilator mekanik

Alat	Kecepatan (l/menit)	Perkiraan oksigen (%)	Keuntungan	Kerugian
Kateter nasal	1-6	24-32	Klien bebas beraktivitas terbatas, murah	Dapat meyebabkan nyeri, iritasi selaput mukosa
Kanula nasal	1 2 3 4	23-24 24-28 28-32 32-36	Murah, pemasangan mudah, klien	FiO ₂ beragam, tidak dapat memberikan konsentrasi >

	5 6	40 Maks. 44	bebas makan & beraktivitas	44%, mudah lepas, kekeringan mukosa nasal, iritasi hidung dan telinga bagian belakang
<i>Simple mask</i>	5 6 8	40 45-50 55-60	Konsentrasi O ₂ lebih tinggi, sistem humidifikasi dapat ditingkatkan melalui pemilihan masker berlobang besar, dapat digunakan dalam pemberian terapi aerosol	FiO ₂ beragam, harus dilepas ketika makan, klien menghirup udara ruangan melalui lubang dalam masker, harus > 5 l/menit untuk mencegah penumpukan CO ₂ .
<i>Rebreathing mask (RM)</i>	6 8 10 12 15	35 40-50 60 60 60	Konsentrasi O ₂ cukup tinggi, tidak mengiritasi selaput lendir	Panas, menyekap bila tidak terpasang dengan baik, kantong dapat terlipat/terputar,

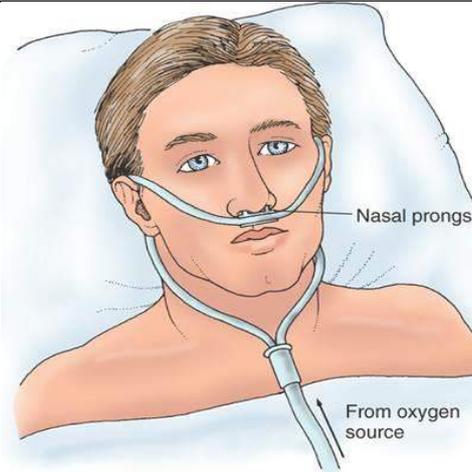
**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

*Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan
local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036*

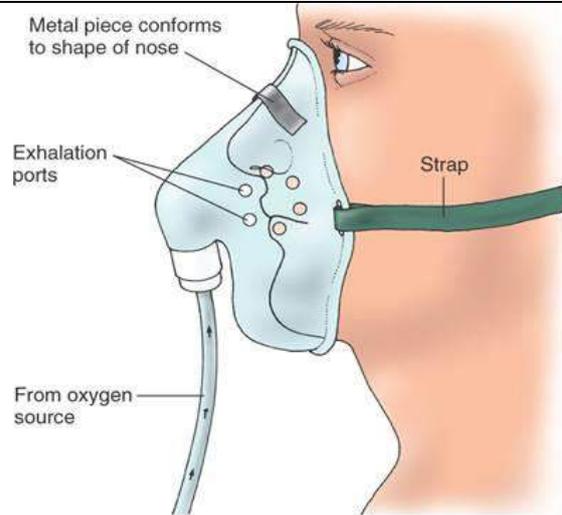
				harus dilepas ketika makan.
<i>Nonrebreathing mask (NRM)</i>	6	55-60	Kosentrasi O ₂ tinggi	Kantong oksigen bisa terlipat
	8	60-80		
	10	80-90		
	12	90		
	15	90		
Masker venturi	4-6	24-28	Tidak mengeringkan membran mukosa	Masker harus terpasang dengan benar untuk memberikan FiO ₂ tertentu, panas, harus dilepas saat makan
	6-8	30-35, 40		
	8-12	50-60		

Metode pemberian oksigen

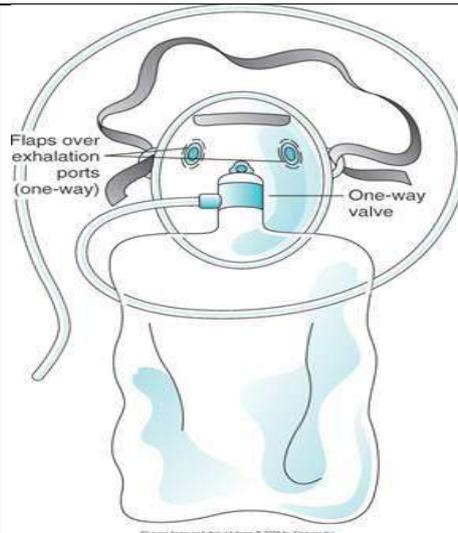
KANULA NASAL



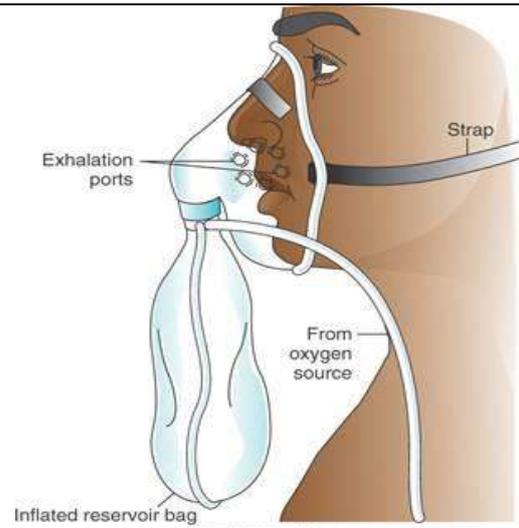
SIMPLE MASK



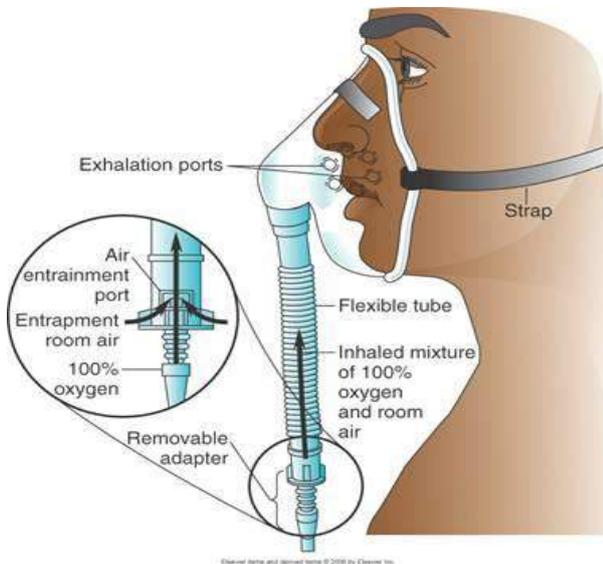
NRM

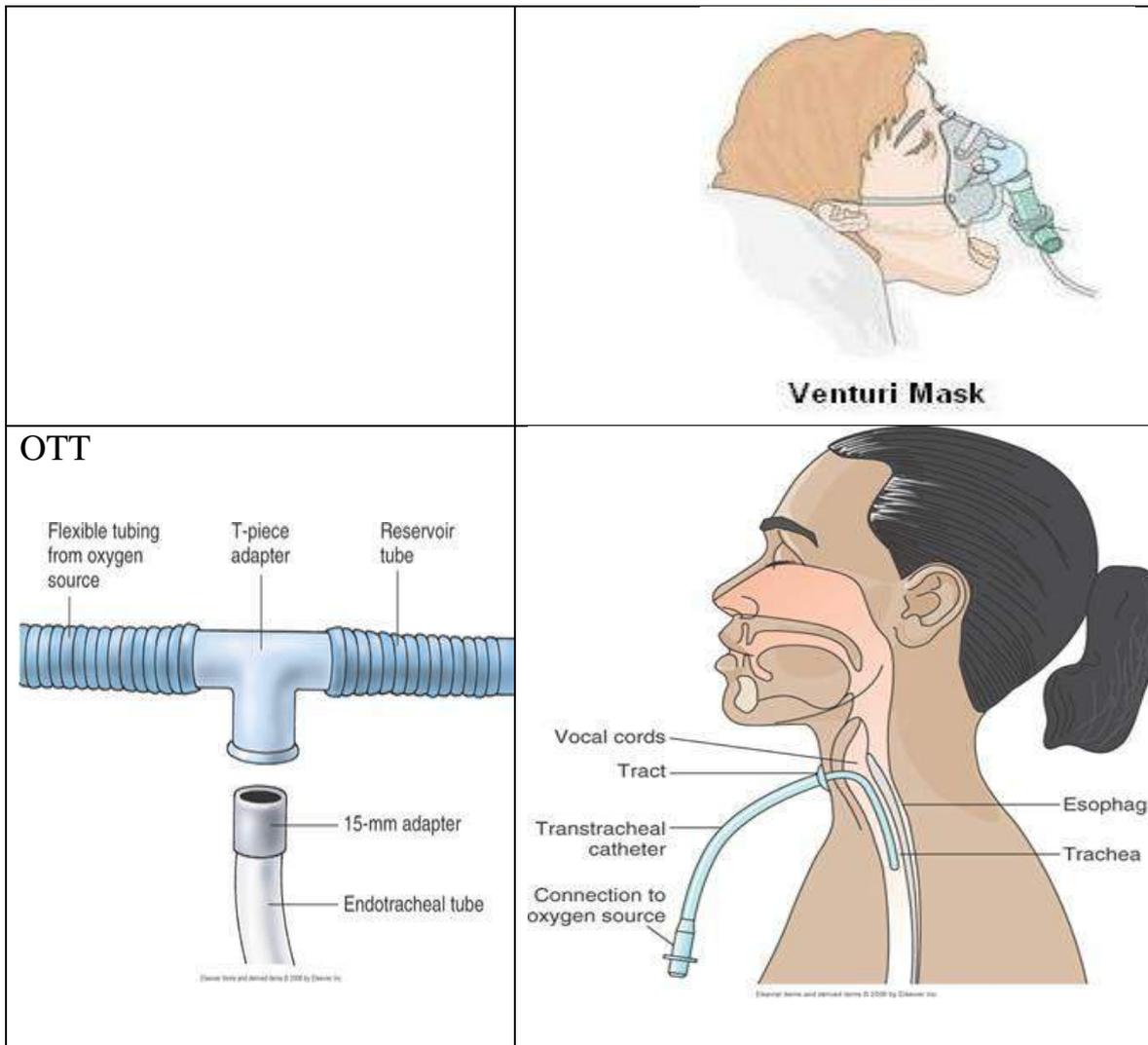


RM



MASKER VENTURI





Prosedur pemberian terapi oksigen:

1. Kaji kebutuhan klien, indikasi dilakukan terapi oksigen
2. Siapkan alat dan sarana yang dibutuhkan seperti tabung oksigen/oksigen sentral, regulator, *humidifier*, cairan steril: aquabides, nasal kanul atau masker oksigen

3. Cuci tangan
4. Jelaskan tujuan dan prosedur kegiatan
5. Kaji fungsi pernafasan klien, tanda hipoksia dan hasil analisa gas darah
6. Kaji kondisi mulut dan hidung klien (bila kotor bersihkan)
7. Dekatkan tabung oksigen dan pasang flowmeter
8. Pastikan tabung *humidifier* terisi cairan steril (aquabidest) secara adekuat
9. Sambungkan *nasal canule* atau *face mask* ke slang oksigen dan ke sumber oksigen yang sudah dihumidifikasi
10. Aktifkan *flowmeter* hingga gelembung udara terlihat di dalam air di *humidifier*. Atur flowmeter sesuai catatan medis
11. Pastikan oksigen mengalir dengan baik dengan cara merasakan aliran oksigen di punggung tangan
12. Aliran oksigen akan berfungsi dengan baik jika slang tidak tertekuk, sambungan patent, ada gelembung udara pada humidifier
13. Atur posisi klien semi fowler atau fowler untuk meningkatkan ekspansi dada
14. Letakkan nasal kanule atau face mask dengan benar:
 - a) Pada nasal kanul, letakkan ujung kanula pada lubang hidung klien, atur slang elastis ke kepala atau ke bawah dagu sampai kanula pas &

nyaman kemudian beri plester agar kanula tetap berada pada tempatnya.

b) Pada face mask, letakkan face mask mulai dari hidung ke arah bawah, sesuaikan dengan bentuk wajah klien, atur pita elastis agar face mask tetap berada pada tempatnya dan terasa nyaman pada klien.

14. Cek canule / face mask, kondisi umum, kecepatan oksigen, humidifier dan sumber oksigen tiap 8 jam, pastikan level air pada botol humidifier tetap mencukupi.

15. Kaji membran mukosa hidung klien dan permukaan superior telinga terhadap adanya iritasi (kanula) & kelembaban wajah klien (face mask)

16. Evaluasi tindakan dan respon klien, lakukan rencana tindak lanjut terhadap kebutuhan oksigen klien.

17. Rapikan klien dan alat

18. Cuci tangan

19. Dokumentasi tindakan dalam catatan keperawatan (metode terapi oksigen, kecepatan aliran, kepatenan oksigen, respon klien dan pernafasan klien, TTV)

CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

TERAPI OKSIGENASI

Nama Mahasiswa :

NIM :

No	Kegiatan	Nilai		
		0	1	2
1.	Tahap Pra Interaksi 1. Validasi perlunya prosedur pada status medis / catatan keperawatan klien 2. Siapkan alat sesuai dengan kebutuhan dan dekatkan ke tempat tidur klien 3. Cuci tangan			
2.	Tahap Orientasi 1. Memberikan salam, memperkenalkan nama perawat, memanggil nama klien 2. Menjelaskan prosedur tindakan dan tujuan 3. Memberikan kesempatan klien untuk bertanya			
3.	Tahap Kerja 1. Kaji fungsi pernafasan klien, tanda hipoksia dan hasil analisa gas darah klien 2. Kaji kondisi mulut dan hidung klien (bila kotor bersihkan) 3. Dekatkan tabung oksigen dan pasang flowmeter 4. Pastikan tabung humidifier terisi cairan steril (aquabidest) secara adekuat 5. Sambungkan nasal canule / face mask ke slang oksigen dan ke sumber oksigen yang sudah dihumidifikasi.			

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Aktifkan flowmeter hingga gelembung udara terlihat di dalam air di humidifier. Atur flowmeter sesuai catatan medis 7. Pastikan oksigen mengalir dengan baik dengan cara merasakan aliran oksigen di punggung tangan.* 8. Aliran oksigen akan berfungsi dengan baik jika slang tidak tertekuk, sambungan patent, ada gelembung udara pada humidifier 9. Atur posisi klien semi fowler atau fowler untuk meningkatkan ekspansi dada 10. Letakkan nasal kanule atau face mask dengan benar: <ol style="list-style-type: none"> a. Pada nasal kanul, letakkan ujung kanula pada lubang hidung klien, atur slang elastis ke kepala atau ke bawah dagu sampai kanula pas & nyaman kemudian beri plester agar kanula tetap berada pada tempatnya. b. Pada <i>face mask</i>, letakkan face mask mulai dari hidung ke arah bawah, sesuaikan dengan bentuk wajah klien, atur pita elastis agar face mask tetap berada pada tempatnya dan terasa nyaman pada klien. 11. Cek canule / face mask, kondisi umum, kecepatan oksigen, humidifier dan sumber oksigen tiap 8 jam, pastikan level air pada botol humidifier tetap mencukupi.* 			
--	---	--	--	--

	12. ssKaji membran mukosa hidung klien terhadap adanya iritasi (kanula) & kelembaban wajah klien (face mask)			
4.	Tahap Terminasi 1. Evaluasi tindakan dan respon klien, lakukan rencana tindak lanjut terhadap kebutuhan oksigen klien. 2. Rapikan klien dan alat 3. Cuci tangan 4. Kontrak selanjutnya			
5.	Dokumentasi tindakan dalam catatan keperawatan (metode therapi oksigen, kecepatan aliran, kepatenan oksigen, respon klien dan pernafasan klien, TTV)			

Keterangan :

- * = Poin penting harus dilakukan
- 0 = Tidak dilakukan
- 1 = Dilakukan tidak sempurna
- 2 = Dilakukan sempurna

Pekanbaru,20....

Penguji,

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

(.....)

Mahasiswa dinyatakan lulus jika nilai ≥ 75

NAPAS DALAM DAN BATUK EFEKTIF

TIM PENYUSUN: TIM KEPERAWATAN DASAR

“Dahaknya sulit dikeluarkan”

Seorang laki-laki berusia 50 tahun dirawat di ruang paru karena menderita radang paru. Pasien batuk berkali-kali namun dahak sulit dikeluarkan. Perawat akan mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif kepada klien agar pasien mampu mempertahankan ketahanan jalan nafas

Pengantar

Batuk merupakan gerakan yang dilakukan oleh tubuh sebagai mekanisme alamiah terutama untuk melindungi paru. Gerakan ini pula yang kemudian di manfaatkan sebagai terapi untuk menghilangkan lendir yang menyumbat saluran pernapasan akibat penyakit. Latihan napas dalam bukanlah bentuk dari latihan fisik, ini merupakan teknik jiwa dan tubuh yang bisa ditambahkan dalam berbagai rutinitas guna mendapatkan efek relaks. Bernapas pelan adalah bentuk paling sehat dari pernapasan dalam.

Tujuan Pembelajaran

Tujuan umum :

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan teknik napas dalam dan batuk efektif pada pasien.

Tujuan khusus :

Setelah mengikuti praktikum ini, mahasiswa mampu :

1. Memahami teknik relaksasi napas dalam dan batuk efektif.

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

2. Mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam dan batuk efektif pada pasien.

TINJAUAN TEORI

Pengertian

Latihan mengeluarkan secret yang terakumulasi dan mengganggu saluran nafas, dengan cara dibatukkan

Tujuan

1. Membebaskan jalan nafas dari akumulasi secret
2. Mengeluarkan sputum untuk pemeriksaan diagnostik laboratorium
3. Mengurangi sesak nafas akibat akumulasi sekret

Indikasi

1. Klien dengan gangguan saluran nafas akibat akumulasi secret
2. Pemeriksaan diagnostic sputum di laboratorium

Peralatan

1. Tissue
2. Bengkok
3. Perlak /pengalas

4. Sputum pot berisi desinfektan (desinfektan misal klorin dan klorheksidin yang telah diencerkan sesuai kebijakan RS)
5. Air minum hangat

Prosedur Pelaksanaan

1. Menjaga privacy klien
2. Mempersiapkan klien
3. Meminta klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen
4. Melatih klien melakukan nafas perut (menarik nafas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan , jaga mulut tetap tertutup)
5. Meminta klien merasakan mengembangnya abdomen (cegah lengkung pada punggung)
6. Meminta klien menahan nafas hingga 3 hitungan
7. Meminta klien menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut, bibir seperti meniup)
8. Meminta klien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot
9. Memasang perlak/alas dan kidney basin (di pangkuan pasien bila duduk atau di dekat mulut bila tidur miring)

10. Meminta klien untuk melakukan nafas dalam 2 kali yang ke – 3 :
inspirasi, tahan nafas dan batukkan dengan kuat
11. Menampung lendir dalam pot sputum
12. Merapikan klien

CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN
TEKNIK BATUK EFEKTIF

Nama Mahasiswa :

NIM :

No	Kegiatan	Nilai		
		0	1	2
1.	<p>Tahap Pra Interaksi</p> <p>1. Validasi perlunya prosedur pada status medis / catatan keperawatan klien</p> <p>2. Siapkan alat sesuai dengan kebutuhan dan dekatkan ke tempat tidur klien</p> <p>3. Cuci tangan</p>			
2.	<p>Tahap Orientasi</p> <p>1. Memberikan salam, memperkenalkan nama perawat, memanggil nama klien</p> <p>2. Menjelaskan prosedur tindakan dan tujuan</p> <p>3. Memberikan kesempatan klien untuk bertanya</p>			

	4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan			
3.	<p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privacy klien 2. Mempersiapkan klien 3. Meminta klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen 4. Melatih klien melakukan nafas perut (menarik nafas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup) 5. Meminta klien merasakan mengembangnya abdomen (cegah lengkung pada punggung) 6. Meminta klien menahan nafas hingga 3 hitungan 7. Meminta klien menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut, bibir seperti meniup) 8. Meminta klien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot 9. Memasang perlak/alas dan kidney basin (di pangkuan pasien bila duduk atau di dekat mulut bila tidur miring) 10. Meminta klien untuk melakukan nafas dalam 2 kali yang ke – 3 : inspirasi, tahan nafas dan batukkan dengan kuat 11. Menampung lendir dalam pot sputum 12. Merapikan klien 			

4.	Tahap Terminasi 1. Mengevaluasi hasil tindakan yang baru dilakukan 2. Berpamitan dengan pasien 3. Merapikan pasien dan lingkungan 4. Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula 5. Mencuci tangan			
5.	Dokumentasi tindakan dalam catatan keperawatan			

PEMERIKSAAN FISIK CAIRAN & ELEKTROLIT

Keterangan :

Pekanbaru,20....

