



MODUL

KEPERAWATAN DEWASA 2

(SISTEM ENDOKRIN, PENCERNAAN, PERKEMAHAN DAN IMUNOLOGI)



Disusun Oleh:

Tri Antika R.K.P., Ners., M.Kep., Sp.Kep.M.B

Gina Nurdina, S.Kep., Ners., M.Kep

Linlin Lindayani, Ners., MSC., Ph.D

VISI-MISI PRODI SARJANA KEPERAWATAN

VISI

Menjadi program studi yang cakap, mandiri, dan profesional serta unggul dalam pengembangan teknologi informasi dan komunikasi dalam caring keperawatan yang berbasis riset, inovasi, dan mampu berdaya saing di tingkat nasional serta internasional

MISI

1. Melaksanakan program pendidikan profesional keperawatan sesuai dengan teknologi informasi dan komunikasi dalam caring keperawatan berbasis riset, dan inovasi kurikulum, pengajar serta metode pembelajaran yang berkualitas.
2. Melaksanakan dan mengembangkan kegiatan riset teknologi informasi dan komunikasi dalam caring keperawatan yang inovatif untuk mendukung peningkatan pelayanan kesehatan.
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat berdasarkan hasil riset teknologi informasi dan komunikasi dalam caring keperawatan sebagai kontribusi untuk menyelesaikan masalah kesehatan.
4. Melaksanakan good university governance yang didukung oleh teknologi informasi.
5. Menciptakan lingkungan yang kondusif untuk menyelenggaraan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.
6. Mendukung lulusan STIKep PPNI Jawa Barat menjadi manusia yang berkarakter, bermartabat, dan berintegritas.
7. Melaksanakan kerja sama lintas sektoral baik nasional maupun internasional untuk mendukung pelaksanaan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.

Modul Keperawatan Dewasa 2

Tahun 2023

Cetakan pertama, September 2018

Cetakan revisi kedua, November 2020

Cetakan revisi ketiga, April 2022

Hak cipta dilindungi

undang-undang

No. Pencatatan Hak Cipta:

Dilarang memperbanyak isi buku panduan ini, baik sebagian maupun seluruhnya dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penulis:

Buku ini dipublikasikan oleh:

STIKep PPNI Jawa Barat Jalan Ahmad IV No. 32 Cicendo, Kota Bandung

40173 Indonesia

Telepon: +62 22 6121914

Website: <http://stikep-ppnijabar.ac.id/>

Tim Penyusun:

Tri Antika R.K.P, Ners., M. Kep., Sp.Kep.M.B

Gina Nurdina, S.Kep., Ners., M. Kep

Linlin Lindayani, Ners., MSC., Ph.D

Editor:

Tim Penyusun

ISBN:

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan Kehadirat Allah SWT atas berkat, Rahmat, dan karunia-Nya penyusunan Modul Keperawatan Dewasa 2 ini dapat diselesaikan. Tujuan modul ini adalah sebagai bahan acuan bagi para mahasiswa yang terdiri dari materi yang harus dikuasai oleh para mahasiswa sebagai dasar kompetensi dalam memberikan penanganan kasus pada pasien medical bedah.

Kami menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan modul ini, sehingga dengan kerendahan hati kami mnegharapkan kritik dan saran untuk penyempurnaan penyusunan modul kedepan. Semoga modul ini dapat menjadi penguat kompetensi dasar yang membuat mahasiswa memiliki kepercayaan diri dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien medikal bedah.

Bandung, Maret 2024

Atas nama
Tim Penyusun

DAFTAR ISI

VISI-MISI PRODI SARJANA KEPERAWATAN.....	i
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
SISTEM ENDOKRIN.....	1
PERHITUNGAN DOSIS DAN PENYUNTIKAN INSULIN	1
GDS (GULA DARAH SEWAKTU)	12
MANAJEMEN NYERI	18
SISTEM PENCERNAAN.....	25
PEMASANGAN NGT	34
BILAS LAMBUNG	40
ENEMA	46
PERAWATAN COLOSTOMI	51
SISTEM PERKEMIHAN.....	56
PEMASANGAN KATETER	68
BLADDER TRAINING	81
RETRIKSI CAIRAN	86
PEMERIKSAAN CCT	92
DYALISIS	99
SISTEM IMUNOLOGI.....	107
INJEKSI SUBCUTAN	107
PEMBERIAN OBAT KEMOTERAPI	113

SISTEM ENDOKRIN

PERHITUNGAN DOSIS DAN PENYUNTIKAN INSULIN

1. Tujuan Pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem endokrin
 - b. Mahasiswa mampu mempraktekan teknik penyuntikan insulin sesuai Standar Prosedur Operasional
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem endokrin
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup keperawatan dewasa 2 sistem endokrin
3. Skenario

Seorang wanita berusia 46 tahun, datang ke UGD dengan keluhan lemas, dan penglihatan kabur. Klien diketahui memiliki riwayat DM tipe II dan mendapatkan terapi insulin SC dengan dosis 3x10iu. Pada pemeriksaan gula darah sewaktu, didapatkan hasil 231. Buatlah Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Pasien tersebut

 - a. Mahasiswa mampu menghitung dosis pemberian insulin
4. Aktivitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. KMB
Pengenalan alat penyuntikan insulin Apersepsi Penjelasan tujuan pembelajaran penyuntikan insulin				
Aktivitas utama Review singkat mengenai terapi insulin Roleplay/demonstrasi penyuntikan insulin oleh instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300	Lab. KMB

Tanya jawab mahasiswa dan instruktur			menit	
Demonstrasi oleh mahasiswa. Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. KMB
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. KMB

5. Tinjauan Teori

a. Definisi

Diabetes melitus (DM) didefinisikan sebagai suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multi etiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid, dan protein sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin. Insufisiensi fungsi insulin dapat disebabkan oleh gangguan atau defisiensi produksi insulin oleh sel-sel beta Langerhans kelenjar pankreas, atau disebabkan oleh kurang responsifnya sel-sel tubuh terhadap insulin.

b. Tujuan/Indikasi/Kontraindikasi dilakukan tindakan

Insulin merupakan hormon alami yang pankreas produksi sehingga tubuh bisa menggunakan gula sebagai energi. Namun, jika pankreas tidak dapat bekerja secara optimal, kondisi ini membuat gula darah tidak dapat terkontrol dengan baik. hormon ini berperan dalam memindahkan glukosa dari darah menuju sel yang ada di seluruh bagian tubuh. Tanpa jumlah yang cukup, glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel dan menumpuk dalam darah. Alhasil, kadar gula darah meningkat sehingga memicu diabetes. Itu sebabnya, pengidap penyakit gula darah tinggi membutuhkan tambahan hormon alami ini yang berupa obat. Insulin buatan ini fungsinya mirip seperti yang pankreas produksi secara alami, yaitu membantu gula darah (glukosa) masuk ke dalam sel sehingga tubuh bisa menggunakannya sebagai sumber energi.

c. Karakteristik Insulin berdasarkan lama kerja

- a) Insulin kerja pendek/ cepat: Lama kerja 4 – 8 jam, digunakan untuk mengedalikan glukosa darah sesudah makan, dan diberikan sesaat sebelum makan
- b) Insulin kerja menengah: Lama kerja 8-12 jam, diabsorpsi lebih

- lambat. Digunakan untuk mengendalikan glukosa darah puasa
- c) Insulin kerja panjang: lama kerja 12-24 jam. Diabsorpsi lebih lambat. Digunakan 1x (malam hari sebelum tidur) atau 2x (pagi dan malam hari)
 - d) Insulin campuran, merupakan campuran insulin kerja pendek dan menengah


Tabel II.1 Karakteristik Insulin 17,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40

Fungsi Insulin	Jenis Insulin	Profil Farmakokinetik	Awitan (Onset)	Puncak Efek	Lama Kerja	Kemasan
Basal	<i>Human Insulin</i>	Kerja Menengah <ul style="list-style-type: none"> Humulin® N Insulatard® Insuman® Basal 	1,5 → 4 jam	4 → 10 jam	5 → 12 jam	Vial Penfill Vial
	Analog	Kerja Panjang <ul style="list-style-type: none"> Glargine (Lantus®) Detemir (Levemir®) 	1 → 3 jam	Hampir tanpa puncak	12 → 24 jam	Pen/Vial 100 U/mL, Pen 100 U/mL
		Kerja Ultra-Panjang <ul style="list-style-type: none"> Degludec (Tresiba®) 	30 → 60 menit	Hampir tanpa puncak	Sampai 48 jam	Pen
		<ul style="list-style-type: none"> Glargine U300 (Lantus® XR) 	1 → 3 jam	Tanpa puncak	>24 jam	Pen 300 U/mL
	Biosimilar Analog	Kerja Panjang <ul style="list-style-type: none"> Glargine (Basaglar®) 	1 → 2 jam	Tanpa puncak	24 jam	Vial cartridge disposable Penfill cartridge 100 U/mL
		<ul style="list-style-type: none"> Glargine (Ezelin®) 	1 → 2 jam	Tanpa puncak	24 jam	Pen/flexpen 100 U/mL
Prandial	<i>Human Insulin (Reguler)</i>	Kerja Pendek <ul style="list-style-type: none"> Humulin R® Actrapid® Insuman® Sansulin® 	30 → 45 menit	2 → 4 jam	6 → 8 jam	Vial Penfill
	Analog	Kerja Cepat <ul style="list-style-type: none"> Lispro (Humalog®) Aspart (Novorapid®) Glulisin (Apidra®) 	5 → 15 menit	1 → 2 jam	4 → 6 jam	Vial/pen Flexpen Vial/pen
Premixed	<i>Human Insulin</i>	<ul style="list-style-type: none"> Humulin® 30/70 (30% regular, 70% NPH*) 	30 → 60 menit	3 → 12 jam	14 - 24 jam	Vial 30/70 Penfill