- * = Poin penting harus dilakukan
- 0 = Tidak dilakukan
- 1 = Dilakukan tidak sempurna
- 2 = Dilakukan sempurna

Penguji,

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

(.....)

Mahasiswa dinyatakan lulus jika nilai ≥ 75

TIM PENYUSUN: TIM KEPERAWATAN DASAR

“Air Sumber Kehidupan”

Seorang perempuan berusia 20 tahun datang ke rumah sakit dengan keluhan diare cair dengan frekuensi >8 kali/hari. Penyakit ini sudah diderita dalam 3 hari ini. Pasien tampak pucat dan lemas. Perawat akan melakukan pengkajian cairan tubuh.

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Pengantar

Cairan dan elektrolit sangat penting untuk mempertahankan keseimbangan atau homeostasis tubuh. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat mempengaruhi fungsi fisiologis tubuh. Sebab komponen tubuh kita terdiri atas air yang mengandung partikel – partikel bahan organik dan anorganik yang vital untuk hidup. Komposisi air didalam tubuh mencapai 60% pada tubuh orang dewasa. Air berfungsi sebagai pelarut dan pengangkut garam – garam mineral, nutrisi dan sisa hasil metabolisme. Selain itu air berfungsi sebagai pengatur suhu tubuh, pelumasan sendi dan membran dan media dalam pencernaan makanan. Elektrolit pada tubuh mengandung komponen kimiawi bermuatan positif (kation) dan bermuatan negatif (anion) yang penting terhadap banyak fungsi tubuh termasuk fungsi neuromuskular dan keseimbangan asam basa tubuh.

Tujuan Pembelajaran

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Tujuan umum :

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan pemeriksaan fisik cairan

Tujuan khusus :

Setelah mengikuti praktikum ini, mahasiswa mampu :

1. Memahami teknik pemeriksaan napas dalam dan batuk efektif.
2. Mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam dan batuk efektif pada pasien.

TINJAUAN TEORI

Pengertian

Pengkajian cairan dan elektrolit tubuh adalah kegiatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data mengenai perubahan status cairan dan elektrolit pada diakibatkan oleh berbagai macam gangguan pada tubuh.

Tujuan

1. Memberikan informasi tentang keseimbangan cairan tubuh
2. Dasar penatalaksanaan ketidak seimbangan cairan tubuh

Peralatan

1. Jam tangan detik

2. Pen light arau senter
3. Alat pengukuran tanda-tanda vital (akan dipelajari pada mata kuliah keperawatan Dasar II)
4. Penggaris

Pengkajian kebutuhan cairan tubuh

Ada beberapa aspek yang harus dikaji oleh perawat dalam pengkajian status cairan tubuh meliputi:

1) Aspek biologis

a. Usia

Usia mempengaruhi kadar air tubuh. dimana komposisi cairan dewasa mencapai 60% dari total berat badan, bayi 80% dan lansia mencapai 55% dari total berat bandan.

b. Jenis kelamin

Wanita memiliki persentase cairan tubuh lebih sedikit dari pada laki-laki dikarenakan kadar lemak tubuh wanita lebih banyak dimana penyerapan air pada jaringan lemak lebih kecil.

c. Berat badan

Perubahan volume cairan total tubuh ditunjukkan oleh berat badan. Setiap peningkatan atau kehilangan 1 kilogram (2,2 pon)

berat badan sama dengan 1 Liter (1000 mL) cairan yang didapat atau hilang. Berat badan sebelum sakit dan saat sakit perlu dikaji untuk menentukan status dehidrasi. Jika dibutuhkan penimbangan

Penurunan Berat Badan Akut	Keparahan Defisit Cairan Tubuh
2–5%	Ringan
5–10%	Sedang
10–15%	Berat
15–20%	Fatal

Sumber: Horne dan Swearingen 2001

BB harian maka gunakan timbangan yang sama.

Derajat dehidrasi menurut Horne dan Swearingen, 2001

Cara menenukan staus dehidrasi melalui berat badan:

Jika Ani memiliki BB 50 Kg sebelum mengalami diare yang terjadi dalam 3 hari. Perawat melakukan penimbangan BB dimana BB Ani saat ditimbang 50 Kg. Maka penurunan BB dihitung dengan rumus (%)=

$$(BB \text{ sebelum sakit} - BB \text{ saat ini}) : 100$$

Penurunan BB Ani : $(55 - 5 \text{ Kg}) : 100 = 0,05 = 5\%$ (dehidrasi ringan/dehidrasi sedang)

d. Kaji riwayat kesehatan pasien

Kaji kelainan atau penyakit yang dapat menyebabkan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit misalnya diabetes mellitus, collitis ulseratif, demam, diare, luka bakar, peningkatan aktifitas fisik dsbg. Termasuk penggunaan obat-obatan seperti diuretik (obat untuk mengeluarkan kelebihan cairan tubuh) dan kemoterapi (memepegaruhi nafsu makan dan asupan cairan)

e. Pengkajian diit pasien dan intake dan output harian

Kaji peningkatan rasa haus, Kaji apakah pasien menjalan diit yang sama seperti sebelum sakit atau pasien yang dipuaskan karena gangguan gastrontestinal (*nothing per oral/NPO*). Kaji intake dan output cairan tubuh. intake meliputi intake air (termasuk air putih, kopi, teh, es krim, jus, soup agar-agar dan bubur cair), melalui mulut atau cairan melau selang nasogastrik (NGT), termasuk cairan intravena dan tranfusi darah dan komponennya. Output termasuk jumlah urin (produksi urin normal 40 – 80 ml/jam) pada pasien dewasa (< 30 ml/jam adalah dehidrasi) atau >0,5 cc/KgBB/jam. feses cair (feses padat hanya mengandung sedikit air) lakukan penimbangan diapers jika memungkinkan (1 ml= 1gr), drainase cairan tubuh melalui luka atau selang drain, muntahan dan *insesible warer loss* (IWL) yaitu kehilangan air

yang tidak disadari melalui keringat dengan jumlah 600 – 900 ml/24 jam (beberapa sumber 10 ml/KgBB/24 jam untuk dewasa).

- f. Pengkajian tanda tanda vital (TTV)
- g. Pengkajian TTV mencakup pemeriksaan tekanan darah, frekuensi nadi dan nafas serta suhu tubuh yang akan dibahas dan dipelajari pada keperawatan Dasar II

2) Pengkajian fisik

a. Sistem Kardiovaskular

1) Mencakup pemeriksaan TTV dan bunyi jantung tambahan (akan dibahas pada mata kuliah lanjutan),

2) tekanan vena jugularis (jugular venous pressure/JVP) dibahas terpisah di dalam buku ini.

3) pemeriksaan kekuatan nadi

Raba denyut nadi radialis (nadi pergelangan tangan sejajar jempol klien). Tempatkan 2 jari pemeriksa (jari telunjuk dan jari tengah) tepat di atasnya. Raba kekuatan nadi. Nadi yang teraba penuh dan meloncat dan denyutan tidak mudah hilang (kemungkinan pasien mengalami kelebihan cairan) jika nadi

teraba lemah dan mudah hilang saat diraba (mungkin pasien mengalami kekurangan cairan).

4) Kaji adanya hipotensi ortostatik

Minta pasien berpindah dari posisi berbaring ke duduk atau duduk ke posisi berdiri. Pasien dengan hipotensi ortostatik akan mengeluhkan pusing serta penurunan tekanan darah melalui pemeriksaan TTV

5) Lakukan pemeriksaan *capillary refill time* (CRT)

Tekan ujung jari tangan pasien (pada kuku) menggunakan jepitan jari pemeriksa. Area penekanan akan berubah putih. Lihat pengembalian ke warna merah ketika jari pemeriksa di lepaskan. Nilai normal CRT < 2 detik

b. Pemeriksaan sistem pernafasan

- 1) Kaji frekuensi nafas dan suara nafas abnormal (akan dipelajari pada mata kuliah lanjutan). Penambahan frekuensi nafas dan adanya bunyi nafas ronki dan krakel menandakan kongesti paru (alveoli menampung cairan yang keluar dari kapiler paru)

c. Sistem persarafan dan muskuloskeletal

- 1) Kaji tingkat kesadaran pasien (sadar penuh, cenderung mengantuk atau tidak sadar) dengan memanggil pasien, menepuk punggung atau memberi rangsangan nyeri
- 2) Kaji orientasi pasien dengan menanyakan orang, tempat dan waktu
- 3) Tanyakan apakah pasien lemas (tampak dari aktifitas seperti berjalan)
- 4) Kaji adanya perubahan refleks (fisologis dan patologis) akan dibahas di matakuliah selanjutnya. Penurunan refleks mungkin kekurangan cairan dan peningkatan refleks abnormal akibat ketidak seimbangan elektrolit.
- 5) Kaji adanya kebas dan kesemutan. Menandakan perfusi jaringan yang terganggu.

d. Sistem abdomen

- 1) Kaji adanya kram abdomen

Kram menandakan adanya masalah pada organ abdomen seperti radang pankreas, batu empedu, obstruksi usus, tumor dll yang yang dapat menyebabkan gangguan cairan

- 2) Kaji bentuk perut pasien dalam kondisi berbaring

Lihat apakah cekung (kekurangan cairan) dan cembung atau distensi (kemungkinan penumpukan cairan)

3) Kaji bising usus (akan diajarkan pada mata kuliah lanjutan)

Hiperperistaltik (peningkatan bising usus) mungkin akibat diare cair dan penurunan bising usus (hipoperistaltik) mungkin akibat penumpukan cairan dan massa tumor rongga abdomen.

e. Sistem perkemihan

1) Kaji laju urin per jam : total urin yang keluar dibagi dengan jumlah jam. Misal: pasien mengeluarkan uri 500 cc dalam 7 jam: maka laju urin perjam yang diproduksi adalah: $500 \text{ cc}/7 \text{ jam} = 71,4 \text{ cc/jam}$ (produksi urin harus diatas 40 -80 cc/jam atau $> 0,5 \text{ cc/Kg/BB/jam}$)

2) Kaji warna urin

Tanyakan warna urin klien. Jika pasien menggunakan kateter urin lihat warna urin pada urin bag (kantong penampung). Warna urin normal jernih (bening). Jika urin berwarna kekuningan hingga kecoklatan klien mengalami kekurangan cairan.

f. Sistem integumen

- 1) Kaji suhu tubuh (termasuk pemeriksaan TTV akan dipelajari pada mata kuliah lanjutan) pasien demam (suhu > 38°C) cenderung terjadi kehilangan cairan melalui keringat dan penguapan
- 2) Raba suhu menggunakan punggung kulit punggung tangan pada area akral (ujung ekremitas tangan dan kaki). Jika dingin dan lembab menandakan dehidrasi. Normalnya hangat (tidak demam)
- 3) Periksa turgor kulit

Lakukan jepitan (cubitan) menggunakan 2 jari pada:

- Dewasa: lengan bawah atau paha dalam, kulit dahi atau sternum
- Lansia: sternum dan dahi (lokasi kulit tipis dan tumpang)
- Anak dan bayi: perut atau paha bagian tengah

Lihat pengebalan kulit setelah di jepit (normal > 2 detik).

Jika kembali lama kemungkinan dehidrasi

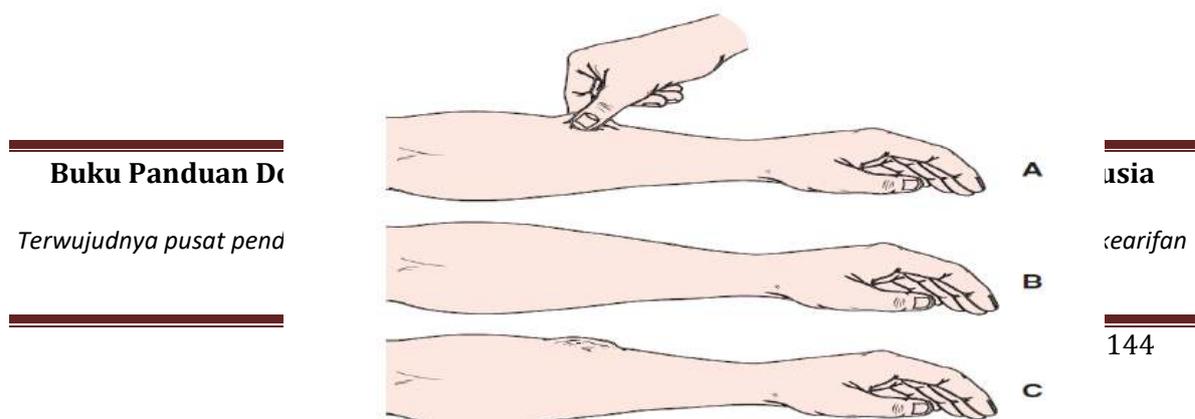
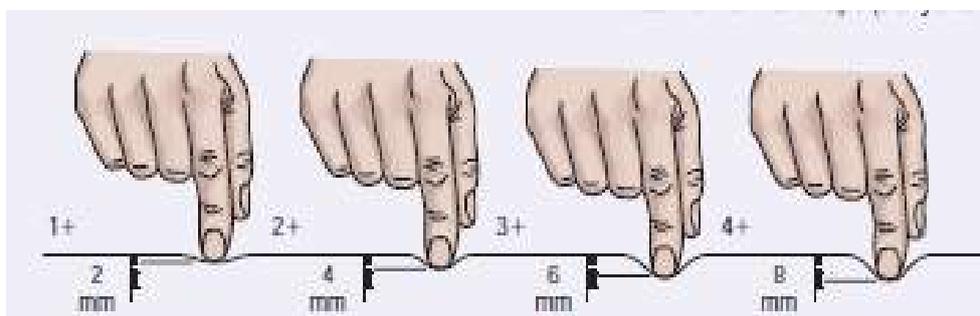


FIG. 17-11 Assessment of skin turgor. **A** and **B**, When normal skin is pinched, it resumes shape in seconds. **C**, If the skin remains wrinkled for 20 to 30 seconds, the patient has poor skin turgor.

4) Kaji adanya edema

Edema adalah penimbunan cairan dibawah kulit akibat penurunan tekanan onkotik (penurunan protein darah terutama albumin). Edema pada dewasa dapat timbul setelah terjadi penumpukan cairan didalam tubuh lebih dari 2– 4 liter. Periksa bagian tubuh seperti punggung tangan, kaki dan sakrum untuk menilai edema perifer. Pitting edema adalah cekungan pada kulit setelah ditekan yang kembali sangat lambat. Pitting edema dinilai pada skala 4 poin:



5) Kaji mata

Lihat bola mata apakah cekuug, buka konjungtiva menggunakan kedua jempol pemeriksa untuk menilai konjungtiva kering dan pucat, mata kering dan tanya menurun atau tidak adanya produksi air mata mengindikasikan kurang cairan . Kelebihan cairan dapat menyebabkan udem periorbital dan penglihatan kabur ,

6) Mukosa mulut dan bibir

Minta klien membuka mulut dan gunakan *pen light* jika perlu, lihat apakah bibir kering, penurunan saliva/air liur, mukosa/selaput lendir kering dan cenderung lengket, dan lidah mengecil (kuncup) dan retak-retak pada lidah dengan

3) Aspek psikologis

Kaji apakah klien mengalami stress dan depresi dan kaitannya dengan penurunan atau penambahan intake cairan yang berlebihan

4) Kaji aspek sosiokultural

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Kaji pengaruh sosial, budaya, ekonomi terhadap intake cairan dan elektrolit. Misal pantangan makanan berkaitan budaya dan kesanggupan ekonomi untuk memenuhi kebutuhan termasuk cairan dan elektrolit.

5) Aspek spiritual

Faktor agama dan kepercayaan terhadap intake cairan dan elektrolit misal puasa, pantangan makanan berdasarkan agama dan larangan transfusi dan sebagainya.

CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN
PEMERIKSAAN STATUS CAIRAN DAN ELEKTROLIT

Nama Mahasiswa :

NIM :

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
1	Tahap Preinteraksi a. Memeriksa catatan keperawatan/catatan medis klien (usia dan jenis kelamin) b. Memvalidasi perasaan perawat c. Mencuci tangan			
2	a. Kaji riwayat kesehatan pasien (kondisi penyakit saat ini, penggunaan obat-obatan berkaitan dengan cairan dan elektrolit) b. Kaji aspek psikologis, spiritual dan sosiokultural. c. Tanyakan perubahan diet selama sakit (frekuensi makan dan jumlah cairan yang dikonsumsi) d. Timbang berat badan pasien dan kaji persentase penurunan berat badan selama sakit e. Lakukan pengkajian tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, laju nafas dan suhu tubuh) *cukup disebutkan			

<p>f. Lakukan pengkajian kardiovaskular *</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ukur tekanan vena jugularis (jugular venous pressure/JVP) * cukup disebutkan 2) pemeriksaan kekuatan nadi dengan meraba radialis 3) Kaji adanya hipotensi ortostatik dengan meminta pasien berpindah dari posisi berbaring keduduk atau duduk ke posisi berdiri. 4) Lakukan pemeriksaan <i>capillary refill time</i> (CRT) dengan menekan ujung jari (kuku) pasien <p>g. Pemeriksaan sistem pernafasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tanyakan apakah pasien merasa sesak nafas 2) mengkaji suara nafas tambahan menggunakan stetoskop *cukup disebutkan <p>h. Sistem persarafan dan muskuloskeletal *</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji tingkat kesadaran pasien (sadar penuh, cenderung mengantuk atau tidak sadar) 2) Jika pasien tampak sadar, kaji orientasi pasien dengan menanyakan orang, tempat dan waktu 3) Tanyakan apakah pasien lemas (tampak dari aktifitas seperti berjalan) 4) Kaji adanya perubahan refleks (fisologis dan patologis) *cukup disebutkan 5) Kaji adanya kebas dan kesemutan. <p>i. Lakukan pengkajian abdomen *</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya kram abdomen (nyeri perut) 2. Kaji bentuk perut pasien dalam kondisi berbaring (cekung atau cembung/distens/tegang) 3. Kaji bising usus *cukup disebutkan <p>j. Kaji sistem perkemihan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tanyakan frekuensi BAB dan BAK 2) Kaji jumlah produksi urin perjam. Atau jumlah urin yang dikeluarkan dalam waktu tertentu (misal 1 shift). 3) Kaji warna urin (tanyakan/lihat pada urin bag jika terpasang kateter urin) <p>k. Sistem integumen *</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Raba suhu menggunakan punggung kulit punggung tangan pada area akral (ujung ekremitas tangan kaki). 2) Periksa turgor kulit dengan jepitan (cubitan) menggunakan 2 jari pada: 			
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Dewasa: lengan bawah atau paha dalam, kulit dahi atau sternum • Lansia:sternum dan dahi • Anak dan bayi: perut atau paha bagian tengah <p>3) Kaji adanya edema pada tangan, kaki, sakrum dan periorbita. Kaji derajat piitng oedem jika ada.</p> <p>4) Kaji mata apakah cekung, kaji konjungtiva menggunakan kedua jempol pemeriksa untuk menilai konjungtiva kering dan pucat, mata kering dan tanya menurun atau tidak adanya produksi air mata</p> <p>5) Kaji Mukosa mulut dan bibir gunakan pen light jika perlu, lihat apakah bibir kering, penurunan saliva mukosa/selaput lendir kering dan lengket serta pengecilan dan retak pada lidah</p>			
4	<p>Tahap Terminasi</p> <p>a. Rapikan pasien</p> <p>b. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</p> <p>c. Cuci tangan</p>			
5	<p>Dokumentasi</p> <p>a. Catat hasil pemeriksaan pada lembar pengkajian dan respon klien selama pemeriksaan</p>			

*Critical point/ harus dilakukan

Pekanbaru,20...

Penguji

Keterangan :

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

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

PEMERIKSAAN TEKANAN VENA JUGULARIS
(JUGULARIS VENOUS PRESSURE)

TIM PENYUSUN: TIM KEPERAWATAN DASAR

“LEHERKU BERDENYUT KENCANG?”

Seorang laki-laki berusia 50 tahun di rawat di bangsal penyakit jantung karena menderita gagal jantung (*congestive heart failure/CHF*). Saat ini pasien mengeluhkan sesak nafas terutama saat berbaring, kedua kaki bengkak, pusing, dan batuk kering. Saat pengkajian, tampak adanya distensi pada pembuluh darah vena leher dan perawat akan melakukan pemeriksaan *jugular venous pressure (JVP)*

Pengantar :

Pemeriksaan tekanan vena jugularis/*Jugularis venous pressure (JVP)* merupakan pemeriksaan khusus pada pembuluh darah vena jugular dengan menilai tekanan vena tersebut.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktik keperawatan pemeriksaan tekanan vena jugularis diharapkan mahasiswa mampu:

1. Memahami teknik pemeriksaan *jugular venous pressure (JVP)*.
2. Mampu melakukan pemeriksaan *JVP*

3. Mampu menginterpretasikan hasil pemeriksaan *JVP*

Aktifitas Pembelajaran

No	Aktivitas	Yang terlibat	Waktu
1	Pembukaan a. <i>Pre test</i> b. Penjelasan instruktur	Mahasiswa Instruktur	20 menit
2	Pelaksanaan a. <i>Role play</i> Instruktur b. <i>Role Play</i> mahasiswa	Instruktur Mahasiswa	140 menit
3	Evaluasi dan feedback	Mahasiswa dan instruktur	20 menit

TINJAUAN TEORI

“PEMERIKSAAN JUGULAR VENOUS PRESSURE (JVP)”

A. Pendahuluan

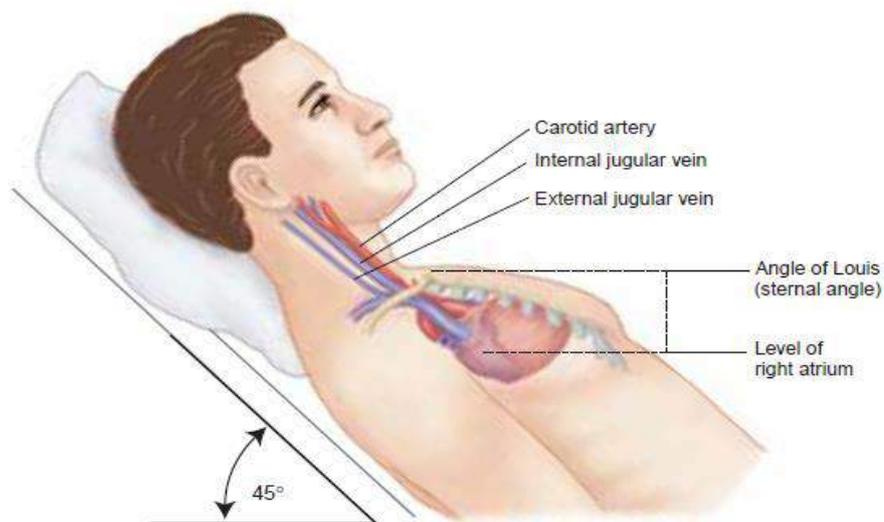
Tekanan vena jugularis atau Jugular Venous Pressure (JVP) adalah gambaran volume pengisian dan tekanan pada jantung bagian kanan. Tekanan JVP adalah salah satu pengukuran pada sistem vena secara tidak langsung. Pengukuran tekanan vena secara langsung dapat diukur dengan memasukkan Central Venous Cathether (CVC) line melalui vena subclavia dan ujungnya langsung bermuara ke vena cava superior. Namun cara

tersebut adalah invasive sehingga mungkin banyak hal yang harus dipertimbangkan sebelum dilakukan tindakan invasive tersebut. Jika memang cara tersebut tidak dilakukan, maka bisa diukur dengan cara yang tidak invasive yaitu JVP. Vena jugularis mungkin tidak terlihat pada orang sehat dengan posisi tegak. Namun, vena jugularis mungkin baru bisa terlihat saat seseorang dalam posisi berbaring di sepanjang permukaan musculus sternocleidomastoideus. Peningkatan JVP merupakan tanda dari gagal jantung kanan yang mengakibatkan penumpukan cairan tubuh pada sistem vena. Pada kasus kekeurangan cairan atau dehidrasi vena jugularis tampak datar atau tidak tampak. Ingat bahwa arteri karotis dan vena jugularis internal terletak sejajar dengan otot sternokleidomastoid. Meskipun vena jugularis internal lebih besar daripada vena jugularis eksternal namun sulit untuk melihat pulsasi. vena jugular eksternal lebih superfisial (dangkal), membuat visualisasi lebih mudah. Untuk membedakannya denyutan arteri karotis dan venajugularis terutama eksterna dapat dilihat tabel berikut.

Arteri Karotid	Vena Jugularis
Berjalan sejajar dengan otot sternokleidomastoid	<ul style="list-style-type: none"> • Vena jugularis interna berjalan sejajar dengan otot sternokleidomastoid • Jugular eksternal melintasi otot sternokleidomastoid.

Denyut arteri karotis beraturan yang mudah terlihat dan diraba	Jugulars memiliki undulasi yang tidak beraturan dan mudah hilang
Denyutan tidak terpengaruh oleh respirasi	Denyut/pulsasi dipengaruhi oleh respirasi
Denyutan tidak terpengaruh oleh posisi	Hanya terlihat saat klien terlentang

Nilai normal JVP < 3 cm atau < 8 cmH₂O. Dengan menambahkan hasil JVP (dalam cm) dan ditambah 5 cm (jarak jantung kanan ke angle of Louis) kita dapat memperkirakan tekanan vena sentral (CVP)



B. Tujuan

1. Mengetahui sirkulasi vena jugular
2. Mengetahui nilai tekanan vena jugular
3. Mengetahui status hemodinamik

C. Alat dan Bahan

1. Penggaris 2 buah
2. Pena
3. *Pen light*

D. Prosedur Tindakan

1. Persiapkan alat untuk pengukuran JVP
2. Lakukan cuci tangan
3. Jaga privacy pasien.
4. Periksa berdiri di samping kanan bed pasien
5. Jelaskan maksud dan tujuan pemeriksaan, kemudian minta persetujuan pasien untuk dilaksanakan tindakan pemeriksaan
6. Posisikan pasien senyaman mungkin
7. Atur posisi tempat tidur/bed pasien pada posisi semifowler (antara 30-45 derajat).
8. Anjurkan pasien untuk menengok ke kiri
9. Identifikasi vena jugularis eksterna. Gunakan pen light jika perlu. Jika

sulit terlihat cari titik tertinggi pulsasi yang terlihat di daerah supraklavikular dengan membendung vena (mengurut vena kebawah lalu dilepas)

10. Tentukan titik angel of Louis pada sternum. Yaitu lokasi dimana manubrium menempel pada sternum. Angle of louis terletak 5 cm di atas atrium kanan.
11. Letakkan mistar pertama secara vertikal diatas angel of Louis
12. Dengan mistar kedua proyeksikan titik tertinggi pulsasi vena secara horizontal terhadap mistar pertama.
13. Rapikan pasien peralatan
14. Cuci tangan
15. Terminasi
16. Dokumentasikan hasil



**CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN
PEMERIKSAAN TEKANAN VENA JUGULARIS**

Nama Mahasiswa :

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

*Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan
local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036*

NIM :

No	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		0	1	2
1	Tahap Preinteraksi d. Memeriksa catatan keperawatan/catatan medis klien e. Mempersiapkan peralatan f. Memvalidasi perasaan perawat g. Mencuci tangan			
2	Tahap orientasi a. Memberi salam, panggil klien dengan menggunakan nama yang disenangi dan perkenalkan nama perawat b. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada klien c. Memberikan kesempatan untuk bertanya			
3	Tahap Kerja a. Jaga privacy pasien. b. Pemeriksa berdiri di samping kanan bed pasien c. Jelaskan maksud dan tujuan pemeriksaan, kemudian minta persetujuan pasien untuk dilaksanakan tindakan pemeriksaan d. Posisikan pasien senyaman mungkin e. Atur posisi tempat tidur/bed pasien pada posisi semifowler (45 derajat). f. Anjurkan pasien untuk menengok ke kiri g. Identifikasi vena jugularis eksterna menggunakan pen light. . Jika sulit terlihat cari titik tertinggi pulsasi yang terlihat di daerah supraklavikular dengan membendung vena (mengurut vena kebawah lalu dilepas) h. Tentukan titik angel of Louis pada sternum. i. Letakkan mistar pertama ventikal diatas angel of Louis j. Dengan mistar kedua proyeksikan titik tertinggi pulsasi vena secara horizontal terhadap mistar pertama. k. Tentukan hasil pengukuran			
4	Tahap Terminasi			

	a. Rapihan pasien peralatan b. Cuci tangan c. Terminasi			
5	Dokumentasi a. Catat hasil pengukuran JVP di catatan perkembangan klien b. Kondisi klien selama pemeriksaan			

Keterangan :

Pekanbaru,20..

Penguji

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

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

Jumlah aspek yang dinilai

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

PENGATURAN POSISI

TIM PENYUSUN: TIM KEPERAWATAN DASAR

“Help me to take comfortable position”

Seorang laki-laki berusia 65 tahun mengalami koma akibat stroke. Pasien tidak dapat berubah posisi secara mandiri sehingga beresiko mengalami luka tekan pada bagian tulang yang menonjol. Perawat akan melakukan perubahan posisi setiap 2 jam dengan berbagai posisi tubuh.

Pengantar

Pemberian posisi yang tepat dan benar pada klien serta merubah posisi klien secara teratur dan sistematis merupakan aspek yang sangat penting dalam praktik keperawatan. Klien yang tidak mempunyai gangguan fungsi gerak dapat merubah posisi mereka sendiri dan membari rasa nyaman. Beberapa pasien kadang memerlukan bantuan yang minimal dari perawat dalam merubah posisi. Pada klien dengan kelemahan, paralisis, nyeri hebat,

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

dan gangguan kesadaran akan sangat membutuhkan bantuan perawat dalam merubah pasien.

Tujuan Pembelajaran

Tujuan umum :

Mahasiswa mampu melakukan perubahan posisi pada pasien yang mengalami kelemahan.

Tujuan khusus :

Setelah mengikuti praktikum ini, mahasiswa mampu :

1. Memahami berbagai pengaturan posisi.
2. Mendemonstrasikan pengaturan posisi sesuai dengan kebutuhan klien
3. Menganalisa kebutuhan posisi klien.

Aktifitas Pembelajaran

No	Aktivitas	Yang terlibat	waktu
1	Pembukaan a. <i>Pre test</i> b. Penjelasan instruktur	Mahasiswa Instruktur	20 menit

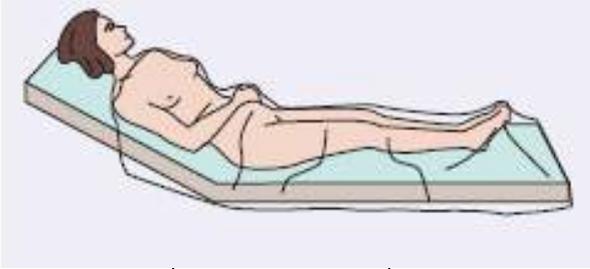
2	Pelaksanaan a. <i>Role play</i> Instruktur b. <i>Role Play</i> mahasiswa	Instruktur Mahasiswa	140 menit
3	Evaluasi dan feedback	Mahasiswa dan instruktur	20 menit

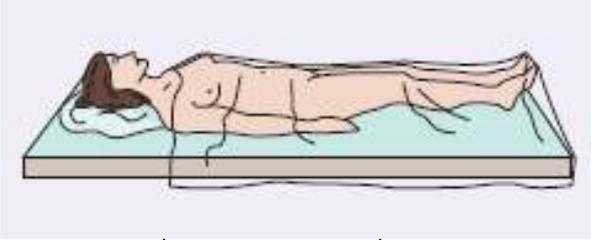
TINJAUAN TEORI

Perubahan posisi di tujukan untuk pasien yang tidak bisa merubah posisi secara mandiri dimana perubahan posisi bertujuan untuk:

- a. Meningkatkan kenyamanan
- b. Mencegah kontraktur (kekakuan sendi)
- c. Mencegah luka tekan (pressure sores)
- d. Memudahkan untuk prosedur perawatan tertentu
- e. Memudahkan klien mengakses lingkungan

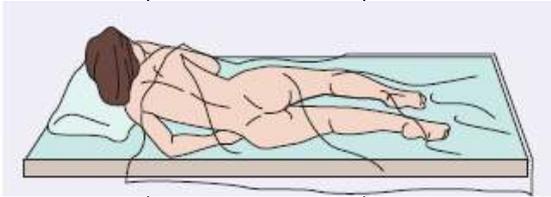
Pasien yang tidak bisa merubah posisi secara mandiri harus diubah posisinya setiap 2 jam. Pasien yang merasa tidak nyaman dan pasien dengan inkontinensia (tidak mampu mengontrol BAB dan BAK), kerusakan kulit, sirkulasi buruk, penurunan sensasi (syaraf), pasien dengan nutrisi yang buruk dan penurunan status mental harus lebih sering dilakukan perubahan posisi.

Posisi	Penjelasan	Indikasi	Komplikasi potensial	Alat bantu
fowler	Posisi setengah duduk dengan elevasi kepala 45 - 60° dengan lutut sedikit fleksi	Pasien dengan masalah pernafasan, membantu drainase post - operasi	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktur fleksi ulang servikal, lumbar dan pinggang • Dislok sendi bahu • Rotasi p eksternal • Hiperekstensi lutut • Plantar fleksi (foor drop) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala bisa langsung diatas matras atau disangga dengan bantal • Bantal kecil unruk menyangga punggung bawah • Legan dan tangan disangga dengan bantal • Gunakan gulungan handuk sebagai roll trokhanter • Lutut disangga dengan bantal • Antar angga dengan foot boar
				
Dorsal recumbent (supinasi)	Posisi terlentang (flat)/sejajar dengan bahu dan kepala sedikit diangkat	Pasien yang mendapatkan anestesi spinal dan cedera spinal	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperektemsi tulang servikal • Hiperekstensi lutut • Plantar fleksi (foor drop) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala dan bahu disangga bantal tipis • Bantal tipis/roll di cekungan lumbar • Bantal tipis dibawah lutut sam ankle atau

				<p>dibawah paha (sedikit fleksi pada lutut)</p>
<p>Pronasi</p>	<p>Posisi telungkup dengan kepala kesamping</p>	<p>Mencegah aspirasi (meningkatkan drainase dari mulut) dan mencegah kontraktur hip</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fleksi tulang servikal • Hiperekstensi spinal • Hambatan gerak dada • Foot drop 	<ul style="list-style-type: none"> • Bantal tipis dibawah kepala • Bantal tipis dibawah diafragma • Sangga tungkai bawah dengan bantal (untuk menyangga ujung jari kaki) ke matras
<p>lateral</p>	<p>Posisi miring kesalah satu sisi dimana bahu dan tulang ilium menyanggu berat tubuh</p>	<p>Mengurangi tekanan pada sakrum dan tumit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fleksi lateral kepala • Rotasi internal lengan atas mencegah ekspansi dada • Rotasi nternal dan abduksi femur • Pembengkokan tulang spinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Bantal penyangga kepala dan leher • Sangga lengan yang tergantung dengan bantal (fleksi siku) • Bantal penyangga kaki yang paling atas
<p>Bu</p>				

Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia 2022

Terwujudnya pusat peradaban baru yang unggul, berkeadilan, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Sims	<p>Posisi setengah telungkup (semi prone) dengan lengan paling atas fleksi pada siku dan lengan bawah di belakang punggung serta satu kaki kedepan dan fleksi pada siku lutut</p>	<p>Mencegah aspirasi dengan meningkatkan drainase dari mulut. Mengurangi tekanan pada sakrum dan trochanter mayor. Meningkatkan kenyamanan terutama pada ibu hamil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fleksi lateral tulang servikal • Kerusakan saraf dan pembuluh darah lengan yang terbawah • Rotasi internal dan abduksi lengan • Rotasi internal dan abduksi hip dan tungkai serta lordosis lumbar • <i>Food drop</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangga lengan paling atas dan dada dengan bantal • Sangga tungkai atas ampai telapak kaki paling atas dengan bantal • Sangga telapak kaki paling bawah dengan kantung pasir.
				

Persiapan Alat

1. Tempat tidur dengan matras yang diberi laken yang rapi dan memiliki said rails (pagar tempat tidur)
2. Bantal
3. Papan Kaki (foot board)
4. Trochanter Rolls (gulungan handuk besar)
5. Hand Rolls (gulungan handuk kecil)
6. Kantong pasir
7. Restrain (jika dibutuhkan) lebih lengkap dipelajari di Keperawatan Dasar II
8. Pembekat pergelangan tangan (*hand wrist splints*) jika ada

Prosedur tindakan dalam mengatur Posisi

1. Kaji tingkat kenyamanan klien dan posisi kesejajaran tubuh
2. Siapkan peralatan
3. Naikkan/turunkan tempat tidur pada ketinggian yang nyaman
4. Pindahkan bantal dan alat bantu yang digunakan (tempatkan pasien pada posisi awal)
5. Atur posisi selang yang terpasangan sesuai posisi yang akan diatur

6. Minta bantuan jika diperlukan
7. Jelaskan prosedur kepada klien atau keluarga
8. Cuci tangan
9. Gunakan sarung tangan
10. Berikan privacy klien
11. Tempatkan tempat tidur pada posisi datar dan sejajarkan klien ke kepala tempat tidur

12. Posisi fowler:

- a. Tinggikan bagian kepala tempat tidur 45° - 60°
- b. Tempatkan kepala pada matras atau sangga dengan bantal
- c. Gunakan bantal untuk menyangga kedua lengan dan tangan
- d. Berikan bantal tipis pada bagian punggung bawah
- e. Letakkan trochanter roll pada bbawah kedua paha
- f. Letakkan bantal kecil atau gulungan handuk dipergalangan kaki
- g. Sangga telapak kaki dengan papan kaki (foot board)

13. Posisi dorsal recumbent

- a. Letakkan klien pada posisi tempat tidur yang rata
- b. Sangga kepala dan bahu atas dengan bantal
- c. Sejajarkan lengan atas dengan tubuh klien
- d. Letakkan bantal di atas lengan bawah (posisi lengan pronasi)

- e. Letakkan bantal tipis atau gulungan handuk di bawah lumbal
- f. Sangga paha dengan trochanter roll
- g. Letakkan bantal kecil atau gulungan handuk di pergelangan kaki
- h. Sangga telapak kaki dengan papan kaki (foot board)
- i. Letakkan gulungan handuk di telapak tangan

14. Posisi pronasi (telungkup)

- a. Posisi klien ke posisi tempat tidur berseberangan dengan penolong
- b. Putar klien dengan posisi tangan penolong pada bawah bahu dan pinggul
- c. Posisikan abdomen klien di tengah tempat tidur
- d. Posisikan kepala ke salah satu sisi dan sangga dengan bantal tipis
- e. Letakkan bantal tipis di bawah abdomen (diafragma)
- f. Sangga lengan dengan bantal tipis dengan posisi fleksi setinggi bahu
- g. Sangga tungkai bawah dengan bantal (untuk menaikkan jari kaki)

15. Posisi lateral

- a. Rendahkan kepala tempat tidur seluruhnya atau serendah yang dapat di toleransi pasien
- b. Posisikan klien di sisi tempat tidur

- c. Putar posisi klien kearah penolong dengan tangan penolong di bawah bahu dan pinggul sisi berlawanan
- d. Fleksi lutut kaki teratas klien dan sangga dengan bantal
- e. Fleksikan lengan teratas klien dan posisikan diatas pinggul dan sangga lengan bawah dengan bantal
- f. Lengan terbawah di fleksikan diatas tempat tidur (posisi lengan pronasi)
- g. Letakkan bantal di bawah kepala dan leher klien
- h. Letakkan *sand bag* di telapak kaki

16. Posisi Sims

- a. Ratakan kepala tempat tidur
- b. Posisikan klien terlentang dan posisi di sisi tempat tidur
- c. Posisikan pasien dengan posisi lateral berbaring sebagian pada abdomen
- d. Letakkan banatal dibawah kepala dan lengan teratas (lengan posisi fleksi)
- e. Letakkan bantal dibawah kaki atas dalam kondisi fleksi setinggi pinggul
- f. Letakkan sand bag sejajar telapak kaki.