	Analog	<ul style="list-style-type: none"> Mixtard® 30/70 (30% regular, 70% NPH*) Humalog® Mix 25/75 (25% lispro, 75% protamin lispro) Humalog® Mix 50/50 (50% protamin lispro, 50% lispro) Novomix® 30/70 (30% aspart, 70% protamin aspart) 	15 → 30 menit	1 → 4 jam	4 → 6 jam	Vial 10 mL; Pen 3 mL, Penfill/flexpen
		<ul style="list-style-type: none"> Co-formulation Degludec-Aspart : Ryzodeg® 70/30 atau IDegAsp (70% degludec, 30% aspart) 	9 → 14 menit	72 → 80 menit	24 jam	Prefilled pen : 3 mL; 100 U/mL
Fixed-Ratio Combination (Insulin Basal dan GLP-1 RA)		Glargline/Lixisenatide (iGlarLixi) → Soliqua®	Segera saat makan besar	Tanpa puncak	24 jam	<i>Pre-filled pen :</i> <ul style="list-style-type: none"> Soliqua® 10 – 40 (mengandung 100 unit Glargine/mL + 50 mcg Lixisenatide/mL <i>solution for injection</i>) Soliqua® 30 – 60 (mengandung 100 unit Glargine/mL + 33 mcg Lixisenatide/mL <i>solution for injection</i>)
		Degludec/Liraglutide (iDegLira) → Victoza® dan Xultrophy® 100/3.6	Segera saat makan atau tanpa makan	Tanpa puncak	24 jam	<i>Pre-filled pen :</i> Xultrophy® 100/3.6 (mengandung 1 unit Degludec + 0.036 mg Liraglutide)

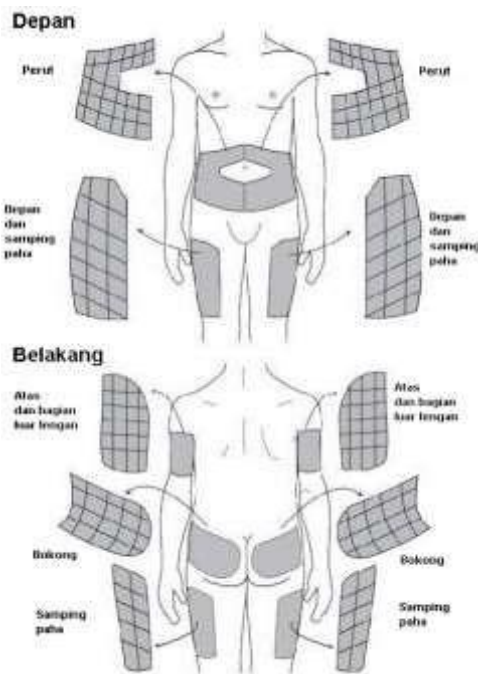
Keterangan : GLP-1 RA (*Glucagon like peptide-1 receptor agonist*), NPH (*Neutral Protamine Hagedorn*)

Prosedur Pemberian Insulin

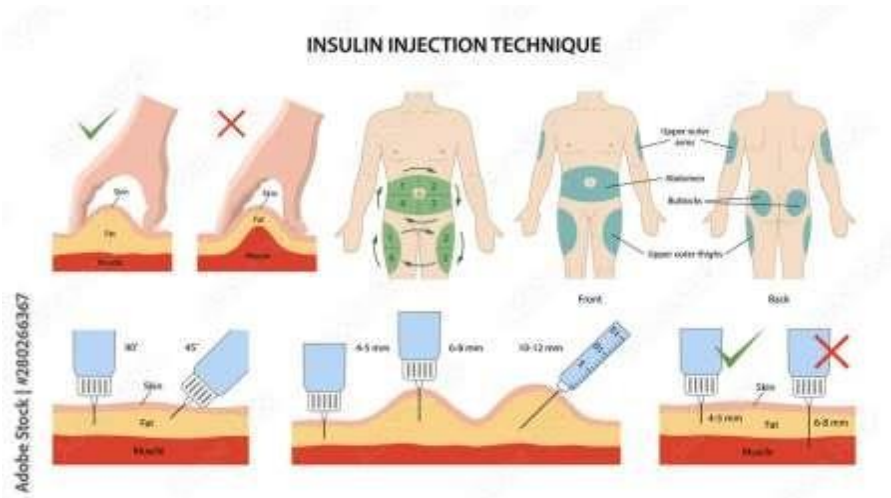
Rute subkutan digunakan untuk penyerapan obat yang lambat dan berkelanjutan. Rute ini sangat ideal untuk obat-obatan seperti insulin, yang memerlukan pelepasan obat yang lambat dan stabil, dan juga karena relatif bebas dari nyeri, sangat cocok untuk suntikan yang sering dilakukan.

Suntikan Subkutan dilakukan dengan sudut 45 ° pada kulit yang sedikit diangkat. Namun, dengan adanya jarum insulin yang lebih pendek (4,5, 6 atau 8 mm), direkomendasi suntikan dengan sudut 90 ° untuk insulin. Pengangkatan kulit dilakukan dengan mencubit kulit untuk mengangkat jaringan adiposa menjauhi otot yang berada di bawahnya, terutama pada pasien kurus.

Jika suntikan diberikan terlalu dalam dan masuk ke dalam otot, insulin diserap lebih cepat dan dapat menyebabkan ketidakstabilan glukosa dan potensi hipoglikemia. Episode hipoglikemik ini dapat juga terjadi jika lokasi anatomis suntikan dipindah, seperti insulin diserap pada tingkat yang bervariasi dari lokasi anatomi yang berbeda. Oleh karena itu suntikan insulin harus sistematis diputar dalam lokasi anatomi misalnya, menggunakan lokasi pada lengan atas atau perut selama beberapa bulan, sebelum dipindah ke tempat lain di tubuh.



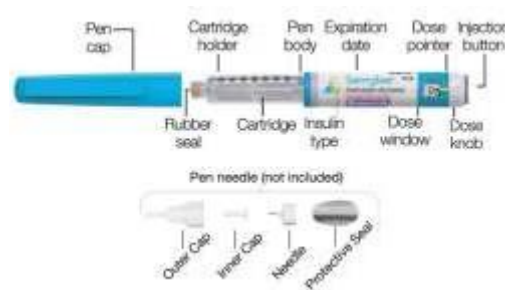
Gambar 1.1 Lokasi Penyuntikan Insulin



Gambar 1.2 Teknik Penyuntikan Insulin

e. Teknik Penyimpanan Insulin

- 1) Simpan Insulin yang sudah digunakan (pen, cartridge, atau botol) pada suhu kamar maksimal 1 bulan setelah pemakaian pertama, dan belum kadaluarsa. Simpan insulin yang belum digunakan di dalam kulkas, tapi jangan disimpan di dalam freezer.
- 2) *Cloudy Insulin* (NPH dan Insulin campuran) harus secara lembut diputar sebanyak 20 putaran sampai kristal kembali larut dalam suspensi (warna larutan putih susu).



Gambar 1.3. Insulin Pen

f. Perhitungan Dosis Insulin

Rumus: Dosis yang dibutuhkan (iu) X Volume (cc)

Dosis sediaan (iu)

Contoh: Jika dosis insulin yang dibutuhkan 10iu, dengan Sediaan lantus dalam vial adalah 100 unit dalam 1 ml. berapa cc insulin yang akan diberikan kepada pasien?

Jawaban:

Dosis yang dibutuhkan 10iu Dosis sediaan 100iu

Volume 1cc Perhitungan:

$10iu \times 1cc = 0.1cc \text{ } 100iu$

Jadi, untuk kebutuhan 10unit insulin akan diberikan sebanyak 0,1cc



g. Daftar Pustaka

1. DPP PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Jakarta
2. Indonesia, P. E. (2021). Petunjuk Praktis: Terapi Insulin Pada Pasien Diabetes Melitus. PB. PERKENI. Jakarta.
3. International Diabetes Federation. (2017) IDF Diabetes Atlas 8th ed. IDF website (online). Available at: <http://diabetesatlas.org/resourcess/2017-atlas.html>
4. Jin JF, Zhu LL, Chen M, et al.(2015).The optimal choice of medication administration route regarding intravenous, intramuscular, and subcutaneous injection. Patient Prefer Adherence. 9: 923–42.
5. World Health Organization. (2006). Definition and diagnosis of

diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia: report of a
WHO/IDF consultation.

DAFTAR TILIK

NAMA SKILL : PENYUNTIKAN INSULIN

NAMA MAHASISWA :

NIM :

No	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Skor			Nilai
			0	1	2	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap dan tanggal lahir)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3.	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: a. sarung tangan bersih b. insulin sesuai dosis c. spuit dan jarum insulin d. alkohol swab e. bak suntik f. bengkok					
4	Lakukan prinsip 6 benar pemberian obat (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)					
5	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
6	Pasang sarung tangan bersih					
7	Pilih lokasi penyuntikan yang bebas dari luka, nyeri, bengkak, dan inflamasi					
8	Bersihkan area penyuntikan dengan alkohol swab					
9	Genggam dan cubit area yang mengelilingi lokasi penyuntikan (pada pasien kurus) atau meregangkan kulit (pada pasien gemuk)					

10	Pegang spuit dengan tangan yang dominan, diantara ibu jari dan jari telunjuk					
11	Tusukan jarum secara cepat dengan sudut 45 – 90 derajat					
12.	Lakukan aspirasi dan injeksikan obat					
13	Tarik jarum dan jangan memijat area penyuntikan					
14	Usap dengan alkohol swab					
15	Rapikan pasien dan alat yang digunakan					
16	Lepaskan sarung tangan					
17	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
18	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien					
Total						

Keterangan Skor:

0=Tidak dilaksanakan

1= Dilakukan tidak sempurna

2= Melakukan dengan sempurna

Catatan: Nilai batas lulus 75%

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

Rumus:

Skor didapat/ skor maksimal x 100%

GDS (GULA DARAH SEWAKTU)

1. Tujuan Pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian gula darah sewaktu
 - b. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan dan indikasi gula darah sewaktu
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem endokrin
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup keperawatan dewasa 2 sistem endokrin
3. Skenario

Ny. Z 50 tahun mengeluh haus, BAK terus menerus, dan mengantuk, dokter menyarankan agar Ny.Z diet karbo tetapi dokter menyuruh perawat melakukan tindakan pemeriksaan...
4. Aktivitas pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengertian gula darah sewaktu Penjelasan tujuan pembelajaran	Diskusi	Instruktur	10 menit	Lab.KMB
Aktivitas utama Review pemeriksaan gula darah sewaktu Role play/demonstrasi pemeriksaan gula darah sewaktu Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab.KMB
Demonstrasi oleh mahasiswa Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab.KMB

Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab.KMB
--	---------	------------	----------	---------

5. Tinjauan teori

a. Pengertian

Pemeriksaan gula darah sewaktu adalah pemeriksaan gula darah yang dapat dilakukan kapan saja tanpa perlu berpuasa terlebih dahulu. Pemeriksaan ini biasanya dilakukan untuk menilai kadar gula pada pasien diabetes atau pasien yang mengalami penurunan kesadaran.


b. Tujuan dan Indikasi





Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai kadar gula darah seseorang. Pemeriksaan gula darah sewaktu juga bisa dilakukan untuk mendeteksi penyakit diabetes, serta untuk memantau pengobatan bagi pasien diabetes.





Selain pada penderita diabetes tipe 1 ataupun tipe 2, pemeriksaan gula darah sewaktu juga diperlukan pada seseorang dengan kondisi, seperti:

- Hamil
- Peningkatan berat badan
- Peningkatan frekuensi berkemih terutama di malam hari
- Luka yang lama sembuh
- Penurunan kemampuan penglihatan
- Penurunan kesadaran
- Pingsan
- Kejang

6. Aktifitas Belajar

No	Tindakan	Rasional	Gambar
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomer rekam medis)	Memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan	

2	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur	Agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
3	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: a. Sarung tangan bersih b. Alcohol swab c. Kassa kering steril d. Lancet e. Pipa kapiler atau microcontainer f. Plester g. Bengkok h. Safety box	Agar memudahkan dalam tindakan	
4	Tentukan area penusukan yang akan dipilih: a. Bayi berusia <6 bulan: area tumit b. Bayi berusia >6 bulan dan anak: area tengah bantalan jari tengah atau jari manis c. Dewasa: area ujung jari tangan	Untuk menentukan lokasi penusukan	
5	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	Proteksi diri	
6	Pasang sarung tangan bersih	Proteksi diri	
7	Bersihkan area penusukan dengan menggunakan alcohol swab dan biarkan mengering	Desinfeksi	
8	Fiksasi tumit atau jari	Lebih memudahkan	
9	Lakukan penusukan		

	menggunakan lancet steril		
10	Tampung tetesan darah ke dalam microcontainer atau pipa kapiler		
11	Tekan area penusukan dengan kasa kering steril selama kurang lebih 3 menit kemudian tempelkan plester	Deep area penusukan	
12	Buang jarum pada safety box	Proteksi diri	
13	Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan	Menciptakan kenyamanan pasien	
14	Lepaskan sarung tangan	Proteksi diri	
15	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	Proteksi diri	
16	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan	

7. Daftar pustaka

- a. DPP PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Jakarta

DAFTAR TILIK
Nama skill : PEMERIKSAAN GULA DARAH SEWAKTU
Nama mahasiswa :
NIM :

No	Aspek yang di nilai	Bobot	Skor			Nilai
			1	2	3	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: i. Sarung tangan bersih j. Alcohol swab k. Kassa kering steril l. Lancet m. Pipa kapiler atau microcontainer n. Plester o. Bengkok p. Safety box					
4	Tentukan area penusukan yang akan dipilih: d. Bayi berusia <6 bulan: area tumit e. Bayi berusia >6 bulan dan anak: area tengah bantalan jari tengah atau jari manis f. Dewasa: area ujung jari tangan					
5	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
6	Pasang sarung tangan bersih					
7	Bersihkan area penusukan dengan menggunakan alcohol swab dan biarkan mengering					
8	Fiksasi tumit atau jari					

9	Lakukan penusukan menggunakan lancet steril					
10	Tampung tetesan darah ke dalam microcontainer atau pipa kapiler					
11	Tekan area penusukan dengan kasa kering steril selama kurang lebih 3 menit kemudian tempelkan plester					
12	Buang jarum pada safety box					
13	Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan					
14	Lepaskan sarung tangan					
15	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
16	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien					

Keterangan Skor :

Bandung,.....

0 = Tidak dilaksanakan

Evaluator

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna

(.....)

Catatan : Nilai batas lulus 75% Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

MANAJEMEN NYERI

1. Tujuan pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu memahami terkait manajemen nyeri
 - b. Mahasiswa dapat mempraktikkan bagaimana cara manajemen nyeri sesuai dengan Standar Prosedur Operasional
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem endokrin, pencernaan, perkemihan dan imunologi
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup Keperawatan dewasa 2 sistem endokrin, pencernaan, perkemihan dan imunologi
3. Skenario

Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, skala nyeri 5 (1- 10), nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, dan dirasakan terus menerus. Pasien mengatakan tidak ada keluhan mual ataupun muntah. Pasien mengatakan di keluarga tidak ada yang mengalami penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, maupun lainnya. Tindakan apa yang harus dilakukan seorang perawat?
4. Aktifitas Belajar

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengenalan terkait manajemen nyeri	Diskusi	Instruktur	30 menit	Lab KMB
Penjelasan tujuan pembelajaran manajemen nyeri	Diskusi	Instruktur	5 menit	
Aktivitas Utama Review cara manajemen nyeri Roleplay/demoranstrasi mengenai bagaimana manajemen nyeri	Diskusi	Mahasiswa	300 menit	
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	

5. Tinjauan Teori

a. Pengertian

Nyeri adalah pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibanding suatu penyakit manapun (Suindrayasa, 2017 dalam Manueke 2023)

b. Tujuan

Agar mengurangi nyeri yang dirasakan, meningkatkan fungsi bagian tubuh yang sakit dan meningkatkan kualitas hidup

c. Penyebab Nyeri

Penyebab nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam dua golongan yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Secara fisik misalnya, penyebab nyeri adalah trauma (baik trauma mekanik, termis, kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan lain – lain. Secara psikis, penyebab nyeri dapat terjadi oleh karena adanya trauma psikologi (Aprilia, 2022).

1) Trauma Mekanik

Trauma mekanik menimbulkan nyeri karena ujung – ujung saraf bebas mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan, ataupun luka. Trauma termis menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas, dingin. Trauma kimiawi terjadi karena tersentuh zat asam atau basa yang kuat. Trauma elektrik dapat menimbulkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri (Aprilia, 2022).

2) Neoplasma

Neoplasma menyebabkan nyeri karena terjadinya tekanan atau kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan juga karena tarikan atau jepitan.

3) Psikologis

Nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik (Aprilia, 2022).

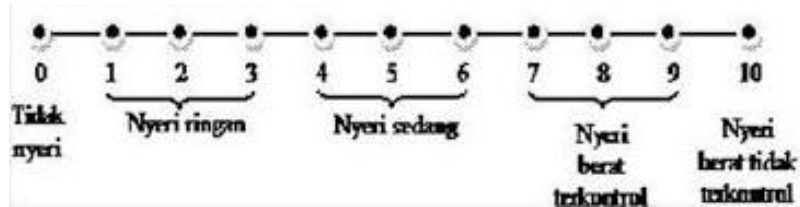
d. Pengkajian Nyeri

Menurut Rahma, (2018) dalam Manueke 2023 hal yang harus dikaji untuk menggambarkan nyeri, yaitu :

1) Intensitas nyeri

Intensitas nyeri seperti tidak nyeri, nyeri sedang, sedikit nyeri, nyeri berat, hebat atau sangat nyeri. Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan menggunakan skala sebagai berikut :

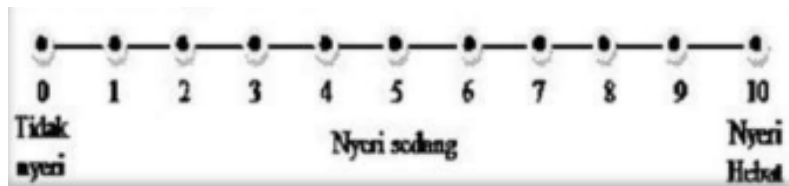
a) Skala Deskripsi



Gambar 1. Skala Deskripsi

Skala deskripsi menggunakan angka-angka 0-10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala numeric verbal lebih bermanfaat pada saat pascabedah, karena verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik.

b) Skala Numerik

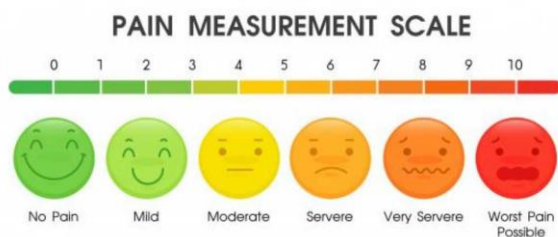


Gambar 2. Skala Numerik

Skala Numerik efektif untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah melakukan intervensi. Skala ini dianggap sederhana dan mudah di pahami, sensitif terhadap dosis dan jenis kelamin.

c) Skala Wajah (Wong-Baker Faces Pain Rating Scale)

Penilaian nyeri menggunakan skala Wong-Baker sangatlah mudah namun perlu kejelian si penilai pada saat memperhatikan ekspresi wajah penderita karena penilaian menggunakan skala ini dilakukan dengan hanya melihat ekspresi wajah penderita pada saat bertatap muka tanpa menanyakan keluhannya.



Gambar 3. Skala wajah (Wong-Baker Faces Pain Rating)

- a. Ekspresi wajah 1 : tidak merasa nyeri sama sekali
- b. Ekspresi wajah 2 : nyeri hanya sedikit
- c. Ekspresi wajah 3 : sedikit lebih nyeri
- d. Ekspresi wajah 4 : jauh lebih nyeri
- e. Ekspresi wajah 5 : jauh lebih nyeri sangat
- f. Ekspresi wajah 6 : sangat nyeri luar biasa hingga penderita menangis (Rahma, 2018)

e. Karakteristik nyeri


Karakteristik nyeri dapat diukur berdasarkan Lokasi nyeri, durasi (menit, jam, hari atau bulan), irama/periode (terus menerus, hilang timbul), kualitas (nyeri seperti ditusuk, terbakar) dan faktor-faktor yang dapat menurunkan nyeri atau yang dipercaya pasien dapat membantu mengatasi nyeri.

f. Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Barat, 2023 dalam manueke, 2023) penanganan nyeri yang dapat dilakukan adalah :

1. Kolaborasi pemberian farmakologi atau berupa obatobatan seperti analgesic dan NSAID nyeri berkurang dengan memblok transmisi stimuli agar terjadi perubahan persepsi dan dengan mengurangi respon cortical.
2. Sedangkan penanganan nyeri nonfarmakologi yang berupa:
 - a. imajinasi terbimbing (guided imagery);
 - b. relaksasi pernapasan;
 - c. hipnoterapi;
 - d. distraksi atau peralihan perhatian;
 - e. relaksasi progresif (meregangkan otot atau stretching);
 - f. meditasi dan visualisasi.