17. Evaluasi posisi tubuh dan respon kenyamanan klien

18. Buka sarung tangan dan cuci tangan

19. Dokumentasi tindakan

**CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN
PENGATURAN POSISI**

Nama Mahasiswa :

NIM :

Aspek Yang Dinilai	Nilai		
	1	2	3
Tahap Pre Interaksi 1. Kaji tingkat kenyamanan klien dan posisi kesejajaran tubuh 2. Siapkan peralatan 3. Minta bantuan jika diperlukan 4. Cuci tangan			

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

*Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan
local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036*

5. Gunakan sarung tangan			
Tahap Orientasi 1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan klien dan keluarga.			
Tahap Kerja 1. Berikan privacy klien 2. Naikkan/turunkan tempat tidur pada ketinggian yang nyaman 3. Atur posisi selang yang terpasangan sesuai posisi yang akan diatur 4. Tempatkan tempat tidur pada posisi datar dan sejajarkan klien ke kepala tempat tidur 5. Posisi fowler: <ol style="list-style-type: none"> Tinggikan bagian kepala tempat tidur 45 -60o Tempatkan kepala pada matras atau sangga dengan bantal Gunakan bantal untuk menyangga kedua lengan dan tangan Berikan bantal tipis pada bagian punggung bawah Letakkan trochanter roll pada bbawah kedua paha Letakkan bantal kecil atau gulungan handuk dipergalangan kaki Sangga telapak kaki dengan papan kaki (foot board) 6. Posisi dorsal recumbent <ol style="list-style-type: none"> Letakkan klien pada posisi tempat tidur yang rata Sangga kepala dan bahu atas dengan bantal Sejajarkan lengan atas dengan tubuh klien Letakkan bantal di atas lengan bawah (posisi lengan pronasi) Letakkan bantal tipis atau gulungan handuk di bawah lumbal Sangga paha dengan trochanter roll Letakkan bantal kecil atau gulungan handu di pergelangan kaki Sangga telapak kaki dengan papan kaki (foot board) 			

<p>i. Letakkan gulungan handuk di telapak tangan</p> <p>7. Posisi pronasi (telungkup)</p> <p>a. Posisi klien ke posisi tempat tidur berseberangan dengan penolong</p> <p>b. Putar klien dengan posisi tangan penolong pada bawah bahu dan pinggul</p> <p>c. Posisikan abdomen klien di tengah tempat tidur</p> <p>d. Posisikan kepala ke salah satu sisi dan sangga dengan bantal tipis</p> <p>e. Letakkan bantal tipis di bawah abdomen (diafragma)</p> <p>f. Sangga lengan dengan bantal tipis dengan posisi fleksi setinggi bahu</p> <p>g. Sangga tungkai bawah dengan bantal (untuk menaikkan jari kaki)</p> <p>8. Posisi lateral</p> <p>a. Rendahkan kepala tempat tidur seluruhnya atau serendah yang dapat ditoleransi pasien</p> <p>b. Posisikan klien di sisi tempat tidur</p> <p>c. Putar posisi klien ke arah penolong dengan tangan penolong di bawah bahu dan pinggul sisi berlawanan</p> <p>d. Fleksi lutut kaki teratas klien dan sangga dengan bantal</p> <p>e. Fleksikan lengan teratas klien dan posisikan di atas pinggul dan sangga lengan bawah dengan bantal</p> <p>f. Lengan terbawah di fleksikan di atas tempat tidur (posisi lengan pronasi)</p> <p>g. Letakkan bantal di bawah kepala dan leher klien</p> <p>h. Letakkan sandi di telapak kaki</p> <p>9. Posisi Sims</p> <p>a. Ratakan kepala tempat tidur</p> <p>b. Posisikan klien terlentang dan posisi di sisi tempat tidur</p> <p>c. Posisikan pasien dengan posisi lateral berbaring sebagian pada abdomen</p> <p>d. Letakkan bantal di bawah kepala dan lengan teratas (lengan posisi fleksi)</p>			
--	--	--	--

e. Letakkan bantal dibawah kaki atas dalam kondisi fleksi setinggi pinggul f. Letakkan sand bag sejajar telapak kaki.			
Tahap Terminasi 1. Evaluasi posisi tubuh dan respon kenyamanan klien 2. Berikan pujian positif kepada klien 3. Buka sarung tangan 4. Cuci tangan			
Dokumentasi Catat hasil tindakan di dalam catatan keperawatan.			

KETERANGAN :

Pekanbaru,20.....

0 = Tidak dilakukan sama sekali

Penguji,

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

(.....)

Nilai Batas Lulus = 75%

Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$

Jumlah aspek yang dinilai

BED MAKING

TIM PENYUSUN: TIM KEPERAWATAN DASAR

“COMFORT BED FOR COMFORT PATIENT’S LIFE”

Tim perawat diruangan perawatan medikal melakukan operan shift dengan tim perawat dinas malam. Pada saat operan shift terlihat ada beberapa tempat tidur yang ditempati pasien dalam kondisi tidak bersih dan rapi. Perawat membagi tugas untuk membersihkan serta merapikan tempat tidur yang ditempati oleh pasien dan tempat tidur yang akan ditempati pasien baru yang akan masuk ke ruangan tersebut.

Pengantar :

Tempat tidur harus dirancang untuk kenyamanan, keamanan dan kemampuan adaptasi pasien. Untuk mencapai kenyamanan klien saat perawatan, tempat tidur harus selalu dalam kondisi bersih dan rapi.

Merapikan tempat tidur merupakan tanggung jawab perawat. Hal ini memerlukan pemeriksaan yang sering untuk memastikan linen tempat tidur dalam kondisi bersih, kering dan bebas kerutan. Perawat merapikan tempat tidur klien setelah klien mandi dan saat klien keluar ruangan untuk test atau prosedur lainnya. Linen tempat tidur diperiksa teruma jika klien diaforesis, memiliki luka basah atau menderita inkontinensia dimana linen menjadi basah

dan kotor. Dalam merapikan tempat tidur terdapat dua jenis prosedur yaitu: merapikan tempat tidur yang kosong dan tempat tidur yang berisi pasien .

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktik keperawatan *bed making* diharapkan mahasiswa mampu

1. Memahami teknik *bed making*
2. Membedakan teknik pelaksanaan *bed making* dengan tempat tidur kosong dan tempat tidur yang berisi pasien.
3. Mampu melakukan *bed making* dengan tempat tidur kosong
4. Mampu melakukan *bed making* dengan tempat tidur yang berisi pasien

TINJAUAN TEORI

BED MAKING

A. Pendahuluan

Bedmaking atau mengganti alat tenun merupakan tindakan yang penting dilakukan oleh perawat. Tindakan ini dilakukan untuk membuat tempat tidur tetap dalam kondisi bersih dan nyaman yang bercirikan tempat tidur yang

bersih, kering dan rapi (tidak ada kerutan atau lipatan pada permukaan tempat tidur). Perawat harus menggunakan mekanika tubuh yang benar selama merapikan tempat tidur klien.

Penggantian alat tenun dapat dilakukan jika kondisi alat tenun kotor, basah, atau setelah klien mandi dan saat klien keluar ruangan untuk test atau prosedur lainnya. Penggantian linen yang lengkap tidak selalu diperlukan. Perawat dapat menggunakan kembali sepray, selimut, penutup seprai dan sarung bantal jika tidak basah maupun kotor. Ada 2 metode mengganti alat tenun :

1. Dengan ada klien diatas tempat tidur
2. Tanpa ada klien diatas tempat tidur

B. Tujuan dilakukan mengganti alat tenun :

1. Mengurangi adanya paparan terhadap mikroorganisme pada klien
2. Memberikan rasa nyaman terhadap klien
3. Mencegah terjadinya luka tekan (Dekubitus) pada klien

C. Prinsip pelaksanaan *bed making*:

1. Menggunakan prinsip aseptis dimana linen yang kotor diletakkan pada kantong khusus dan tidak bersentuhan dengan seragam perawat
2. Jangan mengibaskan alat tenun lama, karena hal ini dapat menyebarkan mikroorganisme lewat udara

3. Alat tenun lama jangan diletakkan di lantai untuk mencegah penyebaran infeksi
4. Jangan meletakkan alat tenun (linen) yang bersih dilantai, jika linen berih menyentuh lantai, maka segera ganti dengan linen yang baru
5. Gunakan prinsip *body mechanic* dalam merapikan tempat tidur dimana tinggi tempat tidur harus disesuaikan dengan tinggi perawat untuk mencegah perawat membungkuk saat merapikan tempat tidur dan saat membolak-balikkan pasien di tempat tidur.
6. Jaga privasi, kenyamanan dan keamanan klien dengan menggunakan pagar tempat tidur , pertahankan penerangan dan atur tempat tidur sesuai posisi yang aman untuk mencagah pasien jatuh.

D. Alat dan bahan :

1. Sprei/laken besar
2. Stik laken (laken kecil)
3. Perlak
4. Selimut
5. Sarung bantal
6. Kantong linen atau keranjang untuk linen kotor

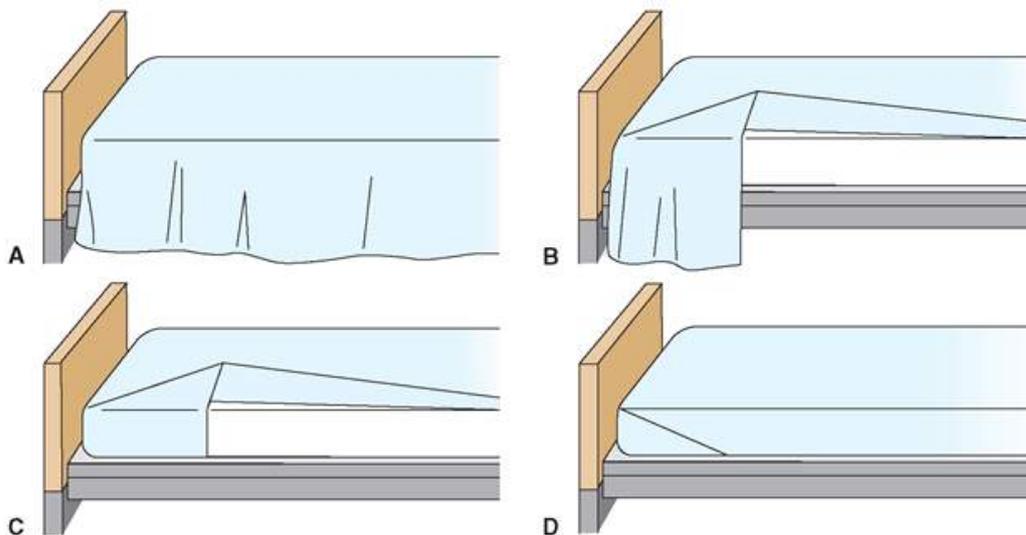
E. Prosedur

1. Kaji kondisi pasien (pengeluaran cairan tubuh pada linen dan kemampuan mobilisasi pasien)
2. Persiapkan alat-alat
3. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan, jika dibutuhkan gunakan sarung tangan bersih
4. Salam, sapa nama klien, jelaskan prosedur dan tujuan tindakan
5. Berikan privasi dan kenyamanan klien
6. Susun peralatan dan letakkan pada tempat yang bersih, misalkan pada kursi pasien
7. Jika klien tidak berada di atas tempat tidur, maka lakukan:
 - a. Turunkan rel samping (*side rail*) pada sisi tempat tidur dan bantu klien untuk turun dari tempat tidur
 - b. Pindahkan alat-alat yang ada ditempat tidur
 - c. Lepaskan alat tenun, mulai dari bagian atas sampai ke bagian bawah pada permukaan tempat tidur
 - d. Lipat alat tenun yang kotor, masukkan ke dalam kantong/keranjang alat tenun kotor
 - e. Pasangkan alat tenun bersih, letakkan laken besar di tengah kasur, kemudian buka lipatan laken, hingga menutupi tempat tidur

- f. Tarik alat tenun dengan tepat sehingga tidak terdapat lipatan pada bagian tengahnya
 - g. Bentuk sudut 45° pada kepala tempat tidur dan kaki tempat tidur
Dengan cara : angkat ujung laken sebelah atas dan bentuk segitiga dengan satu sisi tempat tidur dan ujung laken paralel
 - h. Pasang perlak steak laken pada bagian tengah tempat tidur
 - i. Pasang selimut, lebih kurang 8 inchi (21 cm) pada bagian bawah tempat tidur
 - j. Pasang sarung bantal dan letakkan pada bagian tengah kepala tempat tidur
 - k. Kembalikan dan atur posisi kliensesuai dengan kenyamanan klien
 - l. Kembalikan alat-alat
 - m. cuci tangan
8. Jika klien berada diatas tempat tidur, maka lakukan
- a. Miringkan klien kearah yang berlawanan dengan posisi perawat
 - b. Lepaskan lipatan alat tenun yang terdapat dibawah kasur dari kepala kearah kaki tempat tidur
 - c. Lipat alat tenun ke arah klien, diawali dengan stik laken kemudian alas perlak, dan terakhir laken besar (apabila perlak akan dipakai kembali, jangan melipatnya)

- d. Letakkan alat tenun bersih, ditengah kasur arah memanjang : laken besar dibawah perlak, stik laken dibawah perlak
- e. Buka lipatan laken besar kearah perawat berdiri hingga menutupi separuh dari tempat tidur, kemudian memasukkan laken pada ujung kepala dan kaki tempat tidur ke bawah kasur
- f. Tarik alat tenun dengan tepat sehingga tidak terdapat lipatan pada bagian tengahnya
- g. Bentuk sudut pada kepala tempat tidur dan kaki tempat tidur
Dengan cara: angkat ujung laken sebelah atas dan bentuk segitiga dengan satu sisi tempat tidur dan ujung laken paralel
- h. Lipat bagian laken yang terdapat disebelah bawah kasur
- i. Turunkan ujungnya yang lain, dan masukkan kebawah kasur
- j. Lipat bagian lain yang tersisa dengan rapi
- k. Buka lipatan perlak dan stik laken kearah perawat berdiri, kemudian lipatan bagian yang menjuntai kebawah kasur. Lakukan dengan rapi
- l. Pasang penghalang tempat tidur dan pindah kesisi lain kemudian turunkan penghalang tempat tidur tersebut
- m. Bantu klien bergeser ke posisi lain
- n. Lakukan tindakan yang sama pada bagian sisi yang lain, seperti bagian sisi yang sebelumnya

- o. Minta klien pada posisi supinasi
- p. Pasang selimut pada dada klien. Beritahu klien untuk memegang ujung lipatan sebelah atas dan perawat memegang ujung selimut yang kotor, kemudian menariknya kearah kaki klien
- q. Masukkan sisi selimut di kaki tempat tidur dibawah kasur
- r. Pasang kembali penghalang tempat tidur
- s. Ganti sarung bantal
- t. Angkat kepala klien dan letakkan bantal dibawahnya
- u. Kembalikan klien pada posisi semula
- v. Kembalikan alat-alat
- w. cuci tangan.



**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN

BED MAKING

Nama :

NIM :

A. BEDMAKING TANPA KLIEN DIATAS TEMPAT TIDUR

NO	Variabel yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap Pre Interaksi			
	1. Membaca catatan keperawatan dan catatan medis klien			
	2. Mempersiapkan alat-alat			
	3. Mencuci tangan			
B	Tahap Orientasi			
	4. Memberi salam, memperkenalkan nama perawat			
	5. Memanggil klien dengan namanya			
	6. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan			
	7. Memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya			
C	Tahap Kerja			
	8. Menyediakan privasi bagi klien			

	9. Menyusun peralatan dan meletakkan pada kursi disamping tempat tidur klien			
	10. Menurunkan pagar samping (<i>side rail</i>) tempat tidur, mengatur tinggi tempat tidur, mengatur posisi klien			
	11. Membantu klien untuk turun dari tempat tidur			
	12. Memindahkan alat yang ada di tempat tidur			
	13. Melepas alat tenun, mulai dari bagian atas tempat tidur sampai ke kaki tempat tidur pada satu sisi, kemudian berpindah ke sisi lain			
	14. Melipat alat tenun yang kotor, memasukkan ke tempat kantong/keranjang alat tenun kotor			
	15. Memasangkan alat tenun bersih, pertama meletakkan laken besar di tengah kasur, kemudian membuka lipatan laken besar hingga menutupi tempat tidur			
	16. Menarik alat tenun dengan tepat sehingga tidak terdapat lipatan pada bagian tengahnya			
	17. Membentuk sudut pada kepala tempat tidur dan kaki tempat tidur dengan cara: Angkat ujung laken sebelah atas dan bentuk segitiga dengan satu sisi tempat tidur dan ujung laken parallel *			
	18. Memasang perlak dan steak laken pada bagian tengah tempat tidur			
	19. Memasang selimut, lebih kurang 8 inchi (21 cm) pada bagian bawah tempat tidur			
	20. Memasang sarung bantal dan meletakkannya di atas tempat tidur			
	21. Mengembalikan Klien pada posisi semula			
	22. Mengembali alat-alat			
	23. Mencuci tangan			
D	Tahap Terminasi			
	24. Mengevaluasi perasaan klien			

	25. Mengevaluasi data-data objektif klien			
	26. Melakukan kontrak pertemuan			
	27. Dokumentasi			
E	Tahap Dokumentasi			
	Catat tindakan yang telah dilakukan			

*Critical point

Keterangan :

0 = Tidak dilakukan

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Dilakukan sempurna

Pekanbaru,.....20...

Penguji,

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

Jumlah point tertinggi

NB : Mahasiswa dinyatakan lulus jika nilai 75%

**CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN
KETERAMPILAN BED MAKING**

Nama :

NIM :

B. BEDMAKING DENGAN KLIEN DIATAS TEMPAT TIDUR

NO	Variabel yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap Pre Interaksi			
	1. Membaca catatan keperawatan dan catatan medis klien			
	2. Mempersiapkan alat-alat			

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

*Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan
local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036*

	3. Mencuci tangan			
B	Tahap Orientasi			
	4. Memberi salam, memperkenalkan nama perawat			
	5. Memanggil klien dengan namanya			
	6. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan			
	7. Memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya			
C	Tahap Kerja			
	8. Menyediakan privasi bagi klien			
	9. Menyusun peralatan dan meletakkan pada kursi disamping tempat tidur klien			
	10. Menurunkan penghalang tempat tidur. Mengatur tinggi tempat tidur ke posisi semula/datar, mengatur posisi klien (supine)			
	11. Memiringkan klien kearah yang berlawanan dengan posisi perawat			
	12. Melepaskan lipatan alat tenun yang terdapat dibawah kasur dari kepala ke kaki tempat tidur			
	13. Melipat alat tenun ke arah klien, diawali dengan stik laken kemudian alas perlak, dan terakhir laken besar			
	14. Apabila perlak akan dipakai kembali, jangan melipatnya			
	15. Meletakkan alat tenun bersih, ditengah kasur arah memanjang :			
	16. Laken besar dibawah perlak, stik di atas perlak			
	17. Membuka lipatan laken besar ke arah perawat berdiri hingga menutupi separuh dari tempat tidur, kemudian memasukkan laken pada ujung kepala dan kaki tempat tidur kebawah Kasur			
	18. Menarik alat tenun dengan tepat sehingga tidak terdapat lipatan pada bagian tengahnya			
	19. Membentuk sudut 45° pada kepala tempat tidur dan kaki tempat tidur Dengan cara: Angkat ujung laken sebelah atas dan			

	bentuk segitiga dengan satu sisi tempat tidur dan ujung laken parallel*			
	20. Melipat bagian laken yang terdapat disebelah bawah Kasur			
	21. Menurunkan ujungnya yang lain, dan memasukkan kebawah Kasur			
	22. Melipat bagian kaki yang tersisa dengan rapi			
	23. Membuka lipatan perlak dan stik laken kearah perawat berdiri, kemudian lipatan bagian yang menjuntai ke bawah kasur. Lakukan dengan rapi			
	24. Memasang penghalang tempat tidur dan pindah ke sisi lain kemudian turunkan penghalang tempat tidur tersebut			
	25. Membantu klien bergeser ke posisi lain			
	26. Melakukan tindakan yang sama pada sisi yang lain seperti bagian sisi yang sebelumnya			
	27. Meminta klien pada posisi supinasi			
	28. Memasang selimut pada dada klien. Memberitahukan klien untuk memegang ujung lipatan sebelah atas dan perawat memegang ujung selimut yang kotor, kemudian menariknya kearah kaki klien			
	29. Memasukkan sisi selimut di kaki tempat tidur dibawah Kasur			
	30. Memasang kembali penghalang tempat tidur			
	31. Mengganti sarung bantal			
	32. Mengangkat kepala klien dan meletakkan bantal dibawahnya			
	33. Mengembalikan klien pada posisi semula			
	34. Mengembali alat-alat			
	35. Mencuci tangan			
D	Tahap Terminasi			

	36. Mengevaluasi perasaan klien			
	37. Mengevaluasi data-data objektif klien			
E	Tahap Dokumentasi			
	Catat tindakan yang telah dilakukan			

*critical point

Keterangan :

Pekanbaru,.....20..

0 = Tidak dilakukan

Penguji,

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Dilakukan sempurna

Penilaian = Jumlah point yang diperoleh X 100

(.....)

Jumlah point tertinggi

NB : Mahasiswa dinyatakan lulus jika nilai 75%

NASO GASTRIC TUBE (NGT)

TIM PENYUSUN: TIM KEPERAWATAN DASAR

“BERI AKU MAKANANMU”

Seorang laki-laki berusia 50 tahun menderita stroke. Pasien menggunakan selang nasogastrik untuk pemberian makan cair yang diberikan sebanyak 200 ml dengan frekuensi 5 kali perhari. Perawat akan melakukan pemberian nutrisi melalui selang

Pengantar

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Selang nasogastrik atau NG tube adalah selang yang dimasukkan melalui hidung sampai ke lambung. Selang ini dapat digunakan untuk memberikan nutrisi dan obat-obatan kepada seseorang yang tidak mampu untuk mengkonsumsi makanan, cairan, dan obat-obatan secara oral. Juga dapat digunakan untuk mengeluarkan isi dari lambung dan memonitor perdarahan gastrointestinal. Selang NGT termasuk kedalam nutrisi enteral, yaitu nutrisi yang diberikan melalui saluran gastrointesinal. Slang NGT yang biasa digunakan adalah dengan ukuran 8 sampai 12 FC dengan panjang 0,9 - 1,1 m.

Keuntungan menggunakan nutrisi enteral:

1. Mengurangi sepsis
2. Meminimalkan respon trauma hipermetabolik
3. Mempertahankan struktur dan fungsi intestinal

Tujuan Pembelajaran:

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu melakukan pemberian makanan melalui *Naso Gastric Tube(NGT)*

Tujuan Khusus:

Setelah mengikuti pratikum ini, mahasiswa mampu:

1. Memahami indikasi pemberian makanan melalui *Naso Gastric Tube*
2. Mendemonstrasikan memberi makan lewat *Naso Gastric Tube*

Aktifitas Pembelajaran

No.	Aktivitas	Yang terlibat	Waktu
1	Pembukaan <i>a. Pre-test</i> b. Penjelasan instruktur	Mahasiswa Instruktur	20 menit
2	Pelaksanaan <i>a. Role play</i> instruktur b. <i>Role play</i> mahasiswa	Instruktur Mahasiswa	140 menit
3	Penutup <i>a. Post-test</i> b. <i>Feedback</i>	Mahasiswa Instruktur	20 menit

TINJAUAN TEORI

NASO GASTRIC TUBE (NGT)

A. Pendahuluan

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Nutrisi enteral adalah nutrisi yang diberikan melalui saluran gastrointestinal. Pada pasien dengan kesulitan makan namun masih memiliki fungsi absorpsi makanan seperti gangguan saraf menelan, penurunan kesadaran dan pasca operasi 24 – 48 jam. Pemberian nutrisi dapat diberikan melalui selang nasogastrik/NGT, jejunum atau selang lambung. Pemberian nutrisi melalui NGT mampu memberikan seluruh komponen makanan dengan bentuk yang disesuaikan (biasanya cair). Model NGT bervariasi dan biasanya memiliki ukuran 8 – 12 Fr dengan panjang 0,9 – 1,1 meter. Pemberian makanan melalui NGT dapat menggunakan kateter tip (sprit besar khusus pemberian makan) atau menggunakan kantong yang dipompa oleh alat (*feeding pump*). Prinsip pemberian makanan melalui NGT adalah bersih.

B. Alat-alat yang digunakan

1. Selang NGT (ukuran sesuai kebutuhan) yang telah terpasangan
2. Kateter tip (spuit besar 50-100ml)
3. Stetoskop
4. Sarung tangan bersih
5. Handuk dan tissue
6. Nutrisi enteral sesuai order
7. Air minum

CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN
MEMBERI MAKAN MELALUI NGT

Nama :

NIM :

No	Langkah Kegiatan	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap pre interaksi 1. Cek catatan medis dan keperawatan klien 2. Validasi perasaan perawat 3. Siapkan alat-alat 4. Cuci tangan			
B	Tahap orientasi 1. Memberikan salam, memperkenalkan nama perawat, memanggil nama klien			

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Menjelaskan prosedur tindakan, kontrak waktu dan tujuan serta lamanya tindakan 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya 			
C	<p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaga privasi klien 2. Bantu klien pada posisi semifowler* 3. Pasang handuk di atas dada klien 4. Pasang sarung tanagn 5. Cek kepatenan NGT dan cekresidu cairan lambung, jika masih terdapat residu 50 – 100 cc, maka tunda selama satu jam pemberian makanan melalui NGT. Jika masih terdapat residu setelah satu jam, laporkan keadaan tersebut pada dokter* 6. Bilas selang dengan 30 ml air setelah cek residu 7. Kaji adanya distensi bandomen dan cek bising usus 8. Dengan tangan tidak dominan, klem selang (tube) NGT 45 cm di atas dada klien, kemudian buka penutup ujung selang (tube) NGT dan hubungkan dengan spuit makanan 9. Alirkan makanan secara perlahan-lahan mengikuti gaya gravitasi dan jangan mendorong makanan. Jaga udara agar tidak masuk ke dalam selang 10. Setelah makanan habis, bilas selang NGT dengan cairan (air putih biasa) sesuai order kemudian tutup ujung selang NGT 11. Pertahankan posisi pasien pada posisi semifowler selama 30 menit selamapemberian makanan* 			
D	<p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon klien dan tindakan yang dilakukan (kaji toleransi klien terhadap pemberian makanan) 2. Rapikan alat dan pasien 3. Cuci tangan 4. Kontrak waktu 			
E	<p>Dokumentasi</p>			

*Critical point

KETERANGAN :

Pekanbaru,20.....

0 = Tidak dilakukan sama sekali

Penguji,

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

(.....)

Nilai Batas Lulus = 75%

Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$

Jumlah aspek yang dinilai

PEMBERIAN MAKAN MELALUI ORAL

TIM PENYUSUN: TIM KEPERAWATAN DASAR

“MAKAN...MAKAN...MAKAN...”

Seorang perempuan berusia 60 tahun menderita kelemahan pada tangan dan kaki sehingga tidak mampu menyuapi makanan. namun klien mampu untuk mengunyah makanan dengan baik.

Pengantar

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Pasien yang tidak mampu makan secara mandiri disebabkan karena sakit atau trauma tubuh. Hal ini menyebabkan perawat harus mampu memenuhi kebutuhan pasien dengan cara mengajarkan dan membantu pasien memakan makanannya.

Tujuan Pembelajaran:

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu melakukan pemberian makanan melalui oral.

Tujuan Khusus:

Setelah mengikuti pratikum ini, mahasiswa mampu:

1. Memahami indikasi pemberian makanan melalui oral.
2. Mendemonstrasikan memberi makan lewat oral.

TINJAUAN TEORI

Pengertian

Proses memberikan makanan/minuman untuk pasien yang mampu makan/minum oral.

Tujuan

1. Tercukupya keseimbangan nutrisi pasien.
2. Sosialisasi antara pasien-perawat

Indikasi

Pasien yang tidak mampu makan secara mandiri akibat penyakit atau trauma pada tubuh.

Persiapan Alat

1. Piring yang berisi makanan
2. Garpu dan sendok
3. Gelas minum yang berisi air hangat beserta tatakan dan penutupnya
4. Sedotan
5. Tissue dan tempatnya
6. Serbet
7. Baki untuk membawa makanan
8. Obat (jika ada)

Prosedur Tindakan

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

1. Jaga privasi klien.
2. Bantu pasien pada posisi fowler di tempat tidur atau duduk di kursi.
3. Bawa makanan dengan menggunakan baki.
4. Bentangkan serbet atau handuk dibawah dagu klien.
5. Perawat duduk dengan posisi yang memudahkan pekerjaan.
6. Pasien ditawari minum (bila perlu dengan sedotan).
7. Suapkan makanan sedikit demi sedikit dengan menggunakan sendok atau garpu sambil berkomunikasi dengan dengan pasien. Jika terdapat makanan yang berukuran besar, potong menjadi bagian yang lebih kecil dengan menggunakan pisau atau garpu*.
8. Perhatikan apakah makanan sudah di telan habis oleh pasien sebelum menyuapkan makanan berikutnya.
9. Setelah memberikan makanan pasien di berikan air minum, dilanjutkan dengan pemberian obat oral.
10. Mulut pasien dan sekitarnya dibersihkan dengan menggunakan tissue.

**CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN
MEMBERI MAKAN DAN MINUM PER ORAL**

Nama :

NIM :

No	Langkah Kegiatan	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap pre interaksi 1. Cek catatan medis dan keperawatan klien 2. Validasi perasaan perawat 3. Siapkan alat-alat 4. Cuci tangan			
B	Tahap orientasi 1. Memberikan salam, memperkenalkan nama perawat, memanggil nama klien			

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Menjelaskan prosedur tindakan, kontrak waktu dan tujuan serta lamanya tindakan 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya 			
C	<p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaga privasi klien 2. Bantu pasien pada posisi fowler di tempat tidur atau duduk di kursi* 3. Bawa makanan dengan menggunakan baki. 4. Bentangkan serbet atau handuk dibawah dagu klien. 5. Perawat duduk dengan posisi yang memudahkan pekerjaan. 6. Pasien ditawarkan minum (bila perlu dengan sedotan). 7. Suapkan makanan sedikit demi sedikit dengan menggunakan sendok atau garpu sambil berkomunikasi dengan dengan pasien. Jika terdapat makanan yang berukuran besar, potong menjadi bagian yang lebih kecil dengan menggunakan pisau atau garpu*. 8. Perhatikan apakah makanan sudah di telan habis oleh pasien sebelum menyuapkan makanan berikutnya. 9. Setelah memberikan makanan pasien di berikan air minum, dilanjutkan dengan pemberian obat oral. 10. Mulut pasien dan sekitarnya dibersihkan dengan menggunakan tissue. 			
D	<p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon klien dan tindakan yang dilakukan (kaji toleransi klien terhadap pemberian makanan) 2. Rapikan alat dan pasien 3. Cuci tangan 4. Kontrak waktu 			
E	<p>Dokumentasi</p>			

*critical point

KETERANGAN :

Pekanbaru,20.....

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

0 = Tidak dilakukan sama sekali

Penguji,

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

(.....)

Nilai Batas Lulus = 75%

Nilai = Jumlah nilai yang didapat X 100%

Jumlah aspek yang dinilai

MEMBANTU PASIEN BAK DAN BAB DI TEMPAT TIDUR

TIM PENYUSUN: TIM KEPERAWATAN DASAR

“Bantu saya”

Seorang laki-laki berusia 26 tahun dirawat diruang rawat setelah menjalani operasi penyambungan tulang tungkai bawah. Klien tidak mampu ke kamar mandi untuk BAK dan BAB. Perawat akan membantu klien BAK dan BAB di tempat tidur

Pengantar

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Eliminasi produk pencernaan yang teratur merupakan aspek yang penting untuk fungsi normal tubuh. Perubahan eliminasi dapat menyebabkan masalah pada gastrointestinal dan sistem tubuh lainnya, karena fungsi usus bergantung pada keseimbangan beberapa faktor pola dan kebiasaan eliminasi bervariasi diantara individu namun telah terbukti bahwa pengeluaran feses yang sering dalam jumlah besar dan karakteristiknya normal biasanya berbanding lurus dengan rendahnya insiden kanker. Untuk menangani masalah eliminasi perawat harus memahami eliminasi normal dan faktor-faktor yang meningkatkan atau menghambat eliminasi. Asuhan keperawatan yang mendukung akan menghormati privasi dan kebutuhan emosional klien. Tindakan yang dirancang untuk meningkatkan eliminasi normal juga harus meminimalkan rasa ketidaknyamanan. Kebanyakan orang yang masuk rumah sakit dapat buang air kecil bila perlu. Setiap orang mempunyai frekuensi buang air kecil dan besar yang berbeda-beda dan merupakan hal yang normal untuknya. Sebagian percaya akan pengaruh jelek yang ditimbulkan karena menahan buang air kecil dan konstipasi.

Tujuan

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu membantu pasien untuk BAK dan BAB di tempat tidur.

Tujuan Khusus:

Setelah mengikuti pratikum ini, mahasiswa mampu:

1. Memahami indikasi bantuan kepada pasien untuk BAK dan BAB di tempat tidur..
2. Mendemonstrasikan tindakan membantu pasien BAK dan BAB di tempat tidur.

Aktifitas Pembelajaran

No.	Aktivitas	Yang terlibat	Waktu
1	Pembukaan <i>a. Pre-test</i> b. Penjelasan instruktur	Mahasiswa Instruktur	20 menit
2	Pelaksanaan <i>a. Role play instruktur</i> b. <i>Role play mahasiswa</i>	Instruktur Mahasiswa	140 menit
3	Penutup <i>a. Post-test</i>		20 menit

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	b. <i>Feedback</i>	Mahasiswa Instruktur	
--	--------------------	-------------------------	--

TINJAUAN TEORI

Membantu Pasien BAK dan BAB di tempat tidur

Pengertian

Membantu pasien yang hendak buang air besar atau buang air kecil (BAB/BAK) di atas tempat tidur dengan menggunakan pispot. Pispot adalah alat bantu yang digunakan untuk membantu pasien pada waktu buang air besar dan buang air kecil ditempat tidur, karena pasien tidak melakukannya sendiri.

Tujuan

1. Membantu pasien yang mengalami keterbatasan
2. Mengurangi aktivitas klien (pada pasien yang imobilisasi)

3. Mengurangi nyeri akibat pergerakan
4. Mengetahui karakteristik urin dan feses (warna, bau, jumlah, konsistensi)
5. Mendapatkan sampel laboratorium
6. Mengetahui jumlah urine yang akurat pada pasien yang dimonitor *balance* cairannya.

Indikasi

1. Pasien yang harus bedrest total atau imobilisasi, seperti klien dengan fraktur ekstremitas yang parah dan luas.
2. Pasien yang mengalami inkontinensia.

Persiapan Alat

Membantu BAK:

1. Bad pan (urinal untuk pria)
2. Sarung tangan bersih
3. Botol cebok berisi air
4. Handuk kecil/kertas kloset
5. Bengkok
6. Perlak
7. Selimut ekstra



Membantu BAB:

1. 2 bad pan (urinal untuk pria)
2. Sarung tangan bersih
3. Botol cebok berisi air
4. Handuk kecil/kertas kloset
5. Bengkok
6. Perlak dan alas
7. Selimut ekstra
8. Sabun



Prosedur Pelaksanaan

a. Membantu BAK:

1. Jaga privasi pasien*
2. Mencuci tangan
3. Pakai sarung tangan
4. Memasang selimut ekstra
5. Memasang pengalas di bawah bokong pasien
6. Melepaskan pakaian bawah pasien
7. Bantu pasien posisi dorsal rekumben*

8. Memberikan pasien urinal (bila laki-laki) dan menempatkan badpan (bila perempuan) di bawah bokong pasien (jika pasien telah selesai BAK)
9. Menyiram vulva/penis pasien dengan air hangat dan mengeringkannya
10. Mengangkat badpan/urinal
11. Mengangkat pengalas
12. Memakaikan kembali pakaian pasien
13. Mengganti selimut ekstra dengan selimut pasien

b. Membantu BAB:

1. Jaga privasi pasien*
2. Mencuci tangan
3. Pakai sarung tangan
4. Memasang selimut ekstra
5. Memasang pengalas di bawah bokong pasien
6. Melepaskan pakaian bawah pasien
7. Memberikan pasien urinal (bila laki-laki) dan menempatkan badpan (bila perempuan) di bawah bokong pasien dengan cara:
 - a. Pada pasien yang dapat mengangkat bokong dapat diminta untuk mengangkat bokong (posisi litotomi)

- b. Pada pasien yang tidak dapat mengangkat bokong: miringkan pasien, tempelkan badpan pada bokong klien. Kembalikan pasien pada posisi terlentang.
8. Mendekatkan bel ke pasien untuk mengingatkan pasien bila telah selesai BAB kemudian pasien dapat ditinggalkan bila keluarga pasien ada.
9. Mengangkat badpan dan mengganti dengan badpan yang kosong.
10. Membersihkan area genitalia dan perenium (sampai bersih) dengan cara menyiram air mulai dengan tinggi \pm 10 cm di atas genitalia.
11. Mengeringkan dengan handuk/kertas kloset dari arah genitalia ke perenium. Mengangkat badpan/urinal, menutupnya dan meletakkan di bawah tempat tidur pasien.
12. Mengangkat pengalas.
13. Memakaikan kembali pakaian pasien.
14. Mengganti selimut ekstra dengan selimut pasien.

CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN

MEMBANTU PASIEN BAK

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Nama :

NIM :

No	Langkah Kegiatan	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap pre interaksi 1. Cek catatan medis dan keperawatan pasien 2. Validasi perasaan perawat 3. Siapkan alat-alat 4. Cuci tangan			
B	Tahap orientasi 1. Memberikan salam, memperkenalkan nama perawat, memanggil nama pasien 2. Menjelaskan prosedur tindakan, kontrak waktu dan tujuan serta lamanya tindakan 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya			
C	Tahap kerja 1. Jaga privasi pasien* 2. Mencuci tangan 3. Pakai sarung tangan 4. Memasang selimut ekstra 5. Memasang pengalas di bawah bokong pasien 6. Melepaskan pakaian bawah pasien 7. Bantu pasien posisi dorsal rekumben* 8. Memberikan pasien urinal (bila laki-laki) dan menempatkan badpan (bila perempuan) di bawah bokong pasien (jika pasien telah selesai BAK) 9. Menyiram vulva/penis pasien dengan air hangat dan mengeringkannya 10. Mengangkat badpan/urinal 11. Mengangkat pengalas 12. Memakaikan kembali pakaian pasien			

	13.Mengganti selimut ekstra dengan selimut pasien			
D	Tahap terminasi 1. Evaluasi respon klien dan tindakan yang dilakukan (kaji toleransi klien terhadap pemberian makanan) 2. Rapikan alat dan pasien 3. Cuci tangan 4. Kontrak waktu			
E	Dokumentasi			

*critical point

KETERANGAN :

Pekanbaru,20.....

0 = Tidak dilakukan sama sekali

Penguji,

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

(.....)

Nilai Batas Lulus = 75%

Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$

Jumlah aspek yang dinilai

CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN MEMBANTU PASIEN BAB DI TEMPAT TIDUR

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Nama :

NIM :

No	Langkah Kegiatan	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap pre interaksi 1. Cek catatan medis dan keperawatan pasien 2. Validasi perasaan perawat 3. Siapkan alat-alat 4. Cuci tangan			
B	Tahap orientasi 1. Memberikan salam, memperkenalkan nama perawat, memanggil nama klien 2. Menjelaskan prosedur tindakan, kontrak waktu dan tujuan serta lamanya tindakan 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya			
C	Tahap kerja 1. Jaga privasi pasien* 2. Mencuci tangan 3. Pakai sarung tangan 4. Memasang selimut ekstra 5. Memasang pengalas di bawah bokong pasien 6. Melepaskan pakaian bawah pasien 7. Memberikan pasien urinal (bila laki-laki) dan menempatkan badpan (bila perempuan) di bawah bokong pasien dengan cara: c. Pada pasien yang dapat mengangkat bokong dapat diminta untuk mengangkat bokong (posisi litotomi) d. Pada pasien yang tidak dapat mengangkat bokong: miringkan pasien, tempelkan badpan pada bokong klien. Kembalikan pasien pada posisi terlentang.			