6. Prosedur kerja

Edukasi Manajemen Nyeri		
Tindakan	Rasional	Gambar
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau rekam medis)	hindari kesalahan dalam memberikan pelayanan	
2. Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur	pasien mengerti terhadap Tindakan yang dilakukan	
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : a. Media edukasi b. Alat peraga, jika perlu	agar mempermudah pasien dalam memahami materi edukasi	
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	Proteksi diri	

5. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	har memahami Ketika diberikan informasi	
6. Jadwalkan Pendidikan kesesahatan sesuai kesepakatan	sien paham Ketika diberikan informasi	
7. Jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri	sien mengetahui mengapa bisa nyeri	
8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	engetahui penurunan nyeri	
9. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat	enurunkan nyeri	
10. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	engurangi nyeri	
11. Berikan kesempatan untuk bertanya		
12. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	oteksi diri	
13. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien	endokumentasi hasil yang telah dilakukan	

7. Daftar Pustaka

- a. Aprilia, Y. (2022). Asuhan keperawatan Gangguan Kebutuhan Nyeri dan Kenyamanan pada Pasien Pasca Apendiktomi RS TK IV 02.07. 04 DENKESYAH Lampung Tahun 2022. Doctoral dissertation .
- b. DPP PPN. (2021). *Pedoman Standar Operasional Keperawatan*. Jakarta
- c. Manueke M.kes (2023). *Manajemen nyeri*, Cilacap
- d. Rahma, W. (2018). *Pengaruh Pembidayaan Terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien Prektur Tertutup di Ruang IGD RSAM Bukit Tinggi Tahun 2018*. Doctoral dissertation.

DAFTAR TILIK

Nama skill : Edukasi Manajemen Nyeri

Nama Mahasiswa :

NIM :

No.	Aspek yang dinilai	Bobot	Skor			Nilai
1.	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau rekam medis)					
2.	Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur					
3.	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : a. Media edukasi b. Alat peraga, jika perlu					
4.	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5.	Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi					
6.	Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan					
7.	Jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri					
8.	Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri					
9.	Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat					
10.	Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri					
11.	Berikan kesempatan untuk bertanya					
12.	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
13.	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien					

Keterangan Skor :

0 = Tidak dilaksanakan

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna

Catatan : Nilai batas lulus 75% Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

SISTEM PENCERNAAN

1. Tujuan Pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu menyebutkan definisi sistem pencernaan
 - b. Mahasiswa mampu menjelaskan anatomi sistem pencernaan
 - c. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup keperawatan dewasa 2 sistem pencernaan
3. Skenario
 Tuan J usia 28 tahun dirawat diruang bedah dengan keluhan nyeri perut yang dirasakan sejak 5 hari yang lalu. Hasil pengkajian saat ini klien mengeluh mual dan muntah. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien tersebut
4. Aktifitas pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengertian sistem pencernaan Penjelasan tujuan pembelajaran	Diskusi	Instruktur	10 menit	Lab.KMB
Aktivitas utama Review pemeriksaan fisik dan anatomi sistem pencernaan Role play/demonstrasi pemeriksaan fisik sistem pencernaan Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab.KMB
Demonstrasi oleh mahasiswa Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab.KMB

dengan instruktur				
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab.KMB

5. Tinjauan teori

a. Definisi


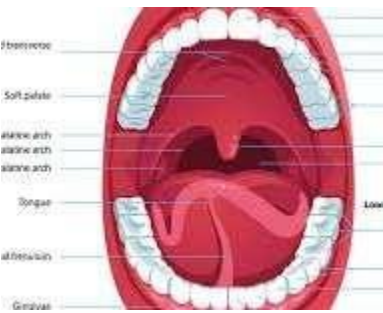
Makanan diterima melalui saluran yang dari bagian luar serta adanya persiapan dalam penyerapan oleh tubuh melalui proses mencerna (mengunyah, menelan, maupun mencampur) bersama enzim serta zat cairan yang ada dimulai dari mulut atau oris hingga anus disebut sebagai sistem pencernaan.

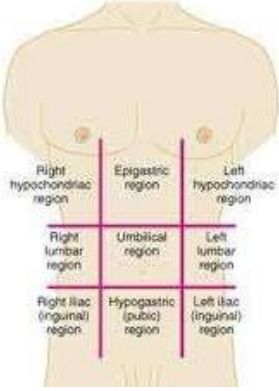
b. Anatomi sistem pencernaan

Sistem pencernaan melibatkan serangkaian organ yang membentuk jalur pencernaan. Ini mencakup mulut, kerongkongan, lambung, usus halus, usus besar, rectum, dan anus sebagai organ-organ utama yang membentuk saluran pencernaan.



Selain itu, ada juga organ-organ tambahan yang memiliki peran penting dalam proses pencernaan, seperti kelenjar ludah, hati (liver), pankreas (pancreas), dan kandung empedu (gall bladder). Organ-organ ini bekerja bersama untuk menguraikan makanan yang kita makan dan menyerap nutrisi yang diperlukan oleh tubuh.

6. Aktifitas belajar

No	Tindakan	Rasional	Gambar
1	Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien	agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
2	Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker	Proteksi Diri	
3	INSPEKSI		
	<p>a. Mulut dan Faring</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat dan pasien duduk berhadapan satu sama lain, sehingga ketinggian duduk antara perawat dan pasien sejajar. - Melakukan pengamatan pada bibir seperti bibir sumbing, serta memeriksa warna bibir, keberadaan ulkus, lesi, dan adanya massa. - Melanjutkan pemeriksaan pada gigi, pasien disarankan untuk membuka mulut guna memudahkan proses pemeriksaan - Observasi pada lidah dan perhatikan 	<ul style="list-style-type: none"> - dapat membantu dalam mengidentifikasi potensi kelainan bawaan - memeriksa posisinya, mengukur jarak antar gigi, mengevaluasi perbandingan gigi antara rahang atas dan bawah, menilai ukuran serta warna gigi, dan mencari tanda-tanda adanya lesi atau tumor 	

	<p>simetrisitasnya.</p> <p>Anjurkan pasien untuk menjulurkan lidahnya, kemudian periksa dengan teliti aspek-aspek seperti kelurusan, warna, ulkus, dan potensi kelainan lainnya</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melihat perubahan dalam warna, pembengkakan, benjolan, cairan yang keluar, tanda peradangan, ulser, dan tanda-tanda perdarahan 	
	<p>b. Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> - bentuk perut pasien, apakah perutnya membulat atau datar - apakah umbilikus (pusar) pasien menonjol atau tidak 	<ul style="list-style-type: none"> - Kehadiran benjolan atau ketidaksimetrisan dalam bentuk perut dapat mengindikasikan adanya masalah Kesehatan - Umbilikus yang menonjol bisa menjadi tanda distensi perut 	
4	PALPASI		
	<p>a. Mulut</p> <ul style="list-style-type: none"> - palpasi pipi, letakkan jari telunjuk di dalam mulut, dengan ibu jari di luar dan jari telunjuk di dalam - gerakkan jari telunjuk Anda ke palatum (langit-langit mulut) dengan lembut - Untuk memeriksa dasar mulut, pasien diminta mengucapkan kata 	<p>apakah ada tanda-tanda tumor atau pembengkakan</p>	

	<p>'el'. Selanjutnya, palpasi (perabaan) dilakukan secara hati-hati pada dasar mulut menggunakan jari penunjuk tangan kanan</p>		
	<p>b. Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palpasi ringan digunakan untuk mencari tanda-tanda nyeri saat ditekan atau nyeri pada permukaan kulit, serta untuk mencari keberadaan massa atau benjolan. - palpasi dalam digunakan untuk mengidentifikasi organ organ seperti hati, limpa, atau ginjal 	Identifikasi keberadaan massa	
	<p>c. Hepar</p> <p>menggunakan telapak tangan dan jari kanan untuk meraba hati, dimulai dari kuadran kanan bawah, dan perlahan-lahan naik sesuai dengan irama napas dan gembungan perut</p>	identifikasi apakah ada pembesaran pada hati	
	<p>d. Lien</p>	jika lien mengalami	

	meminta klien berbaring miring ke sisi kanan agar lien lebih mendekati dinding perut	pembesaran (splenomegaly), hal ini dapat terjadi dalam kasus penyakit seperti demam tifoid	
5	PERKUSI		
	a. abdomen	untuk mengevaluasi keberadaan cairan, gas, atau udara dalam rongga perut	
6	AUSKULTASI		
	a. Abdomen - Dengarkan karakter dan frekuensi suara bising usus selama 60 detik penuh - Normalnya, bising usus terdengar tiap 5-20 detik atau 3-12 kali per menit	Bila terdengar suara bruit kemungkinan ditemukan adanya bruit stenosis arteri renalis	
7	Rapihkan alat		
8	Lakukan kebersihan tangan	Proteksi diri	
9	Dokumentasi	Dokumentasi hasil tindakan	

7. Daftar Pustaka

- a. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta
- b. Smeltzer S.C. dan Bare B.G., (2020). *Keperawatan Medikal Bedah Pendekatan Sistem Gastrointestinal*, Penerbit Buku Kedokteran-EGC, Jakarta;

DAFTAR TILIK
Nama skill : PEMERIKSAAN FISIK SISTEM PENCERNAAN
Nama mahasiswa :
NIM :

No	Aspek yang di nilai	Bobot	Skor			Nilai
			1	2	3	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapkan alat dan bahan: <ul style="list-style-type: none"> - Sarung tangan bersih - Stetoskop - Alat tulis 					
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5	INSPEKSI Mulut dan Faring <ul style="list-style-type: none"> - Perawat dan pasien duduk berhadapan satu sama lain, sehingga ketinggian duduk antara perawat dan pasien sejajar. - Melakukan pengamatan pada bibir seperti bibir sumbing, serta memeriksa warna bibir, keberadaan ulkus, lesi, dan adanya massa. - Melanjutkan pemeriksaan pada gigi, pasien disarankan untuk membuka mulut guna memudahkan proses pemeriksaan - observasi pada lidah dan perhatikan simetrisitasnya. Anjurkan pasien untuk menjulurkan lidahnya, kemudian periksa dengan teliti aspek-aspek 					

	<p>seperti kelurusan, warna, ulkus, dan potensi kelainan lainnya</p> <p>Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> - bentuk perut pasien, apakah perutnya membulat atau datar - apakah umbilikus (pusar) pasien menonjol atau tidak 					
6	<p>PALPASI</p> <p>Mulut</p> <ul style="list-style-type: none"> - palpasi pipi, letakkan jari telunjuk di dalam mulut, dengan ibu jari di luar dan jari telunjuk di dalam - gerakkan jari telunjuk Anda ke palatum (langit-langit mulut) dengan lembut - Untuk memeriksa dasar mulut, pasien diminta mengucapkan kata 'el'. Selanjutnya, palpasi (perabaan) dilakukan secara hati-hati pada dasar mulut menggunakan jari <p>Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palpasi ringan digunakan untuk mencari tanda-tanda nyeri saat ditekan atau nyeri pada permukaan kulit, serta untuk mencari keberadaan massa atau benjolan. - palpasi dalam digunakan untuk mengidentifikasi organorgan seperti hati, limpa, atau ginjal <p>Hepar</p> <p>menggunakan telapak tangan dan jari kanan untuk meraba hati, dimulai dari kuadran kanan bawah, dan perlahan-lahan naik sesuai dengan irama napas dan</p>					

	gembungan perut					
	Lien meminta klien berbaring miring ke sisi kanan agar lien lebih mendekati dinding perut					
7	PERKUSI Abdomen : untuk mengevaluasi keberadaan cairan, gas, atau udara dalam rongga perut					
8	AUSKULTASI Abdomen - Dengarkan karakter dan frekuensi suara bising usus selama 60 detik penuh - Normalnya, bising usus terdengar tiap 5-20 detik atau 3-12 kali per menit					
9	Rapihkan alat dan pasien					
10	Lepaskan sarung tangan					
11	Lakukan kebersihan tangan					
12	Dokumentasikan					

Keterangan Skor :

Bandung,.....

0 = Tidak dilaksanakan

Evaluator

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna

(.....)

Catatan : Nilai batas lulus 75% Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

PEMASANGAN NGT

1. Tujuan Pembelajaran
 - a. Mahasiswa dapat menjelaskan pengertian pemasangan NGT
 - b. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan pemasangan NGT
 - c. Mahasiswa mampu menjelaskan indikasi dan kontraindikasi pemasangan NGT
 - d. Mahasiswa mampu melakukan prosedur pemasangan NGT
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup keperawatan dewasa 2 sistem pencernaan
3. Skenario

Seorang pasien perempuan usia 35 tahun datang ke IGD dengan keluhan mual muntah sejak 3 hari yang lalu pasien tidak dapat memasukkan makanan karena akan memuntahkan kembali makanan yang dimakan. Turgor kulit kurang elastic, mata cekung wajah pucat. Lakukan tindakan pemasangan NGT pada pasien tersebut.
4. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengertian pemasangan NGT Penjelasan tujuan pembelajaran	Diskusi	Instruktur	30 menit	Lab. KMB
Aktivitas Utama Review tujuan pemasangan NGT dan menjelaskan indikasi dan kontraindikasi pemasangan NGT Roleplay/ demonstrasi prosedur pemasangan NGT Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab.KMB
Demonstrasi oleh mahasiswa Umpan balik dari observer	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab.KMB

mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur				
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab.KMB

5. Tinjauan Teori

a. Definisi

NGT adalah tindakan yang digunakan untuk memasukan tube pada pasien yang menderita disfagia karena ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan kemungkinan terjadinya aspirasi.

b. Tujuan pemasangan NGT






- Memberikan nutrisi pada pasien yang tidak sadar dan pasien yang mengalami kesulitan menelan
- Mencegah terjadinya atropi esophagus/lambung pada pasien tidak sadar.
- Untuk melakukan bilas lambung pada pasien keracunan.
- Untuk mengeluarkan darah pada pasien yang mengalami muntah darah atau pendarahan pada lambung.



c. Indikasi dan kontraindikasi pemasangan NGT

- 1) Indikasi : pasien tidak sadar, dekompresi lambung, pencegahan muntah dan aspirasi, pemberian makan dan obat
- 2) Kontraindikasi : trauma wajah, riwayat operasi daerah hidung, varises esofagus, striktur esofagus

6. Aktifitas Belajar

No	Tindakan	Rasional	Gambar
1	Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien	agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
2	Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker	Proteksi diri	

3	Posisikan semifowler	Memudahkan dalam memasang NGT	
4	Tentukan Panjang selang nasogastric dengan mengukur dari ujung hidung ke telinga lalu ke prosesus xiphoideus	Mengukur jarak dari hidung ke lambung	
5	Tandai selang yang sudah diukur, periksa kepatenan lubang hidung		
6	Lumasi ujung selang dengan jelly	Memudahkan saat memasukkan NGT ke dalam hidung	
7	Anjurkan menelan saat selang NGT dimasukkan	Mencegah masuk ke saluran napas	
8	Periksa posisi ujung selang dengan cara : a. Memasukkan sekitar 10 ml udara ke dalam selang dan auskultasi bunyi udara pada lambung b. Aspirasi cairan lambung	Memastikan ngt masuk ke dalam lambung	
9	Fiksasi selang NGT dengan plester pada hidung		

			
10	Rapihkan pasien dan alat		
11	Lepaskan sarung tangan dan lakukan kebersihan tangan	Proteksi diri	
12	Dokumentasikan	Dokumentasikan Tindakan	

7. Daftar Pustaka

- a. Black, joyce M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8* (S. K. Ns. Aklia Suslia, S. K. . Faqihani GGaniajri, S. K. Ns. Peni Puji Lestari, & A. K. Retno Wulan Arum Sari (eds.); 8th ed.). CV Pentasada Media Edukasi.
- b. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta

DAFTAR TILIK

Nama skill : PEMASANGAN NGT (NASOGASTRIK TUBE)

Nama mahasiswa :

NIM :

No	Aspek yang di nilai	Bobot	Skor			Nilai
			1	2	3	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapkan alat dan bahan: <ul style="list-style-type: none"> - Sarung tangan bersih - Selang NGT sesuai kebutuhan - Jelly - S spuit sesuai kebutuhan - stetoskop - Plester - Bengkok 					
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5	Posisikan semifowler					
6	Tentukan Panjang selang nasogastric dengan mengukur dari ujung hidung ke telinga lalu ke prosesus xiphoideus					
7	Tandai selang yang sudah diukur, periksa kepatenan lubang hidung					
8	Lumasi ujung selang dengan jelly					
9	Anjurkan menelan saat selang NGT dimasukkan					
10	Periksa posisi ujung selang dengan cara : <ul style="list-style-type: none"> a. Memasukkan sekitar 10 ml udara ke dalam selang dan auskultasi bunyi udara pada lambung b. Aspirasi cairan lambung 					

11	Fiksasi selang NGT dengan plester pada hidung					
12	Rapihkan alat dan pasien					
13	Lepaskan sarung tangan					
14	Lakukan kebersihan tangan					
15	Dokumentasikan					

Keterangan Skor :

0 = Tidak dilaksanakan

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna

Catatan : Nilai batas lulus 75% Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

BILAS LAMBUNG

1. Tujuan Pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian bilas lambung
 - b. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan bilas lambung
 - c. Mahasiswa mampu menjelaskan indikasi dan kontraindikasi bilas lambung
 - d. Mahasiswa mampu melakukan prosedur bilas lambung
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup keperawatan dewasa 2 sistem pencernaan

3. Skenario

Seorang anak perempuan berusia 4 tahun (BB 17 Kg) datang bersama ibunya keruang UGD Rumah Sakit Pendidikan Unila dengan Keluhan mencret terus menerus sejak kemarin sore. Fases disertai secret kental dengan respon nyeri hebat pada regio hipokondrium kiri. Kondisi anak tampak sangat toksik dengan suhu 38,4°C, TD 90/60, nadi 120x/menit, CRT 5S, Urin berwarna gelap, pada pemeriksaan fisik didapatkan permukaan abdomen cekung. Elastisitas kulit kembali sangat lembut setelah dicubit, dan konjungtiva anemis. Lakukan pengkajian dan Tindakan apa yang harus dilakukan.

4. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengertian Bilas lambung Penjelasan tujuan pembelajaran	Diskusi	Instruktur	30 menit	Lab. KMB
Aktivitas Utama Review tujuan, indikasi dan kontraindikasi bilas lambung	Roleplay diskusi			Lab KMB
Role play/demostrasi prosedur bilas lambung Tanya jawab mahasiswa dan instruktur		Instruktur	300 menit	
Demonstrasi oleh mahasiswa Umpan balik dari observer	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab KMB

mahasiswa Tanyajawab langsung dengan instruktur				
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab KMB

5. Tinjauan Teori

a. Definisi

Membersihkan lambung dengan cara memasukkan dan mengeluarkan air ke / dari lambung dengan menggunakan Naso Gastric Tube (NGT)

b. Tujuan

- Untuk membuang urgen substansi dan dalam upaya menurunkan absorbs sistemik,
- Untuk mengosongkan lambung sebelum prosedur endoskopik
- Untuk mendiagnosis perdarahan lambung dan menghentikan perdarahan

c. Indikasi dan kontraindikasi








1) Indikasi : Pasien keracunan makanan atau obat, Persiapan tindakan pemeriksaan lambung, Persiapan operasi lambung, Pasien dalam keadaan tidak sadar , Keracunan bukan bahan korosif dan kurang dari enam puluh menit, Gagal dengan terapi emesis, Overdosis obat/ narkotik, Terjadi perdarahan (hematemesis dan melena) pada saluran pencernaan atas, Mengambil contoh asam lambung untuk dianalisis lebih lanjut, Dekompresi lambung.




2) Kontraindikasi :

- Keracunan oral lebih dari 1 jam
- Pasien keracunan bahan toksik yang tajam dan terasa mem bakar (resiko perforasi esophageal) serta keracunan bahan korosif (misalnya: hidrokarbon, pestisida, hidrokarbon aromatic, halogen)
- Pasien yang menelan benda asing yang tajam
- Pasien tanpa gangguan reflex atau pasien dengan pingsan (tidak sadar) membutuhkan intubasi sebelum bilas lambung untuk mencegah inspirasi

6. Aktifitas Belajar

No	Tindakan	Rasional	Gambar
----	----------	----------	--------

1	Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien	agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
2	Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker	Proteksi diri	
3	Posisikan semifowler	Memudahkan dalam memasang NGT	
4	Tentukan Panjang selang nasogastric dengan mengukur dari ujung hidung ke telinga lalu ke prosesus xiphoideus	Mengukur jarak dari hidung ke lambung	
5	Tandai selang yang sudah diukur, periksa kepatenan lubang hidung		
6	Lumasi ujung selang dengan jelly	Memudahkan saat memasukkan NGT ke dalam hidung	
7	Anjurkan menelan saat selang NGT dimasukkan	Mencegah masuk ke saluran napas	
8	Periksa posisi ujung selang dengan cara : c. Memasukkan sekitar 10 ml udara ke dalam selang dan auskultasi bunyi udara pada lambung d. Aspirasi cairan lambung	Memastikan ngt masuk ke dalam lambung	

9	Fiksasi selang NGT dengan plester pada hidung		
10	Memasang spuit 50cc pada ujung slang kemudian masukkan air/cairan. Selanjutnya ditunggu sampai air/cairan tersebut keluar dari lambung dan ditampung dalam urine bag		
11	Membilas lambung dilakukan berulang kali sampai air/cairan yang keluar dari lambung berwarna jernih		
10	Rapihkan pasien dan alat		
11	Lepaskan sarung tangan dan lakukan kebersihan tangan	Proteksi diri	
12	Dokumentasikan	Dokumentasikan Tindakan	