	8. Mendekatkan bel ke pasien untuk mengingatkan pasien bila telah selesai BAB kemudian pasien dapat ditinggalkan bila keluarga pasien ada. 9. Mengangkat badpan dan mengganti dengan badpan yang kosong. 10. Membersihkan area genitalia dan perenium (sampai bersih) dengan cara menyiram air mulai dengan tinggi \pm 10 cm di atas genitalia. 11. Mengeringkan dengan handuk/kertas kloset dari arah genitalia ke perenium. Mengangkat badpan/urinal, menutupnya dan meletakkannya di bawah tempat tidur pasien. 12. Mengangkat pengalas. 13. Memakaikan kembali pakaian pasien. 14. Mengganti selimut ekstra dengan selimut pasien.			
D	Tahap terminasi 1. Evaluasi respon klien dan tindakan yang dilakukan (kaji toleransi klien terhadap pemberian makanan) 2. Rapikan alat dan pasien 3. Membuka sarung tangan 4. Cuci tangan 5. Kontrak waktu			
E	Dokumentasi			

*critical point

KETERANGAN :

Pekanbaru,20.....

0 = Tidak dilakukan sama sekali

Penguji,

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

(.....)

Nilai Batas Lulus = 75%

Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$

Jumlah aspek yang dinilai

TEKNIK RELAKSASI NYERI

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

TIM PENYUSUN: TIM KEPERAWATAN DASAR

“Nyut-nyut yang Mengganggu”

Seorang perempuan berusia 18 tahun di rawat di RS dengan keluhan sakit di perutnya. Perawat ruangan mengajarkannya teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri tersebut yaitu nafas dalam, imajinasi dan pijat.

Pengantar

Pengalaman nyeri merupakan suatu hal yang kompleks, mencakup aspek fisik, emosional dan kognitif. Nyeri adalah suatu hal yang bersifat subjektif dan personal. Stimulus nyeri dapat bersifat fisik dan atau mental yang terjadi secara alami. Pengalaman nyeri akan menyebabkan klien mengalami penurunan kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas harian yang akan memicu penurunan ketahanan fisik klien.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti *skill* labs ini mahasiswa ini mampu:

1. Melakukan pengkajian terhadap nyeri
2. Melakukan manajemen nyeri

Aktivitas Pembelajaran

No	Aktivitas	Yang terlibat	Waktu
1	Pembukaan a. <i>Pre test</i> b. Penjelasan instruktur	Mahasiswa Instruktur	20 menit
2	Pelaksanaan c. <i>Role play</i> Instruktur a. <i>Role Play</i> mahasiswa	Instruktur Mahasiswa	140 menit
3	Evaluasi dan feedback	Mahasiswa dan instruktur	20 menit

TINJAUAN TEORI

NYERI

Menurut *International Association for Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah sensori subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang dapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Penanganan nyeri yang efektif tergantung pada pemeriksaan dan penilaian nyeri yang seksama. Dalam mengkaji nyeri sering digunakan mnemonik OPQRSTUV untuk mengevaluasi nyeri klien, yaitu:

1. Onset → kapan mulai terasa, lamanya, frekuensi?
2. *Pattern/provoking* → penyebab nyeri, apa yang memperburuk atau mengurangi nyeri?

- contoh : faringitis semakin nyeri jika menelan/berbicara. Ruptur diskus intravertebral semakin nyeri jika membungkuk atau mengangkat benda.

3. *Quality*→ seperti apa nyeri yang dirasakan? Sejauh mana efek nyeri terhadap fisik dan psikologis?

- (menggunakan kata-katapasien, contoh : seperti ditusuk, rasa terbakar, sensasi remuk/crushing, berdenyut/throbbing, tajam atau tumpul, dll). Bedah : tajam, infarkmiokard : crushing
- Efek nyeri: respon fisik dan psikologis: contoh merintih, sedih, berkeringat dll

4. *Region/ radiation/ relieving*→ dimana lokasi nyeri (dengan gambar tubuh), menetap atau berpindah atau menyebar, dalam atau luar, apa yang dilakukan untuk mengurangi ketidak nyamanan?

- Tindakan untuk mengurangi:mengubah posisi, berayun-ayun, menggosok, makan, meditasi, mengompres

5. *Severity/Sleep*→ keparahan nyeri, dan pengaruh terhadap pola tidur

- Keparahan:
 - a. gunakan skala nyeri yang tepat misal: skala nyeri numerik (NRS), visual analog scale (VAS), Face scale.

b. Bagaimanakah derajat keparahan saat ini? Apakah membaik? Memburuk? Rata-rata? Apakah nyeri juga diikuti oleh gejala yang lain? Gejala apakah itu?

➤ gejala yang menyertai nyeri (mual, nyeri kepala, pusing, keinginan untuk miksi, konstipasi, gelisah)

▪ Pola tidur:

➤ bisakah anda tidur? Apakah nyeri berdampak terhadap pola tidur anda?

➤ Apakah anda terbangun karena nyeri?

6. *Treatment* → riwayat terapi, keberhasilan terapi, jenis terapi yang digunakan, riwayat terhadap efek samping terapi

7. *Understanding* → arti dampak nyeri terhadap diri sendiri/ keluarga.

8. *Value* → harapan terhadap nyeri

Gambar 1. *Faces Pain Rating Scale*



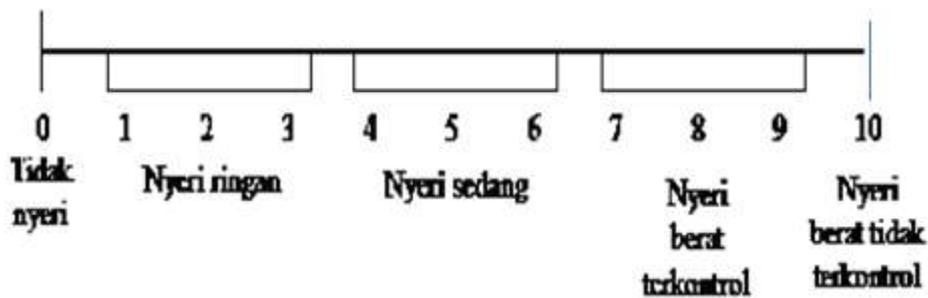
Gambar 2. *Numeric Pain Scale*



Gambar 3. *Visual Analog Scale*



Gambar 4. Skala deskriptif/intensitas nyeri



Gambar 5. *Functional Pain Scale*



Please choose a description that best describes the functional effect of your pain. Feel free to use half point if the effect of your pain is somewhat lower than any specific description.

10	Worst imaginable pain. Causes you to be completely incapacitated and barely able to talk. Requires immediate emergency hospitalization.
8-9	Pain that causes disability between levels 7 and 10. Nearing need for hospitalization
7	Severely disabling pain. You cannot use or move the painful area. You have difficulty talking and concentrating on anything but the pain. Needing to lie down and/or pain-related tearfulness are common at this level of pain.
6	Pain that causes disability between levels of 5 and 7.
5	Very disabling pain. Causes great difficulty moving or applying strength through the painful area. You are unable to complete the current activity.
4	Pain that causes disability between levels of 3 and 5.
3	Functionally disabling pain. Pain that is starting to affect your ability to perform the current activity. (i.e. decreased movement, decreased speed, and/or the need to briefly rest and/or stretch in order to continue completing the current activity).
0.25 To 2.75	Non-disabling pain: The pain is present, but not yet at a level which limits you from performing the current activity
0	No pain or discomfort.

Note: Please limit your lowest delineations to values of 0.25.

Perawat perlu melakukan manajemen nyeri secara sistematis untuk dapat mengerti dan mengobati nyeri klien. Berbagai macam manajemen nyeri dapat digunakan untuk mengatasi nyeri klien, baik strategi farmakologis ataupun non-farmakologis. Intervensi farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan obat-obatan (analgesik).

Tiga tipe analgesik yang untuk mengatasi nyeri:

1. Non-opioid, mencakup asetaminofen dan obat anti inflamasi non steroid (NSAIDs)
2. Opioid (narkotik)

3. Tambahan/pelengkap/koanalgesik (*adjuvants*)

Intervensi non-farmakologis merupakan cara mengatasi nyeri tanpa menggunakan obat-obatan, sangat tepat untuk klien dengan kriteria sebagai berikut:

1. Mencari intervensi yang menarik
2. Terlihat cemas atau takut
3. Mungkin akan mendapat manfaat dengan menghindari atau mengurangi terapi obat-obatan
4. Kemungkinan besar mengalami dan perlu mengatasi nyeri pasca-operasi dalam jangka waktu yang lebih lama

Intervensi non-farmakologis untuk mengurangi nyeri

1. Sentuhan terapeutik

Teori ini mengatakan bahwa individu yang sehat mempunyai keseimbangan energi antara tubuh dengan lingkungan luar. Orang sakit berarti ada ketidakseimbangan energi, dengan memberikan sentuhan pada klien, diharapkan ada transfer energi dari perawat ke klien.

2. Akupresur

Pemberian penekanan pada pusat-pusat nyeri

3. Teknik relaksasi & *guided imagery*

Relaksasi merupakan perasaan bebas secara mental dan fisik dari ketegangan atau stres yang membuat individu memiliki rasa kontrol terhadap dirinya. Teknik relaksasi mencakup meditasi, yoga, *guided*

imagery (imajinasi terpimpin), latihan napas dalam dan latihan relaksasi progresif.

Guided imagery. Meminta klien berimajinasi membayangkan hal-hal yang menyenangkan, tindakan ini memerlukan suasana dan ruangan yang tenang serta konsentrasi dari klien. Apabila klien mengalami kegelisahan, tindakan harus dihentikan. Tindakan ini dilakukan pada saat klien merasa nyaman dan tidak sedang nyeri akut.

4. Distraksi

Mengalihkan perhatian terhadap nyeri, sehingga mengurangi kesadaran akan nyeri, efektif untuk nyeri ringan sampai sedang. Distraksi visual (melihat TV atau pertandingan bola), distraksi audio (mendengar musik), distraksi sentuhan (*massase*, memegang mainan), distraksi intelektual (merangkai *puzzle*, main catur).

5. *Anticipatory guidance*

Memodifikasi secara langsung cemas yang berhubungan dengan nyeri. Contoh tindakan: sebelum klien menjalani prosedur pembedahan, perawat memberikan penjelasan/informasi pada klien tentang pembedahan, dengan begitu klien sudah punya gambaran dan akan lebih siap menghadapi nyeri.

6. Hipnotis

Membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif.

7. *Biofeedback*

Terapi perilaku yang dilakukan dengan memberikan individu informasi tentang respon nyeri fisiologis dan cara untuk melatih kontrol volunter

terhadap respon tersebut. Terapi ini efektif untuk mengatasi ketegangan otot dan migrain, dengan cara memasang elektroda pada pelipis.

8. Stimulasi kutaneus

Stimulasi pada kulit membantu untuk mengurangi nyeri. Stimulasi ini akan menyebabkan pelepasan endorfin sehingga bisa memblokir stimulasi nyeri. Bisa dilakukan dengan *massase*; pemberian sensasi hangat atau dingin seperti mandi air hangat, kompres dengan kantong es; *counteriritan* (menggunakan plester hangat); *contralesional stimulation* (memberikan masase kulit pada area yang berlawanan dengan area yang nyeri) dan stimulasi saraf elektrik transkutan (*TENS/ transcutaneous electrical nerve stimulation*). *TENS* merupakan stimulasi pada kulit dengan menggunakan arus listrik ringan yang dihantarkan melalui elektroda luar.

Prosedur kerja

Prosedur kerja teknik relaksasi napas dalam:

1. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang
2. Atur posisi klien. Usahakan klien tetap rileks dan tenang
3. Instruksikan klien menarik napas dalam melalui hidung (tujuan supaya rongga paru berisi udara) dengan hitungan 1,2 dan 3
4. Instruksikan klien secara perlahan menghembuskan udara melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
5. Instruksikan klien untuk bernapas dengan irama normal beberapa saat tiga kali (1-2 menit)

6. Instruksikan klien mengambil nafas dalam kembali dan keluarkan secara perlahan-lahan, pada saat ini biarkan telapak tangan dan kaki rileks.
7. Minta klien untuk mengkonsentrasikan pikiran pada daerah yang nyeri sambil memejamkan mata.
8. Anjurkan klien untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
9. Ulangi sampai 15 kali, dengan diselingi istirahat setiap 5 kali
10. Setelah klien merasakan ketenangan, minta klien untuk melakukan secara mandiri

Prosedur kerja *guided imagery* (imajinasi terpimpin):

1. Anjurkan klien untuk mencari posisi yang nyaman
2. Duduk dekat klien, tapi tidak mengganggu
3. Melakukan bimbingan dengan baik terhadap klien:
 - a. Minta klien untuk memikirkan hal-hal yang menyenangkan atau pengalaman yang membantu penggunaan semua indera dengan suara yang lembut.
 - b. Ketika klien relaks, klien akan berfokus pada bayangannya, pada saat itu perawat tidak perlu berbicara lagi
 - c. Jika klien menunjukkan tanda-tanda agitasi, gelisah atau tidak nyaman, perawat harus menghentikan latihan, dan mulai lagi jika klien siap
 - d. Relaksasi akan mengenai seluruh tubuh klien setelah 15 menit. Biasanya klien rileks setelah menutup mata atau mendengar musik yang lembut sebagai *background* yang membantu. Anjurkan klien untuk memperhatikan tubuhnya, perhatikan daerah-daerah yang tegang

- e. Mencatat hal-hal yang digambarkan klien dalam pikiran untuk digunakan pada latihan selanjutnya

Prosedur kerja teknik relaksasi progresif:

1. Ciptakan lingkungan yang nyaman
2. Atur posisi klien berbaring atau duduk dikursi dengan kepala di topang
3. Minta klien untuk menutup mata dan mempertahankan sikap mau menerima
4. Tindakan dilakukan 2x15 menit per hari
5. 4 kelompok utama yang digunakan dalam teknik relaksasi:
 - a. Tangan, lengan bawah, otot biseps
 - b. Kepala, muka, tenggorokan dan bahu. Pemusatan perhatian pada kepala karena dari pandangan emosional otot yang penting ada pada daerah ini
 - c. Dada, lambung dan punggung bagian bawah
 - d. Paha, pantat, betis, kaki
6. Membimbing klien untuk melakukan teknik relaksasi:
 - a. Saat bernapas secara perlahan dan nyaman, minta klien untuk merelaksasikan dan menengangkan otot sesuai urutan yang diperintahkan (telapak tangan, wajah, kaki). Tegangkan selama 5-7 detik dan merelaksasikannya selama 12-30 detik serta merasakan tiap bagian yang berelaksasi
 - b. Instruksikan klien untuk menegangkan dan kemudian merelaksasikan betis, lutut dst
7. Catat respon klien terhadap teknik dan perubahan

Prosedur *back massase*

1. Jaga *privacy* klien
2. Atur posisi klien yang nyaman: pronasi atau lateral
3. Lepaskan pakaian tidur klien
4. Taruh sedikit *lotion* pelembab yang sudah hangat pada telapak tangan
5. *Massase* dilakukan selama 10 menit
 - a. Mulai dari area sakrum, *massase* dengan gerakan melingkar dari bokong menuju bahu. Menggunakan gerakan lembut namun kuat diatas skapula. Berlanjut ke gerakan lembut pada lengan atas dan sepanjang sisi samping punggung ke bawah pinggang. Menggunakan gerakan panjang, meluncur di sepanjang otot tulang belakang
 - b. Pijat otot yang terasa tegang atau kaku. Pijat kulit secara lembut dengan menggenggam jaringan antara ibu jari dan jari-jari lainnya. Pijat ke atas disepanjang tulang belakang, kemudian ke arah sakrum
6. Bersihkan lotion yang berlebih. Bantu klien menggunakan pakaian kembali dan mendapatkan posisi yang nyaman

CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN

TEKNIK RELAKSASI NYERI

NAMA MAHASISWA :

NIM :

1. Teknik Relaksasi Napas Dalam

No	Aktivitas	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap Pre Interaksi 1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis klien 2. Siapkan alat 3. Cuci tangan			
B	Tahap Orientasi 1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya, kenalkan diri perawat 2. Validasi keadaan klien 3. Jelaskan tujuan, prosedur dan lama kegiatan 4. Beri kesempatan klien untuk bertanya			
C	Tahap Kerja 1. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang 2. Atur posisi klien. Usahakan klien tetap rileks dan tenang 3. Instruksikan klien menarik nafas dalam melalui hidung (tujuan supaya rongga paru berisi udara) dengan hitungan 1,2 dan 3* 4. Intruksikan klien secara perlahan menghembuskan udara melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks* 5. Instruksikan klien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat tiga kali (1-2 menit)			

	6. Instruksikan klien mengambil nafas dalam kembali dan keluarkan secara perlahan-lahan, pada saat ini biarkan telapak tangan dan kaki rileks 7. Minta klien untuk mengkonsentrasikan fikiran pada daerah yang nyeri sambil memejamkan mata* 8. Anjurkan klien untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang 9. Ulangi sampai 15 kali, dengan diselingi istirahat setiap 5 kali 10. Setelah klien merasakan ketenangan, minta klien untuk melakukan secara mandiri			
D	Tahap Terminasi 1. Evaluasi subjektif dan objektif respon klien terhadap tindakan 2. Beri <i>reinforcement</i> positif 3. Kontrak selanjutnya			
E	Dokumentasi Catat, karakteristik nyeri dan respon klien setelah tindakan			

*critical point

KETERANGAN :

Pekanbaru,20.....

0 = Tidak dilakukan sama sekali

Penguji,

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

(.....)

Nilai Batas Lulus = 75%

Nilai = Jumlah nilai yang didapat X 100%

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Jumlah aspek yang dinilai

2. *Guided Imagery*

No	Aktivitas	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap Pre Interaksi 1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis klien 2. Siapkan alat 3. Cuci tangan			
B	Tahap Orientasi 1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya, kenalkan diri perawat 2. Jelaskan tujuan, prosedur dan lama kegiatan 3. Beri kesempatan klien untuk bertanya			
C	Tahap Kerja 1. Anjurkan klien untuk mencari posisi yang nyaman 2. Duduk dekat klien, tapi tidak mengganggu 3. Melakukan bimbingan dengan baik terhadap klien: <ul style="list-style-type: none">• Minta klien untuk memikirkan hal-hal yang menyenangkan atau pengalaman yang			

	<p>membantu penggunaan semua indera dengan suara yang lembut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketika klien relaks, klien akan berfokus pada bayangannya, pada saat itu perawat tidak perlu berbicara lagi <p>4. Jika klien menunjukkan tanda-tanda agitasi, gelisah atau tidak nyaman, perawat harus menghentikan latihan, dan mulai lagi jika klien siap</p> <p>5. Relaksasi akan mengenai seluruh tubuh klien setelah 15 menit. Biasanya klien rileks setelah menutup mata atau mendengar musik yang lembut sebagai background yang membantu. Anjurkan klien untuk memperhatikan tubuhnya, perhatikan daerah-daerah yang tegang.</p> <p>6. Mencatat hal-hal yang di gambarkan klien dalam pikiran untuk digunakan pada latihan selanjutnya</p>			
D	<p>Tahap Terminasi</p> <p>1. Evaluasi subjektif dan objektif respon pasien terhadap tindakan</p> <p>2. Beri <i>reinforcement</i> positif</p> <p>3. Kontrak selanjutnya</p>			
E	<p>Dokumentasi</p> <p>Catat karakteristik nyeri dan respon klien setelah tindakan</p>			

*critical point

KETERANGAN :

Pekanbaru,20.....

0 = Tidak dilakukan sama sekali

Penguji,

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

(.....)