7. Daftar Pustaka

- a. Kholid dan Nila (2013). *Prosedur Praktik Keperawatan Medikal Bedah* . Jakarta: Trans Info Media
- b. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta

DAFTAR TILIK

Nama skill : BILAS LAMBUNG

Nama mahasiswa :

NIM :

No	Aspek yang di nilai	Bobot	Skor			Nilai
			1	2	3	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapkan alat dan bahan: <ul style="list-style-type: none"> - Sarung tangan bersih - Selang NGT sesuai kebutuhan - Jelly - Sputit sesuai kebutuhan - stetoskop - Plester - Bengkok 					
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5	Posisikan semifowler					
6	Tentukan Panjang selang nasogastric dengan mengukur dari ujung hidung ke telinga lalu ke prosesus xiphoideus					
7	Tandai selang yang sudah diukur, periksa kepatenan lubang hidung					
8	Lumasi ujung selang dengan jelly					
9	Anjurkan menelan saat selang NGT dimasukkan					
10	Periksa posisi ujung selang dengan cara <ol style="list-style-type: none"> a. Memasukkan sekitar 10 ml udara 					

	ke dalam selang dan auskultasi bunyi udara pada lambung d. Aspirasi cairan lambung					
11	Fiksasi selang NGT dengan plester pada hidung					
12	Memasang spuit 50cc pada ujung slang kemudian masukkan air/cairan. Selanjutnya ditunggu sampai air/cairan tersebut keluar dari lambung dan ditampung dalam urine bag					
13	Membilas lambung dilakukan berulang kali sampai air/cairan yang keluar dari lambung berwarna jernih					
14	Rapihkan alat dan pasien					
15	Lepaskan sarung tangan					
16	Lakukan kebersihan tangan					
17	Dokumentasikan					

Keterangan Skor :

0 = Tidak dilaksanakan

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

Catatan : Nilai batas lulus 75% Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

ENEMA

1. Tujuan Pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian enema
 - b. Mahasiswa mampu menyebutkan tujuan dilakukan enema
 - c. Mahasiswa mampu melakukan prosedur enema
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup keperawatan dewasa 2 sistem pencernaan
3. Skenario

Seorang anak perempuan mengalami muntah perut kembung dan membuncit, tidak bisa buang air besar.pemeriksaan fisik tanda-tanda vital Nadi 110x/menit, respirasi 32x/menit, suhu 37⁰. anus tampak memerah, saat auskultasi terdengar peristaltik. Dokter menyarankan pasien dilakukan enema. Lakukan persiapan alat dan prosedur enema.
4. Aktifitas pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengertian Enema Penjelasan tujuan pembelajaran	Diskusi	Instruktur	30 menit	Lab. KMB
Aktivitas Utama Review tujuan,enema Role play/demostrasi prosedur enema Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab KMB
Demonstrasi oleh mahasiswa Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab KMB

Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Penggenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab KMB
---	---------	------------	----------	---------

5. Tinjauan Teori


a. Definisi

Fleet enema adalah obat yang digunakan sebagai pencahar dengan tujuan membersihkan colon baik untuk pengobatan maupun untuk tindakan operasi

- b. Tujuan fleet enema : meringankan gangguan konstipasi atau sebagai pencahar sebelum pemeriksaan rectal

6. Aktifitas Belajar

No	Tindakan	Rasional	Gambar
1	Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien	agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
2	Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker	Proteksi diri	
3	Atur posisi pasien miring kiri	Agar mudah saat memasukkan enema	
4	Jangan memaksa memasukkan ujung enema ke dalam rectum	Dapat melukai rectum	
5	Tekan botol sampai hampir seluruh cairan habis		
6	Biarkan pasien dalam posisi tersebut 2-5 menit		

7	Rapihkan alat dan pasien	Menciptakan lingkungan yang aman	
8	Lakukan kebersihan tangan	Proteksi diri	
9	Dokumentasikan	Dokumentasikan hasil tindakan	

7. Daftar Pustaka

- a. Mubarak, Wahit Iqbal.,dkk. 2015. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku 2*. Jakarta : Salemba Medika
- b. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta

DAFTAR TILIK

Nama skill : FLEET ENEMA

Nama mahasiswa :

NIM :

No	Aspek yang di nilai	Bobot	Skor			Nilai
			1	2	3	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapkan alat dan bahan: <ul style="list-style-type: none"> - Sarung tangan bersih - Bengkok - Masker - Satu botol fleet enema - Kassa - Perlak - Urinal - Pispot 					
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5	Pasang sampiran					
6	Atur posisi pasien miring kiri					
7	Jangan memaksa memasukkan ujung enema ke dalam rectum karena dapat melukai					
8	Kemudian tekan botol sampai hampir seluruh cairan habis					
9	Biarkan pasien dalam posisi tersebut 2-5 menit					
10	Rapihkan alat dan pasien					
11	Lepaskan sarung tangan					
12	Lakukan kebersihan tangan					
13	Dokumentasikan					

Keterangan Skor :

0 = Tidak dilaksanakan

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna

Catatan : Nilai batas lulus 75% Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

PERAWATAN COLOSTOMI

1. Tujuan Pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian colostomy
 - b. Mahasiswa mampu menyebutkan tujuan manajemen colostomy
 - c. Mahasiswa mampu melakukan prosedur perawatan colostomy
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup keperawatan dewasa 2 sistem pencernaan
3. Skenario

Seorang remaja perempuan usia 19 tahun dirawat diruang bedah. Pasien terpasang colostomi. Pasien mengeluh area sekitar colostomy gatal. Lakukan perawatan colostomi pada pasien tersebut.
4. Aktifitas pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengertian colostomy Penjelasan tujuan pembelajaran	Diskusi	Instruktur	30 menit	Lab. KMB
Aktivitas Utama Review tujuan, manajemen colostomy Role play/demostrasi prosedur perawatan colostomy Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab KMB
Demonstrasi oleh mahasiswa Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab KMB

Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab KMB
--	---------	------------	----------	------------

5. Tinjauan Teori





a. Definisi



Colostomy adalah prosedur pembuatan lubang di perut yang berfungsi sebagai saluran pembuangan kotoran (feses). prosedur ini biasanya dilakukan pada pasien yang tidak dapat buang air besar dengan normal akibat adanya masalah di usus besar, anus dan rectum.

b. Tujuan

Kolostomi dilakukan agar pasien tetap bisa mengeluarkan feses dan gas dari dalam tubuh. Selain itu dilakukan untuk menghentikan infeksi, mengatasi sumbatan dan mencegah kerusakan lebih lanjut di usus besar.

6. Aktifitas Belajar

No	Tindakan	Rasional	Gambar
1	Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien	agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
2	Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker	Proteksi diri	
3	Mengobservasi produksi stoma (warna, konsistensi dll)	Identifikasi tanda tanda perdarahan	
4	Membuka kantong colostomy secara hati-hati dengan menggunakan pinset dan tangan kiri menekan kulit pasien	Mengurangi rasa sakit	

5	Melakukan observasi terhadap kulit stoma	Observasi tanda tanda infeksi	
6	Membersihkan colostomy dan kulit sekitar dengan kapas air hangat / Nacl 0,9 %	Membersihkan dari kotoran	
7	Mengeringkan kulit sekitar colostomy	Menjaga kelembapan	
8	Memberikan salep tipis tipis jika terdapat iritasi pada kulit sekitar stoma	Mengurangi iritasi	
9	Menyesuaikan lubang colostomy dengan stoma colostomy, menempelkan kantong colostomy dengan posisi vertical/ miring sesuai kebutuhan pasien		
10	Rapihkan alat dan pasien		
11	Lakukan kebersihan tangan		
12	Dokumentasikan		

7. Daftar Pustaka

- a. Mubarak, Wahit Iqbal.,dkk. 2015. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku 2*. Jakarta : Salemba Medika
- b. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta

DAFTAR TILIK
Nama skill : PERAWATAN COLOSTOMY
Nama mahasiswa :
NIM :

No	Aspek yang di nilai	Bobot	Skor			Nilai
			1	2	3	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapkan alat dan bahan: <ul style="list-style-type: none"> - Sarung tangan bersih - Bengkok - Colostomy bag - Cairan NaCl 0,9 % - Kassa - Perlak - Zinc salep - Perlak - plester 					
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5	Pasang sampiran					
6	Meletakkan bengkok di atas perlak dan didekatkan ke tubuh pasien					
7	Mengobservasi produksi stoma (warna, konsistensi, dll)					
8	Membuka kantong kolostomi secara hati-hati dengan menggunakan pinset dan tangan kiri menekan kulit pasien					
9	Melakukan observasi terhadap kulit stoma					
10	Membersihkan colostomy dan kulit disekitar colostomy dengan kapas sublimat /kapas hangan (air hangat) / NaCl					

11	Membersihkan colostomy dan kulit disekitar colostomy dengan kapas sublimite /kapas hangan (air hangat) / NaCl					
12	Memberikan zink salep (tipis-tipis) jika terdapat iritasi pada kulit sekitar stoma					
13	Rapihkan alat dan pasien					
14	Lepaskan sarung tangan					
15	Lakukan kebersihan tangan					
16	Dokumentasikan					

Keterangan Skor :

0 = Tidak dilaksanakan

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

Catatan : Nilai batas lulus 75% Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

SISTEM PERKEMIHAN

1. Tujuan Pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian sistem perkemihan
 - b. Mahasiswa mampu menjelaskan fungsi sistem perkemihan
 - c. Mahasiswa mampu menyebutkan organ sistem perkemihan
 - d. Mahasiswa mampu melakukan prosedur pemeriksaan fisik sistem perkemihan
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup keperawatan dewasa 2 sistem perkemihan
3. Skenario

Seorang laki-laki usia 35 tahun dirawat diruang penyakit dalam dengan keluhan nyeri saat berkemih. Klien mengatkan nyeri terasa panas pada perut bagian bawah nyeri tekan di supra pubic dengan skala nyeri 5. Nyeri dirasakan terus menerus. Lakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik pada pasien tersebut.
4. Aktifitas pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengertian sistem perkemihan Penjelasan tujuan pembelajaran	Diskusi	Instruktur	30 menit	Lab. KMB
Aktivitas Utama Review singkat mengenai fungsi dan organ system perkemihan Role play/demostrasi pemeriksaan fisik system Perkemihan Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab KMB
Demonstrasi oleh mahasiswa Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung	Observasi diskusi	Mahasiswa	20 menit	Lab KMB

dengan instruktur			
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	Lab KMB