Nilai Batas Lulus = 75%

Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$

Jumlah aspek yang dinilai

3. Teknik Relaksasi Progresif

No	Aktivitas	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap Pre Interaksi			

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis klien 2. Siapkan alat 3. Cuci tangan 			
B	<p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya, kenalkan diri perawat 2. Jelaskan tujuan, prosedur dan lama kegiatan 3. Beri kesempatan klien untuk bertanya 			
C	<p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang nyaman 2. Atur posisi klien berbaring atau duduk di kursi dengan kepala di topang 3. Minta klien untuk menutup mata dan mempertahankan sikap mau menerima 4. Tindakan dilakukan 2x15 menit per hari 5. 4 kelompok utama yang digunakan dalam teknik relaksasi: <ul style="list-style-type: none"> • Tangan, lengan bawah, otot biseps • Kepala, muka, tenggorokan dan bahu. Pemusatan perhatian pada kepala karena dari pandangan emosional otot yang penting ada pada daerah ini • Dada, lambung dan punggung bagian bawah • Paha, pantat, betis, kaki 6. Membimbing klien untuk melakukan teknik relaksasi*: <ul style="list-style-type: none"> • Saat bernapas secara perlahan dan nyaman, minta klien untuk merelaksasikan dan menengangkan otot sesuai urutan yang diperintahkan (telapak tangan, wajah, kaki). Tegangkan selama 5-7 detik dan merelaksasikannya selama 12-30 detik 			

	serta merasakan tiap bagian yang berelaksasi <ul style="list-style-type: none"> • Instruksikan klien untuk menegangan dan kemudian merelaksasikan betis, lutut dst 7. Catat respon klien terhadap teknik dan perubahan tingkat kenyamanan			
D	Tahap Terminasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi subjektif dan objektif respon pasien terhadap tindakan 2. Beri <i>reinforcement</i> positif 3. Kontrak selanjutnya 			
E	Dokumentasi Catat karakteristik nyeri dan respon klien setelah tindakan			

*critical point

KETERANGAN :

Pekanbaru,20.....

0 = Tidak dilakukan sama sekali

Penguji,

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

(.....)

Nilai Batas Lulus = 75%

Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$

Jumlah aspek yang dinilai

4. Back Massage

No	Aktivitas	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap Pre Interaksi 1. Baca catatan keperawatan atau catatan medis 2. Identifikasi indikasi dan kontraindikasi untuk <i>back massase</i> 3. Siapkan alat dan bahan: <ul style="list-style-type: none">• Handuk mandi• Losion pelembab 4. Cuci tangan			
B	Tahap Orientasi 1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya, kenalkan diri perawat 2. Jelaskan tujuan, prosedur dan lama kegiatan 3. Beri kesempatan klien untuk bertanya			
C	Tahap Kerja 1. Jaga <i>privacy</i> klien 2. Atur posisi klien yang nyaman: pronasi atau lateral 3. Lepaskan pakaian tidur klien 4. Taruh sedikit losion pelembab yang sudah hangat pada telapak tangan			

	<p>5. Masase dilakukan selama 10 menit*</p> <p>a. Mulai dari area sakrum, masase dengan gerakan melingkar dari bokong menuju bahu. Menggunakan gerakan lembut namun kuat diatas skapula. Berlanjut ke gerakan lembut pada lengan atas dan sepanjang sisi samping punggung ke bawah pinggang. Menggunakan gerakan panjang, meluncur di sepanjang otot tulang belakang.</p> <p>b. Pijat otot yang terasa tegang atau kaku. Pijat kulit secara lembut dengan menggenggam jaringan antara ibu jari dan jari-jari lainnya. Pijat ke atas disepanjang tulang belakang, kemudian ke arah sakrum</p> <p>6. Bersihkan losion yang berlebih. Bantu klien menggunakan pakaian kembali dan mendapatkan posisi yang nyaman.</p>			
D	<p>Tahap Terminasi</p> <p>1. Evaluasi subjektif dan objektif respon pasien terhadap tindakan, terutama tingkat nyeri</p> <p>2. Beri <i>reinforcement</i> positif</p> <p>3. Kontrak selanjutnya</p>			
E	<p>Dokumentasi</p> <p>Catat karakteristik nyeri dan respon klien setelah tindakan</p>			

*critical point

KETERANGAN :

Pekanbaru,20.....

0 = Tidak dilakukan sama sekali

Penguji,

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

(.....)

Nilai Batas Lulus = 75%

Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$

Jumlah aspek yang dinilai

PERSONAL HYGIENE

TIM PENYUSUN: TIM KEPERAWATAN DASAR

“Kenyamanan pasien tugas utamaku...!!”

Seorang pasien perempuan berusia 50 tahun masuk ke ruang rawat inap karena menderita kelemahan tangan dan kaki kanan. Rambut pasien tampak kusut dan lengket, mulutnya berbau kurang sedap. Pasien terlihat gelisah dan malu saat ada keluarga atau teman yang menjenguknya. Seorang perawat kemudian membantu pasien melakukan aktivitas *personal hygiene* sehingga pasien menjadi nyaman kembali

sia

arifan

40

Pengantar

Pemeliharaan kebutuhan fisik diperlukan untuk rasa nyaman, aman dan perasaan sehat individu, disamping itu perawatan kebersihan membantu untuk mencegah infeksi, meningkatkan sirkulasi dan mempertahankan integritas jaringan dan klien dapat menjadi lebih tenang/rileks. Tindakan tersebut meliputi usaha-usaha untuk memelihara kebersihan personal dan penampilan yang baik.

Jenis perawatan diri yaitu:

1. Mandi
2. Perawatan oral
3. Perawatan perineal
4. Perawatan rambut dan kulit kepala

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti *skill* labs ini mahasiswa mampu:

1. Memandikan klien terutama klien di tempat
2. Melakukan perawatan oral terutama pada klien yang tidak sadar
3. Melakukan perawatan perineal
4. Melakukan keterampilan keramas dan menyisir rambut

Aktifitas Pembelajaran

No.	Aktivitas	Yang terlibat	Waktu
1	Pembukaan c. <i>Pre test</i> d. Penjelasan instruktur	Mahasiswa Instruktur	20 menit
2	Pelaksanaan c. <i>Role play</i> instruktur d. <i>Role play</i> mahasiswa	Instruktur Mahasiswa	140 menit
3	Evaluasi dan <i>feedback</i>	Mahasiswa dan instruktur	20 menit

TINJAUAN TEORI

PERSONAL HYGIENE

Seseorang yang sehat mampu memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya sendiri. Seseorang yang sakit mungkin memerlukan bantuan perawat untuk melakukan pembersihan diri yang rutin. Tiap orang biasanya melakukan kebersihan diri dengan cara yang berbeda.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kebersihan diri klien adalah:

1. Gambaran tubuh: penampilan secara umum klien menunjukkan pentingnya kebersihan baginya.
2. Status sosial ekonomi: sumber-sumber ekonomi seseorang mempengaruhi tipe dan tindakan kebersihan dirinya.
3. Pengetahuan: pengetahuan tentang pentingnya kebersihan dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi tindakan kebersihan seseorang.
4. Budaya: keyakinan, budaya, nilai-nilai pribadi dan praktek dalam keluarga klien mempengaruhi perawatan kebersihan.
5. Kesenangan pribadi: waktu untuk merencanakan kebersihan diri dan produk perawatan kebersihan disesuaikan dengan kesenangan pribadi klien.

Memandikan Klien

Memandikan merupakan bagian dari *hygiene* total. Memandikan klien adalah membersihkan seluruh tubuh klien, untuk klien di tempat tidur berarti membersihkan seluruh tubuh klien yang terbaring di atas tempat tidur, sementara untuk klien yang masih mampu bergerak tapi tidak dapat menjangkau seluruh bagian tubuhnya akan menjalani aktivitas memandikan di tempat tidur parsial. Setelah memandikan klien dilakukanlah kegiatan menggosok punggung (*effleurage*) dengan tujuan menghilangkan ketegangan otot, mengurangi nyeri dan menimbulkan rasa rileks. Pijatan minimal selama 3 menit sangat meningkatkan kenyamanan klien dan relaksasinya.

Tujuan memandikan

1. Membersihkan kulit: pembersihan, mengurangi keringat dan meminimalkan infeksi.
2. Stimulasi sirkulasi: melalui penggunaan air hangat dan usapan yang lembut pada ekstremitas
3. Peningkatan citra diri: meningkatkan perasaan segar kembali dan rasa kenyamanan
4. Pengurangan bau badan: sekresi keringat yang berlebihan dan kelenjer aprokin menyebabkan bau badan yang tidak menyenangkan

5. Peningkatan rentang gerak: gerakan ekstremitas, mempertahankan fungsi sendi

Prinsip yang harus diperhatikan dalam memandikan klien:

1. Memberikan privasi
2. Memberikan keamanan: hal ini penting pada klien yang tidak sadar
3. Memelihara kondisi lingkungan tetap hangat
4. Memberikan kemandirian pada klien dengan meningkatkan kebebasan beraktivitas selama mandi dan antisipasi kebutuhan klien dengan menawarkan bantuan yang diperlukan.

Alat dan bahan yang diperlukan:

1. Sabun mandi
2. Air hangat
3. 3 buah *washlap*
4. 2 buah handuk mandi
5. 2 buah waskom air
6. 1 buah selimut mandi
7. Sarung tangan bersih
8. Pakaian bersih

9. Alat bantu *hygienis* (perawatan kuku, gigi, dll)
10. Alat berdandan (*lotion*, bedak, deodoran, dll)
11. Linen pengganti
12. Keranjang tempat alat-alat kotor
13. Pispot (jika dibutuhkan)

Prosedur kerja:

1. Identifikasi kebutuhan klien untuk dimandikan.
2. Siapkan alat-alat
3. Cuci tangan
4. Jelaskan prosedur
5. Atur posisi tempat tidur. Jaga Privasi klien
6. Lepaskan pakaian klien
 - Lepaskan pakaian dari sisi yang tidak sakit
 - Jika memakai selang infus, lepaskan pakaian dari lengan tanpa selang terlebih dahulu

Cuci bagian muka

7. Letakkan handuk mandi dibawah kepala dan diatas dada klien
8. Basahkan *washlap* dalam air dan peras

9. Bersihkan mata klien tanpa menggunakan sabun. Gunakan bagian yang berbeda untuk tiap-tiap mata. Usap mata dari kantung dalam ke luar, kemudian keringkan mata
10. Tanyakan apakah klien ingin menggunakan sabun di wajah. Cuci, bersihkan dan keringkan kening, pipi, hidung, leher dan telinga.

Cuci lengan

11. Lepaskan selimut mandi dari lengan klien. Letakkan handuk dibawah lengan klien yang terjauh.
12. Bersihkan lengan (mulai dengan lengan yang jauh) dengan sabun dan air dengan gerakan panjang dan tegas dari areal distal ke proksimal. Bersihkan aksila dengan baik
13. Cuci dan keringkan aksila dengan baik. Gunakan deodoran atau bedak jika klien menginginkannya
14. Lipat handuk mandi menjadi dua, letakkan disamping klien. Letakkan wadah disamping klien. Rendam tangan klien dalam air. Biarkan selama 3-5 menit, lalu cuci tangan dan kuku. Pindahkan mangkuk air dan keringkan tangan.
15. Ulangi langkah 11-14 untuk lengan sebelahnya.

Cuci dada dan perut

16. Tutupi dada klien dengan handuk mandi, lipat selimut mandi sampai umbilikus
17. Dengan menggunakan satu tangan, angkat tepi handuk menjauhi dada. Lap dada dengan usapan memanjang dan tegas. Beri perhatian khusus untuk lipatan payudara. Tutupi dada klien diantara periode cuci. Bersihkan dan keringkan dengan baik
18. Letakkan handuk mandi sepanjang dada dan abdomen. Lipat selimut ke bawah sampai tepat di batas regio pubis.
19. Dengan satu tangan, angkat handuk mandi. Tangan lainnya mandikan abdomen, bersihkan pusar dan lipatan-lipatan pada perut. Gerakan dimulai dari sisi samping ke sisi samping lainnya. Tutupi abdomen diantara periode mencuci. Bersihkan dan keringkan dengan baik.

Cuci punggung

20. Tutupi klien dengan handuk mandi, ganti handuk mandi jika perlu
21. Posisikan klien lateral/pronasi. Letakkan handuk sepanjang punggung dan bokong klien. Tutupi klien dengan menggeser selimut mandi dari bahu ke paha. Cuci dan keringkan punggung dari leher ke bokong dengan gerakan panjang dan tegas. Kenakan sarung tangan. Perhatikan lipatan bokong dan anus. Berikan pijatan punggung

22. Berikan *lotion* untuk melembabkan kulit dan atau bedak jika diinginkan klien.
23. Pakaikan pakaian yang bersih. Kenakan pakaian dari sisi yang sakit terlebih dahulu.
24. Ganti *washlap*(sarung tangan dan air bila perlu)
25. Bantu klien untuk posisi telentang atau miring. Tutupi dada dan ekstremitas atas dengan handuk mandi, ekstremitas bawah dengan selimut mandi. Perlihatkan hanya bagian genitalia (*perineal hygiene* akan dibahas khusus kemudian)

Cuci tungkai

26. Tutupi dada dan abdomen dengan selimut mandi. Buka bagian kaki yang terjauh dengan melipat selimut ke arah garis tengah. Pastikan kaki lainnya dan perineum tertutup
27. Tekuk lutut klien dengan cara menempatkan lengan di bawah kaki. Letakkan handuk mandi secara memanjang di bawah tungkai klien
28. Letakkan waskom diatas handuk dan rendam kaki kedalam waskom sambil membersihkan tungkai. Jika klien tidak dapat menahan kaki didalam waskom, cuci kaki dengan *washlap*

29. Gunakan usapan memanjang dan tegas saat mencuci dari tumit ke lutut, dari lutut ke paha. Keringkan dengan baik
30. Bersihkan kaki dan area diantara jari. Keringkan dengan baik, jika kulit kering beri *lotion*
31. Ulangi langkah 26-30 untuk tungkai yang lainnya
32. Bantu klien berpakaian. Sisir rambut klien
33. Rapikan tempat tidur. Ganti seprai jika kotor
34. Rapikan peralatan dan cuci tangan

**CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN
MEMANDIKAN KLIEN DI TEMPAT TIDUR**

NAMA MAHASISWA :

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

*Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan
local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036*

NIM

:.....

No	Aktivitas	Nilai		
		0	1	2
A	<p>Pre interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca catatan keperawatan atau catatan medis 2. Menentukan tingkat bantuan yang dibutuhkan klien 3. Siapkan bahan dan alat yang dibutuhkan: <ul style="list-style-type: none"> • Sabun mandi • Air hangat • 3 washlap • 2 handuk mandi • 2 waskom air • 1 selimut mandi • Sarung tangan bersih • Pakaian bersih • Alat berdandan (lotion, bedak, deodoran, dll) • Pispot (jika dibutuhkan) 4. Cuci tangan 			
B	<p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya, perkenalkan diri perawat 2. Jelaskan tujuan, prosedur dan lama tindakan 3. Berikan kesempatan klien untuk bertanya 			
C	<p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaga <i>privacy</i> klien 2. Tawarkan pispot/urinal pada klien 3. Atur posisi tempat tidur yang nyaman untuk perawat bekerja 			

<p>4. Angkat selimut klien dan ganti dengan selimut mandi</p> <p>5. Lepaskan pakaian klien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan pakaian dari sisi yang tidak sakit • Jika memakai selang infus, lepaskan pakaian dari lengan tanpa selang terlebih dahulu <p><u>Cuci bagian muka</u></p> <p>6. Letakkan handuk mandi dibawah kepala dan diatas dada klien</p> <p>7. Basahkan <i>washlap</i> dalam air dan peras</p> <p>8. Bersihkan mata klien tanpa menggunakan sabun. Gunakan bagian yang berbeda untuk setiap mata. Usap mata dari kantung dalam ke luar, kemudian keringkan mata*</p> <p>9. Tanyakan apakah klien ingin menggunakan sabun di wajah. Cuci, bersihkan dan keringkan kening, pipi, hidung, leher dan telinga</p> <p><u>Cuci lengan</u></p> <p>10. Lepaskan selimut mandi dari lengan klien terdekat. Letakkan handuk dibawah lengan klien</p> <p>11. Bersihkan lengan (mulai dengan lengan yang jauh) dengan sabun dan air serta gerakan panjang dan tegas dari areal distal ke proksimal. Bersihkan aksila dengan baik*</p> <p>12. Cuci dan keringkan aksila dengan baik. Gunakan deodoran atau bedak jika klien menginginkannya</p> <p>13. Lipat handuk mandi menjadi dua, letakkan di samping klien. Letakkan wadah di samping klien. Rendam tangan klien dalam air. Biarkan selama</p>			
--	--	--	--

	<p>3-5 menit, lalu cuci tangan dan kuku. Pindahkan mangkuk air dan keringkan tangan</p> <p>14. Ulangi langkah 10-13 untuk lengan sebelah lainnya</p> <p><u>Cuci dada dan perut</u></p> <p>15. Tutupi dada klien dengan handuk mandi, lipat selimut mandi sampai umbilikus</p> <p>16. Dengan menggunakan satu tangan, angkat tepi handuk menjauhi dada. Lap dada dengan usapan memanjang dan tegas. Beri perhatian khusus untuk lipatan payudara. Tutupi dada klien diantara periode cuci. Bersihkan dan keringkan dengan baik</p> <p>17. Letakkan handuk mandi di sepanjang dada dan abdomen. Lipat selimut ke bawah sampai tepat di batas regio pubis</p> <p>18. Dengan satu tangan, angkat handuk mandi. Tangan lainnya memandikan abdomen, bersihkan pusar dan lipatan-lipatan pada perut. Gerakan dimulai dari sisi samping ke sisi samping lainnya. Tutupi abdomen diantara periode mencuci. Bersihkan dan keringkan dengan baik</p> <p><u>Cuci punggung</u></p> <p>19. Tutupi klien dengan handuk mandi, ganti handuk mandi jika perlu</p> <p>20. Posisikan klien lateral/pronasi. Letakkan handuk sepanjang punggung dan bokong klien. Tutupi klien dengan menggeser selimut mandi dari bahu ke paha. Cuci dan keringkan punggung dari leher ke bokong dengan gerakan panjang dan</p>			
--	--	--	--	--

	<p>tegas. Kenakan sarung tangan. Perhatikan lipatan bokong dan anus. Berikan pijatan punggung</p> <p>21. Berikan lotion untuk melembabkan kulit dan atau bedak jika diinginkan klien.</p> <p>22. Pakaikan pakaian yang bersih. Kenakan pakaian dari sisi yang sakit terlebih dahulu.</p> <p>23. Ganti washlap (sarung tangan dan air bila perlu)</p> <p>24. Bantu klien untuk posisi telentang atau miring.</p> <p>Tutupi dada dan ekstremitas atas dengan handuk mandi, ekstremitas bawah dengan selimut mandi. Perhatikan hanya bagian genitalia. Bersihkan area perineal.</p> <p><u>Cuci tungkai</u></p> <p>25. Tutupi dada dan abdomen dengan selimut mandi. Buka bagian kaki yang terjauh dengan melipat selimut ke arah garis tengah. Pastikan kaki lainnya dan perineum tertutup</p> <p>26. Tekuk lutut klien dengan cara menempatkan lengan di bawah kaki. Letakkan handuk mandi secara memanjang di bawah tungkai klien</p> <p>27. Letakkan waskom di atas handuk dan rendam kaki ke dalam waskom sambil membersihkan tungkai. Jika klien tidak dapat menahan kaki di dalam waskom, cuci kaki dengan washlap</p> <p>28. Gunakan usapan memanjang dan tegas saat mencuci dari tumit ke lutut, dari lutut ke paha. Keringkan dengan baik</p> <p>29. Bersihkan kaki dan area diantara jari. Keringkan dengan baik, jika kulit kering beri lotion</p>			
--	--	--	--	--

	30.Ulangi langkah 25-29 untuk tungkai yang lainnya 31.Bantu klien berpakaian. Sisir rambut klien 32.Rapikan tempat tidur. Ganti seprai jika kotor 33.Rapikan peralatan dan cuci tangan			
D	Tahap terminasi 1. Evaluasi subjektif dan objektif respon pasien terhadap tindakan 2. Beri <i>reinforcement</i> positif 3. Kontrak selanjutnya			
E	Dokumentasi Catat tindakan yang telah dilakukan, respon klien serta temuan-temuan yang ditemukan saat tindakan			

*critical point

KETERANGAN :

Pekanbaru,20.....