5. Tinjauan teori

a. Definisi

Sistem perkemihan merupakan organ vital yang berperan penting dalam melakukan ekskresi dan melakukan eliminasi sisa – sisa hasil metabolisme tubuh, dan dalam keseimbangan cairan dan elektrolit.

b. Fungsi sistem perkemihan



- 1) Mengatur volume darah dan tekanan darah dengan mengeluarkan sejumlah cairan ke dalam urine dan melepaskan eritropoietin serta melepas urine
- 2) Menghemat pengeluaran nutrisi dengan memelihara ekskresi pengeluaran nutrisi tersebut pada saat proses eliminasi produk sisa terutama saat pembuangan nitrogen seperti urea dan asam urat
- 3) Membantu organ hati dalam mendetoksikasi racun

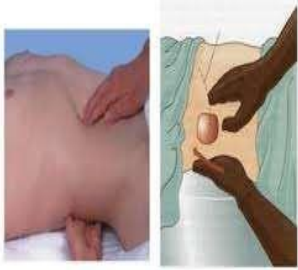
c. Organ sistem perkemihan


- 1) Ginjal : merupakan organ saluran kemih yang terletak di rongga retroperitoneal bagian atas. Bentuknya menyerupai kacang dengan sisi cekungan menghadap ke medial, cekungan ini disebut hilus renalis, yang didalamnya terdapat apeks pelvis renalis dan struktur lain yang merawat ginjal yakni pembuluh darah, sistem limfatik, dan sistem saraf. Besar dan berta ginjal bervariasi tergantung pada jenis kelamin, umur.
- 2) Ureter : organ berbentuk tabung kecil yang berfungsi mengalirkan urine dari pelvis ginjal ke dalam kandung kemih.
- 3) Kandung kemih : merupakan organ yang berfungsi menampung urine dari ureter dan kemudian mengeluarkannya melalui uretra dalam mekanisme miksi (berkemih).
- 4) Uretra : organ ini dilengkapi sfingter yang dipersarafi oleh sistem simpatik sehingga pada saat kandung kemih penuh sfingter terbuka.


6. Aktifitas Belajar

N o	Tindakan	Rasional	Gambar

1	Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien	agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
2	Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker	Proteksi diri	
3	INSPEKSI		
	<ul style="list-style-type: none"> Pasien tidur terlentang, pemeriksa berada di sebelah kanan Inspeksi pada abdomen, catat ukuran, kesimetrisan, warna kulit, tekstur, turgor kulit, adanya massa atau pembengkakan, distensi dan luka 	<ul style="list-style-type: none"> Kulit dan membran mukosa yang pucat indikasi gangguan ginjal yang menyebabkan anemia Penurunan turgor kulit indikasi dehidrasi Edema indikasi retensi dan penumpukkan cairan 	
4	AUSKULTASI		
	<ul style="list-style-type: none"> Auskultasi bagian atas sudut kostavertebral dan kuadran atas abdomen 	Jika terdengar bunyi bruits (bising) pada aorta abdomen dan arteri renalis indikasi adanya gangguan aliran darah ke ginjal	
5	PALPASI		

	<p>a. Palpasi Ginjal</p> <p>1) Ginjal Kanan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur posisi klien supinasi, palpasi dilakukan dari sebelah kanan. - Letakkan tangan kiri di bawah costa 12 - Letakkan tangan kanan dibagian atas, sedikit di bawah lengkung iga kanan - Anjurkan pasien nafas dalam dan tangan kanan menekan ke bawah sementara tangan kiri mendorong ke atas. - Pada puncak inspirasi tekan tangan kanan kuat dan dalam. Raba ginjal kanan antara 2 tangan. Tentukan ukuran, nyeri tekan. 	<p>menentukan adanya nyeri tekan</p>	
	<p>2) Ginjal Kiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prinsipnya sama dengan ginjal kanan, bedanya : - Pemeriksa pindah ke sisi kiri penderita - Gunakan tangan kanan untuk menyangga dan 		

	<p>mengangkat dari belakang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Letakkan tangan kiri di kuadran kiri atas - Anjurkan pasien nafas dalam dan tangan kiri menekan ke bawah sementara tangan kanan mendorong ke atas. - Pada puncak inspirasi tekan tangan kiri kuat dan dalam. Raba ginjal kanan antara 2 tangan. - Tentukan ukuran, nyeri tekan. Normalnya jarang teraba. 		
	<p>b. Vesika Urinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur posisi pasien supinasi - Lakukan palpasi di bawah umbilikus ke arah bawah mendekati simfisis 	<p>Palpasi adanya distensi kandung kemih/vesika urinaria</p>	
6	PERKUSI		
	<p>a. Ginjal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur posisi klien berbaring dengan posisi miring/duduk - Letakkan telapak tangan kiri di atas 	<p>jika terdapat nyeri mengindikasikan adanya batu atau pyelonephritis</p>	

	<p>sudut costovertebral/costovertebral angle (setinggi vertebra torakalis 12 dan lumbal 1) dan perkusi dengan tangan kanan yang mengepal. Lakukan kanan dan kiri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan perkusi ginjal dengan cukup kekuatan sampai pasien dapat merasakan pukulan. - Hasil normal, klien tidak merasakan nyeri 		 <p>Copyright © 2000 by Mosby, Inc.</p>
	<p>b. Vesika Urinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur posisi pasien supinasi - Lakukan perkusi dimulai dari suprapubic sampai ke area umbilicus 	<p>Vesika urinaria dalam keadaan penuh akan terdengar “dullness”</p>	
<p>7</p>	<p>Pemeriksaan Meatus</p> <p>a. Pasien laki – laki</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur pasien dalam posisi duduk atau berdiri - Gunakan sarung tangan - Pegang penis dengan dua tangan, tekan ujung gland penis 		

	<p>untuk membuka</p>		
	<p>meatus urinary</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lihat meatus adanya kemerahan, pembengkakan, discharge/cairan, luka, pada meatus <p>b. Pasien perempuan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur pasien dalam posisi litotomi - Gunakan sarung tangan - Buka labia mayora dengan tangan yang dominan - lihat meatus adanya kemerahan, pembengkakan, discharge/cairan, luka, pada meatus 		
8	Rapihkan alat	Menciptakan lingkungan yang nyaman	

9	Lakukan kebersihan tangan	Proteksi diri	
10	Dokumentasi	Dokumentasi hasil tindakan	

7. Daftar Pustaka

- a. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta
- b. Hall, J. E. 2010. *Buku Saku Fisiologi Kedokteran Guyton & Hall*, edisi 11. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta

DAFTAR TILIK
Nama skill : PEMERIKSAAN FISIK SISTEM PERKEMIHAN
Nama mahasiswa :
NIM :

No	Aspek yang di nilai	Bobot	Skor			Nilai
			1	2	3	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapkan alat dan bahan: <ul style="list-style-type: none"> a. Stetoskop b. Sarung tangan bersih c. Alat tulis d. Bengkok 					
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5	INSPEKSI <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidur terlentang, pemeriksa berada di sebelah kanan - Inspeksi pada abdomen, catat ukuran, kesimetrisan, warna kulit, tekstur, turgor kulit, adanya massa atau pembengkakan, distensi dan luka 					
6	PALPASI <ul style="list-style-type: none"> a. Palpasi Ginjal 					

	<p>1) Ginjal Kanan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur posisi klien supinasi, palpasi dilakukan dari sebelah kanan. - Letakkan tangan kiri di bawah costa 12 - Letakkan tangan kanan dibagian atas, sedikit di bawah lengkung iga kanan - Anjurkan pasien nafas dalam dan tangan kanan menekan ke bawah sementara tangan kiri mendorong ke atas. <p>2) Ginjal Kiri :</p> <p>Prinsipnya sama dengan ginjal kanan, bedanya :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksa pindah ke sisi kiri penderita - Gunakan tangan kanan untuk menyangga dan mengangkat dari belakang - Letakkan tangan kiri di kuadran kiri atas - Anjurkan pasien nafas dalam dan tangan kiri menekan ke bawah sementara tangan kanan mendorong ke atas. - Pada puncak inspirasi tekan tangan kiri kuat dan dalam. Raba ginjal kanan antara 2 tangan. - Tentukan ukuran, nyeri tekan. Normalnya jarang teraba. <p>b. Palpasi Vesika Urinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur posisi pasien supinasi - Lakukan palpasi di bawah umbilikus 					
--	--	--	--	--	--	--

	ke arah bawah mendekati simfisis					
7	<p>PERKUSI</p> <p>a. Ginjal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur posisi klien berbaring dengan posisi miring/duduk - Letakkan telapak tangan kiri di atas sudut costovertebral/costovertebral angel (setinggi vertebra torakalis 12 dan lumbal 1) dan perkusi dengan tangan kanan yang mengepal. Lakukan kanan dan kiri. - Lakukan perkusi ginjal dengan cukup kekuatan sampai pasien dapat merasakan pukulan - Hasil normal, klien tidak merasakan nyeri <p>b. Vesika Urinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur posisi pasien supinasi - Lakukan perkusi dimulai dari suprapubic sampai ke area umbilicus 					
8	<p>Pemeriksaan Meatus</p> <p>c. Pasien laki – laki</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur pasien dalam posisi duduk atau berdiri - Gunakan sarung tangan - Pegang penis dengan dua tangan, tekan ujung gland penis untuk membuka meatus urinary - Lihat meatus adanya kemerahan, pembengkakan, discharge/cairan, luka, pada meatus <p>d. Pasien perempuan</p>					

	<ul style="list-style-type: none"> - Atur pasien dalam posisi litotomi - Gunakan sarung tangan - Buka labia mayora dengan tangan yang dominan lihat meatus adanya kemerahan, pembengkakan, discharge/cairan, luka, pada meatus 					
9	Rapihkan alat dan pasien					
10	Lepaskan sarung tangan					
11	Lakukan kebersihan tangan					
12	Dokumentasikan					

Keterangan Skor :