0 = Tidak dilakukan sama sekali

Penguji,

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

(.....)

Nilai Batas Lulus = 75%

Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$

Jumlah aspek yang dinilai

Perawatan Rambut Dan Kulit Kepala (keramas)

Penampilan dapat mempengaruhi perasaan seseorang. Keadaan sakit dan ketidakmampuan dapat menyebabkan klien tidak melakukan perawatan rambut. Menyisir dan mencuci rambut merupakan perawatan rambut mendasar bagi semua klien. Menyikat akan membantu rambut bersih dan mendistribusikan minyak pada batang rambut. Menyisir akan mencegah rambut kusut. Sisir dengan gigi pendek, adekuat untuk rambut pendek sedangkan untuk rambut keriting gunakan sisir yang bergerigi besar.

Sebelum melakukan perawatan, lakukan pengkajian dengan melihat kondisi rambut dan kulit kepala. Rambut yang sehat akan tampak bersih, bercahaya, dan tidak mudah patah. Rambut yang kusut dan kotor merupakan indikasi untuk melakukan perawatan rambut. Keadaan depresi dan ketidakmampuan fisik dapat menyebabkan kurang perawatan diri. Kelainan atau masalah yang biasa terjadi pada rambut antara lain : ketombe, kutu dan *alopecia*/kerontokan rambut.

Peralatan yang dibutuhkan:

1. 2 handuk mandi
2. *Washlap*
3. Shampo
4. Waskom mandi

5. Selimut mandi
6. Teko tempat air
7. Perlak

Prosedur kerja:

1. Jaga *privacy* klien. Atur posisi klien supinasi dengan kepala dan bahu pada ujung atas tempat tidur
2. Letakkan perlak dibawah bahu sampai kepala klien, masukkan ujung perlak ke dalam waskom
3. Letakkan handuk gulung dibawah leher dan handuk mandi sepanjang bahu
4. Isi teko tempat air dengan air hangat
5. Tawarkan klien untuk memegang handuk wajah
6. Tuang air diatas rambut secara perlahan-lahan sampai semuanya basah
Gunakan sedikit shampo
7. Gosok hingga berbusa dengan kedua tangan. Mulai pada garis batas rambut sampai belakang ke arah leher. Angkat kepala sedikit dengan satu tangan untuk mencuci bagian belakang kepala. Masase kulit kepala dengan memberikan penekanan menggunakan ujung-ujung jari
8. Bilas rambut dengan air sampai bersih. Pastikan aliran air ke dalam waskom

9. Tutup kepala dengan handuk mandi. Keringkan wajah dengan handuk wajah, daerah sekitar leher dan bahu
10. Keringkan rambut dan kulit kepala. Sisir rambut
11. Atur posisi klien kembali ke posisi yang nyaman seperti semula
12. Rapihan peralatan dan cuci tangan

**CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN
MENCUCI RAMBUT**

NAMA MAHASISWA :

NIM :

No	Aktivitas	Nilai		
		0	1	2
A	<p>Tahap Prainteraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baca catatan keperawatan atau catatan medis 2. Siapkan alat dan bahan yang dibutuhkan <ul style="list-style-type: none"> • 2 handuk mandi • <i>Washlap</i> • Shampo • Waskom mandi • Selimut mandi • Teko tempat air • Perlak 3. Cuci tangan 			
B	<p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya, perkenalkan diri perawat 2. Jelaskan tujuan, prosedur dan lama tindakan 3. Berikan kesempatan klien untuk bertanya 			
C	<p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaga <i>privacy</i> klien. Atur posisi klien supinasi dengan kepala dan bahu pada ujung atas tempat tidur 2. Letakkan perlak dibawah bahu sampai kepala klien, masukkan ujung perlak ke dalam waskom 3. Letakkan handuk gulung dibawah leher dan handuk mandi sepanjang bahu* 4. Isi teko tempat air dengan air hangat 5. Tawarkan klien untuk memegang handuk wajah 			

	<p>6. Tuang air diatas rambut secara perlahan-lahan sampai semuanya basah. Gunakan sedikit shampo</p> <p>7. Gosok hingga berbusa dengan kedua tangan. Mulai pada garis batas rambut sampai belakang ke arah leher. Angkat kepala sedikit dengan satu tangan untuk mencuci bagian belakang kepala. Masase kulit kepala dengan memberikan penekanan menggunakan ujung-ujung jari*</p> <p>8. Bilas rambut dengan air sampai bersih. Pastikan aliran air ke dalam waskom*</p> <p>9. Tutup kepala dengan handuk mandi. Keringkan wajah dengan handuk wajah, daerah sekitar leher dan bahu</p> <p>10.Keringkan rambut dan kulit kepala. Sisir rambut</p> <p>11.Atur posisi klien kembali ke posisi yang nyaman seperti semula</p> <p>12.Rapikan peralatan dan cuci tangan</p>			
D	<p>Tahap Terminasi</p> <p>1. Evaluasi subjektif dan objektif respon pasien terhadap tindakan</p> <p>2. Beri <i>reinforcement</i> positif</p> <p>3. Kontrak selanjutnya</p>			
E	<p>Dokumentasi</p> <p>Catat prosedur dan hasil temuan yang berhubungan dengan kondisi rambut atau kulit kepala</p>			

Keterangan:

Nilai batas lulus: ≥ 75

*: poin penting harus dilakukan

$$\text{Nilai} = \frac{\text{jumlahnilai}}{\text{jumlahitemyangdinilai}} \times 100\%$$

0: tidak dilakukan

1: dilakukan tidak sempurna

2: dilakukan sempurna

Pekanbaru,20..

Penguji

(.....)

Perawatan Oral (*Oral Hygiene*)

Hygiene mulut membantu mempertahankan status kebersihan kesehatan mulut, gigi, gusi, dan bibir. Menggosok gigi akan membersihkan gigi dari partikel makanan, plak dan bakteri, memijat gusi dan menghilangkan rasa tidak nyaman akibat bau. Klien harus menggosok gigi dengan pasta gigi berflourida. *Flossing* akan melepaskan plak diantara gigi. Tindakan ini mencakup menyelipkan benang gigi diantara semua permukaan gigi, satu per satu. Gerakan tarikan benang yang seperti jungkat-jungkit (*sesaw*) akan melepaskan plak dari enamel gigi.

Alasan dilakukannya *oral hygiene* :

1. Partikel-partikel makanan yang menyangkut di gigi menyebabkan pembusukan. Beberapa penyakit atau terapi menyebabkan iritasi, kekeringan atau meninggalkan lapisan kecoklatan (*sonders*) pada lidah dan membran mukosa mulut
2. Kondisi mulut yang buruk dapat menurunkan nafsu/selera makan yang akhirnya menyebabkan defisiensi nutrisi
3. Kondisi mulut yang buruk menyebabkan nyeri pada bagian tubuh yang lain

4. Bau nafas gigi yang busuk membuat gelisah seseorang yang dapat mempengaruhi harga diri seseorang

Peralatan yang dibutuhkan:

1. Sikat gigi lembut atau spatel lidah yang telah dibungkus kasa
2. Spatel lidah berbantalan
3. Bengkok
4. Handuk wajah
5. Sarung tangan sekali pakai
6. Bak instrumen atau handuk kertas
7. Kasa
8. Gelas atau kom yang berisi larutan fisiologis (NaCl 0,9%)
9. Jeli larut air

Prosedur kerja:

1. Jaga *privacy* klien
2. Kenakan sarung tangan sekali pakai. Atur tempat tidur pada posisi horizontal
3. Pindahkan klien mendekati sisi tempat tidur, ke dekat perawat. Kepala klien diputar ke arah matras

4. Letakkan handuk di bawah wajah klien dan bengkok di bawah dagu
5. Retraksi gigi atas dan bawah dengan spatel lidah berbantal kasa dengan cara memasukkan spatel lidah dengan cepat tapi lembut diantara geraham belakang
6. Bersihkan mulut menggunakan spatel lidah atau sikat gigi yang telah dibasahkan dengan cairan fisiologis
7. Bersihkan permukaan mengunyah dan bagian dalam terlebih dahulu, kemudian permukaan gigi luar. Usap bagian dalam mulut dan sebelah dalam pipi. Usap lidah dengan lembut
8. Bilas mulut dan isap semua sekresi yang ada
9. Berikan jeli larut air dengan tipis pada bibir
10. Rapihkan peralatan dan lepaskan sarung tangan
11. Atur kembali posisi klien dan posisi tempat tidur
12. Cuci tangan

CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN
ORAL HYGIENE

NAMA MAHASISWA :

NIM :

No	Aktivitas	Nilai		
		0	1	2
A	<p>Tahap Preinteraksi</p> <p>1. Membaca catatan keperawatan atau catatan medis</p> <p>2. Siapkan alat dan bahan yang dibutuhkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikat gigi lembut atau spatel lidah yang telah dibungkus kasa • Spatel lidah berbantalan • Bengkok • Handuk wajah • Sarung tangan sekali pakai • Bak instrumen atau handuk kertas • Kasa • Gelas atau kom yang berisi larutan fisiologis (NaCl 0,9%) • Jeli larut air <p>3. Cuci tangan</p>			
B	Tahap Orientasi			

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya, perkenalkan diri perawat 2. Jelaskan tujuan, prosedur dan lama tindakan 3. Berikan kesempatan klien untuk bertanya 			
C	<p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaga <i>privacy</i> klien 2. Kenakan sarung tangan sekali pakai. Atur tempat tidur pada posisi horizontal 3. Pindahkan klien mendekati sisi tempat tidur, ke dekat perawat. Kepala klien diputar ke arah matras 4. Letakkan handuk di bawah wajah klien dan bengkok di bawah dagu 5. Retraksi gigi atas dan bawah dengan spatel lidah berbantal kasa dengan cara memasukkan spatel lidah dengan cepat tapi lembut diantara geraham belakang 6. Bersihkan mulut menggunakan spatel lidah atau sikat gigi yang telah dibasahkan dengan cairan fisiologis* 7. Bersihkan permukaan mengunyah dan bagian dalam terlebih dahulu, kemudian permukaan gigi luar. Usap bagian dalam mulut dan sebelah dalam pipi. Usap lidah dengan lembut* 8. Bilas mulut dan isap semua sekresi yang ada 9. Berikan jeli larut air dengan tipis pada bibir 			

	10.Rapikan peralatan dan lepaskan sarung tangan 11.Atur kembali posisi klien dan posisi tempat tidur 12.Cuci tangan			
D	Tahap Terminasi 1. Evaluasi subjektif dan objektif respon pasien terhadap tindakan 2. Beri <i>reinforcementt</i> positif 3. Kontrak selanjutnya			
E	Dokumentasi Catat prosedur termasuk observasi yang berhubungan (misal perdarahan gusi, mukosa kering, ulserasi atau krusta pada lidah)			

Keterangan:

*: aspek penting harus dilakukan Pekanbaru,20..

0: tidak dilakukan Penguji

1: dilakukan tidak sempurna

2: dilakuan sempurna

Nilai = $\frac{\text{Jumlahnilaiyangdilakukan}}{\text{jumlahaspekyangdinilai}} \times 100$ Penguji

Nilai batas lulus: ≥ 75

Perawatan Perineal

Perawatan perineal meliputi pembersihan genitalia eksternal, merupakan bagian dari mandi lengkap. Perawatan perineal diberikan kepada klien baik wanita dan pria. Kebanyakan klien mencuci areal perineal mereka sendiri, bila secara fisik mereka mampu melakukannya. Perawatan perineal terutama diberikan kepada klien dengan resiko infeksi seperti pria yang tidak disirkumsisi, klien yang menggunakan kateter urin tetap, sembuh dari operasi rektal atau genital, atau pasca-melahirkan.

Tujuan:

1. Mencegah dan mengontrol penyebaran infeksi
2. Mencegah kerusakan kulit
3. Meningkatkan kenyamanan
4. Mempertahankan kebersihan

Prinsip perawatan perineal: gunakan sarung tangan bersih untuk mengurangi resiko penularan mikroorganisme.

Peralatan yang dibutuhkan:

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

1. Bola kapas
2. Kom berisi air hangat atau larutan pembersih yang diresepkan
3. Perlak
4. Sarung tangan sekali pakai
5. Selimut mandi
6. Bengkok

Prosedur kerja:

1. Jaga *privacy* klien
2. Kenakan sarung tangan sekali pakai
3. Berikan perawatan perineum
 - a. Perawatan perineum wanita
 - Letakkan perlak di bawah bokong klien. Atur posisi klien dorsal rekumben
 - Tutupi klien dengan selimut mandi secara “*diamond*” dengan menempatkan ujung selimut diantara dua kakidan ujung yang lainnya diatas dada. Lipat ujung bawah selimut ke arah abdomen
 - Bersihkan dan keringkan paha atas
 - Pisahkan labia dengan tangan tidak dominan. Bersihkan dengan lembut labia mayora dengan tangan dominan menggunakan bola kapas yang

telah dibasahi larutan pembersih, mulai dari labia mayora terjauh, labia mayora yang dekat, labia minora yang jauh, labia minora yang dekat dan terakhir vestibulum dengan satu kali usapan untuk tiap-tiap bagian dari pubis ke arah rektum

- Keringkan daerah perineum
- Lipat ujung bawah selimut mandi kembali diantara kedua kaki klien, minta klien untuk menurunkan kakinya kembali

b. Perawatan perineum pria

- Letakkan perlak dibawah bokong klien. Posisi klien supinasi
- Secara lembut angkat penis dan letakkan handuk mandi dibawahnya
- Secara lembut raih tangkai penis, jika klien tidak disirkumsisi tarik kulit luarnya
- Bersihkan gland penis pertama-tama pada meatus uretra. Gunakan gerakan melingkar, bersihkan dari meatus kearah luar dan ke bawah tangkai penis
- Kembalikan kulit luar ke posisi semula
- Bersihkan tangkai penis dengan usapan lembut tapi tegas kearah pangkal penis

- Minta klien untuk membuka kaki sedikit. Bersihkan skrotum, angkat dan bersihkan lipatan kulit dibawahnya dengan lembut
- Tutup kembali daerah perineum dengan selimut dan bantu klien ke posisi yang nyaman
- Rapikan peralatan, buka sarung tangan dan cuci tangan

CHECK LIST PENILAIAN KETERAMPILAN

PERINEAL HYGIENE

NAMA MAHASISWA :

NIM :

No	Aktivitas	Nilai		
		0	1	2
A	Tahap Prainteraksi 1. Membaca catatan keperawatan atau catatan medis 2. Identifikasi klien yang beresiko untuk perkembangan infeksi saluran urinaria, genitalia atau saluran reproduksi 3. Siapkan alat dan bahan yang dibutuhkan <ul style="list-style-type: none">• Bola kapas• Kom berisi air hangat atau larutan pembersih yang diresepkan• Perlak• Sarung tangan sekali pakai• Selimut mandi• Bengkok 4. Cuci tangan			
B	Tahap Orientasi 1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya, perkenalkan diri perawat 2. Jelaskan tujuan, prosedur dan lama tindakan 3. Berikan kesempatan klien untuk bertanya			
C	Tahap Kerja 1. Jaga <i>privacy</i> klien 2. Kenakan sarung tangan sekali pakai 3. Berikan perawatan perineum			

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	<p><u>Perawatan perineum wanita</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Letakkan pernak di bawah bokong klien. Atur posisi klien dorsal rekumben 5. Tutupi klien dengan selimut mandi secara “diamond” dengan menempatkan ujung selimut diantara dua kakidan ujung yang lainnya diatas dada. Lipat ujung bawah selimut ke arah abdomen 6. Bersihkan dan keringkan paha atas 7. Pisahkan labia dengan tangan tidak dominan Bersihkan dengan lembut labia mayora dengan tangan dominan menggunakan bola kapas yang telah dibasahi larutan pembersih, mulai dari labia mayora terjauh, labia mayora yang dekat, labia minora yang jauh, labia minora yang dekat dan terakhir vestibulum dengan satu kali usapan untuk tiap-tiap bagian dari pubis ke arah rectum * 8. Keringkan daerah perineum 9. Lipat ujung bawah selimut mandi kembali diantara kedua kaki klien, minta klien untuk menurunkan kakinya kembali <p><u>Perawatan perineum pria</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Letakkan pernak dibawah bokong klien. Posisi klien supinasi 11. Secara lembut angkat penis dan letakkan handuk mandi di bawahnya 12. Secara lembut raih tangkai penis, jika klien tidak disirkumsisi tarik kulit luarnya 13. Bersihkan gland penis pertama-tama pada meatus uretra. Gunakan gerakan melingkar, 			
--	---	--	--	--

	<p>bersihkan dari meatus kearah luar dan ke bawah tangkai penis*</p> <p>14. Kembalikan kulit luar ke posisi semula</p> <p>15. Bersihkan tangkai penis dengan usapan lembut tapi tegas ke arah pangkal penis</p> <p>16. Minta klien untuk membuka kaki sedikit Bersihkan skrotum, angkat dan bersihkan lipatan kulit di bawahnya dengan lembut</p> <p>17. Tutup kembali daerah perineum dengan selimut dan bantu klien ke posisi yang nyaman</p> <p>18. Rapikan peralatan, buka sarung tangan dan cuci tangan</p>			
D	<p>Tahap Terminasi</p> <p>1. Evaluasi subjektif dan objektif respon pasien terhadap tindakan</p> <p>2. Beri <i>reinforcement</i> positif</p> <p>3. Kontrak selanjutnya</p>			
E	<p>Dokumentasi</p> <p>Catat prosedur dan temuan yang tidak normal seperti kondisi kulit terhadap kemerahan, bengkak, iritasi</p>			

*critical point

KETERANGAN :

Pekanbaru,20.....

0 = Tidak dilakukan sama sekali

Penguji,

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

(.....)

Nilai Batas Lulus = 75%

Nilai = Jumlah nilai yang didapat X 100%

Jumlah aspek yang dinilai

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Lampiran 1

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

4. Daftar Pustaka

5. Referensi pustaka (fotokopian/ketikan) wajib dilampirkan

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 **hijau muda**, 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 :

LAPORAN KELOMPOK
X
MAKALAH TUTORIAL
SKENARIO 1
LOGO STIKes HTP

PENYUSUN	
1. NAMA	NIM/KETUA
2. NAMA	NIM/SEKERTARIS
3. ...	
4. ...	
5. ...	

Lampiran 2

Format Laporan Makalah Kelompok Seminar

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

Contoh Cover

Laporan makalah kelompok I
Logo stikes
Nama kelompok
Program Studi S1 Keperawatan
STIKes Hang Tuah Pekanbaru

Lampiran 3

Format Laporan Kegiatan Menonton Film

1. Cover
 2. Kata pengantar
 3. Daftar isi
 4. Pendahuluan : judul film, daftar pertanyaan(disampaikan oleh pembimbing ketika proses pembelajaran sedang berlangsung)
 5. Pembahasan: jawaban untuk setiap pertanyaan (di sesuaikan dengan pertanyaan yang telah diberikan oleh pembimbing), jawaban juga harus berdasarkan berbagai referensi yang ada.
 6. Kesimpulan
 7. Daftar pustaka
- Contoh Cover

Laporan kelompok I
Logo stikes
Nama kelompok
Program Studi S1 Kenerawatan

Lampiran 4

FORMAT PENILAIAN TUTORIAL

Mata Kuliah : Diskusi ke :
Skenario ke : 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									

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

11									
12									
13									

Lampiran 5

A. TUTOR

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
<hr/>			
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
<hr/>			

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

III	Sikap dalam Interaksi (20)	Menghargai dan mampu berinteraksi pada proses diskusi	11-20
		Mampu berinteraksi akan tetapi pada proses diskusi tidak memperhatikan pendapat orang lain	6-10
		Tidak serius dan menghambat proses diskusi	0-5
IV			
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,20.....

Fasilitator

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Lampiran 6

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 ide di luar catatan, kontak mata kurang	3-5										
	Pembicara cemas, audien diabaikan, hanya membaca berbagai catatan daripada berbicara	1-2										
TOTAL												

Pekanbaru,20..

Penilai

(.....)

Lampiran 7

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

30

Pekanbaru,20

Penilai

.....

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

**Buku Panduan Dosen & Tutor Mata Kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia
T.A 2021/2022**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036