0 = Tidak dilaksanakan

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna

Catatan :Nilai batas lulus 75 %

Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100 %

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

PEMASANGAN KATETER

1. Tujuan Pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu menjelaskan definisi kateter urine
 - b. Mahasiswa mampu menjelaskan Tujuan pemasangan Kateter urine
 - c. Mahasiswa mampu menyebutkan Indikasi dan Kontraindikasi pemasangan kateter urine
 - d. Mahasiswa mampu menjelaskan komplikasi pemasangan kateter
 - e. Mahasiswa mampu melakukan prosedur pemasangan kateter urine
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup keperawatan dewasa 2 sistem perkemihan
3. Skenario
Seorang laki – laki usia 70 tahun dirawat di Rumah Sakit karena sulit buang air kecil selama 2 hari, pasien didiagnosis prostat untuk membantu pasien buang air kecil lakukan pemasangan kateter urin pada pasien tersebut.
4. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengertian kateter urine Penjelasan tujuan pembelajaran	Diskusi	Instruktur	30 menit	Lab. KMB
Aktivitas Utama Review singkat mengenai tujuan, indikasi, kontraindikasi dan komplikasi pemasangan kateter urine Role play/demostrasi prosedur pemasangan kateter	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab KMB
Tanya jawab mahasiswa dan instruktur				

Demonstrasi oleh mahasiswa Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab KMB
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab KMB

5. Tinjauan Teori

a. Definisi

Kateterisasi urin adalah pemasangan selang yang terbuat dari plastik atau karet melalui uretra menuju ke kandung kemih (vesica urinaria).

b. Tujuan

Kateterisasi urin bertujuan:

- Melancarkan pengeluaran urin pada klien yang tidak dapat mengontrol miksi atau mengalami obstruksi pada saluran kemih.
- Memantau pengeluaran urin pada klien yang mengalami gangguan hemodinamik. Karena kateterisasi urin meresiko bagi klien untuk mengalami Urinaria Tractus Infection (UTI) atau Infeksi Saluran Kemih (ISK) dan menyebabkan trauma pada uretra, maka kateterisasi lebih dianjurkan untuk pemasangan sementara.

c. Indikasi dan Kontraindikasi pemasangan Kateter Urine

1) Indikasi pemasangan kateter

- Pasien yang mengalami retensi urin akut dan kronis
- Menjaga keteraturan pengeluaran urin pada pasien yang mengalami kesulitan berkemih, sebagai akibat gangguan neurologis yang menyebabkan paralisis atau kehilangan sensasi berkemih yang berefek pada proses berkemih
- Pasien dengan penyakit gawat yang membutuhkan pengukuran urin output
- Pasien yang menjalani pembedahan urologi atau operasi lain yang terkait dengan saluran genitourinary
- Untukantisipasi proses operasi yang panjang
- Pasien yang membutuhkan monitoring urine output pada saat

pembedahan

- Untuk membantu proses penyembuhan luka di area sacral dan perineal pada pasien yang mengalami inkontinensia
- Pasien yang mengalami imobilisasi jangka panjang seperti pasien yang mengalami fraktur spinal atau lumbar, multiple fracture, multiple trauma di area pelvis, dll
- Untuk irigasi kandung kemih
- Untuk memasukkan obat atau untuk proses pemeriksaan diagnostic terkait system urologi (contoh: cystogram)
- Untuk memfasilitasi proses berkemih dan menjaga integritas kulit
- Untuk meningkatkan kenyamanan pada pasien terminal (palliative care)


2) Kontraindikasi pemasangan kateter urine


- Pasien dengan prostatitis akut
- Pasien dengan suspek trauma urethral
- Pasien dengan riwayat striktur urethra
- Pasien yang baru selesai menjalani TURP (Trans-Urethral Reserction of the Prostate) dalam jangka waktu 24 jam
- Pasien yang mengalami phymosis
- Pasien yang mengalami riwayat sulit dipasang kateter
- Pasien yang dicurigai mengalami hematuria
- Pasien yang mengalami atau menunjukkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih

d. Komplikasi pemasangan kateter urine


- Trauma urethral akibat peniupan balon fiksasi ketika kateter belum sampai di vesica urinaria - Infeksi Saluran Kemih (ISK) atau Catheter-associated Urinary Tract Infection (CaUTI)
- Trauma psikologi
- Perdarahan diakibatkan proses insersi kateter atau peniupan balon
- Salah saluran akibat trauma saat insersi kateter
- Striktur urethra merupakan komplikasi lanjutan akibat adanya cedera kronis pada uretra
- Paraphimosis (terjadi pada laki-laki yang tidak sirkumsisi dimana preputium terjebak di belakang kepala penis dan tidak dapat ditarik kembali ke posisi normal) akibat kegagalan pengembalian kulit permukaan ke posisi normal setelah pemasangan kateter sehingga kulit di sekitar gland penis membengkak






6. Aktifitas Belajar

No	Tindakan	Rasional	Gambar
1	Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien	agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
2	Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker	Proteksi diri	
3	Atur posisi yang nyaman <ul style="list-style-type: none"> - Pasien anak atau pasien tidak sadar dengan bantuan - Pasien wanita dengan posisi dorsal recumbent - Pasien laki-laki dengan supine 	Memudahkan dalam Tindakan dan pasien nyaman	
4	Memasang pengalas/perlak dibawah pantat klien	Agar lingkungan tetap bersih dan nyaman	
5	Pakaian bagian bawah klien diikat/dilepas, Bengkok diletakkan didekat bokong klien	Memudahkan saat Tindakan	
6	Sambungkan ujung folley catheter dengan urine bag, buka sedikit pembungkus luar dari folley catheter dan jaga kesterilan folley catheter	Agar urine langsung tertampung pada urine bag	
7	Pakai sarung tangan steril		

8	<p>a. Persiapan jelly :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien laki-laki : ambil 1 buah spuit 3 ml lepaskan jarum isi dengan lydocain gel untuk di injeksikan ke dalam uretra - Pasien Perempuan : ambil jelly yang ada dengan menggunakan kassan steril 	Memudahkan saat pemasangan	
	<p>b. Membersihkan genital :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien laki-laki : penis pegang dengan tangan non dominan. Penis dibersihkan dengan menggunakan kassa steril 	Mencegah infeksi bakteri	
	<p>yang dioplesi Nacl 0,9 % oleh tangan dominan Gerakan memutar dari meatus uretra ke luar dilanjutkan</p>		

	<p>dengan membersihkan gland penis. Tindakan bisa dilakukan beberapa kali hingga bersih</p> <p>- Pasien Perempuan: gunakan tangan yang tidak dominan untuk membuka labia mayora dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk. Kemudian bersihkan labia mayora dengan menggunakan kassa steril dari arah atas ke bawah dilanjutkan area labia minora dan selanjutnya meatus uretra</p>		
9	<p>Pasang selang kateter</p> <p>- Pasien laki laki : pegang penis dengan tangan non dominan, injeksikan jelly ke dalam uretra klien</p>		

<p>tanpa menggunakan jarum. Keluarkan foley catheter dengan hati-hati dan menjaga kesterilannya. Pegang penis dengan tangan non dominan, masukkan kateter kedalam uretra secara perlahan-lahan sampai urine keluar. Pasien diminta tarik napas dalam selama pemasangan</p> <p>- Pasien Perempuan :</p> <p>oleskan jelly yang telah disiapkan di kassa pada ujung kateter dengan menggunakan kassa steril minimal sepanjang 6 inchi dari ujung kateter. Gunakan tangan yang tidak dominan untuk membuka labia mayora, dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk temukan meatus uretra. Masukkan</p>		 <p>Gambar pemasangan kateter pada perempuan</p>
---	--	---

	kateter kedalam uretra secara perlahan-lahan sampai urine keluar. Pasien diminta tarik napas dalam selama pemasangan		
10	Masukkan cairan aquabidest 20-30 cc untuk fiksasi kateter	Fiksasi untuk mempertahankan posisi kateter	
11	Fiksasi kateter ke pasien - Untuk laki-laki di bawah abdomen - Untuk wanita ke paha atau dengan longgar diatas kaki tanpa fiksasi	Mempertahankan posisi kateter	
12	Gantung urine bag ditempatnya	Agar pengeluaran urine lancar	
13	Lepaskan sarung tangan		
14	Bantu pasien posisi yaman dan rapihkan alat	Menciptakan lingkungan yang nyaman	
15	Lakukan kebersihan tangan	Proteksi diri	
16	Dokumentasi	Dokumentasi hasil tindakan	

7. Daftar Pustaka

- a. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta
- b. Hall, J. E. 2010. *Buku Saku Fisiologi Kedokteran Guyton & Hall*, edisi 11. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta

DAFTAR TILIK
Nama skill : PEMASANGAN KATETER URINE
Nama mahasiswa :
NIM :

No	Aspek yang di nilai	Bobot	Skor			Nilai
			1	2	3	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapkan alat dan bahan: Persiapan Alat : - Foley catheter - Urine bag - Sarung tangan steril - Plester/hypavix - Bengkok - Gunting - Perlak dan pengalas - NaCl 0,9 % - kassa steril - Spuit 10cc 1 buah - Spuit 3 cc 1 buah - Lydocain Jelly - Aquabidest 30 ml					
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5	Atur posisi yang nyaman - Pasien anak atau pasien tidak sadar dengan bantuan - Pasien wanita dengan posisi dorsal recumbent - Pasien laki-laki dengan supine					

6	Memasang pengalas/perlak dibawah pantat klien					
7	Pakaian bagian bawah klien dikeataskan/dilepas, Bengkak diletakkan didekat bokong klien					
8	Sambungkan ujung folley catheter dengan urine bag, buka sedikit pembungkus luar dari folley catheter dan jaga kesterilan folley catheter					
9	Pakai sarung tangan steril					
10	<p>Persiapan jelly :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien laki-laki : ambil 1 buah spuit 3 ml lepaskan jarum isi dengan lydocain gel untuk di injeksikan ke dalam uretra - Pasien Perempuan : ambil jelly yang ada dengan menggunakan kassa steril 					
11	<p>Membersihkan genital :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien laki-laki : penis pegang dengan tangan non dominan. Penis dibersihkan dengan menggunakan kassa steril yang diolesi Nacl 0,9 % oleh tangan dominan Gerakan memutar dari meatus uretra ke luar dilanjutkan dengan membersihkan gland penis. Tindakan bisa dilakukan beberapa kali hingga bersih - Pasien Perempuan : gunakan tangan yang tidak dominan untuk membuka labia mayora dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk. Kemudian bersihkan labia mayora dengan menggunakan kassa steril dari arah atas ke bawah dilanjutkan area labia minora dan selanjutnya meatus uretra 					

12	<p>Pasang selang kateter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien laki laki : pegang penis dengan tangan non dominan, injeksikan jelly ke dalam uretra klien tanpa menggunakan jarum. Keluarkan folley catheter dengan hati-hati dan menjaga kesterilannya. Pegang penis dengan tangan non dominan, masukkan kateter kedalam uretra secara perlahan-lahan sampai urine keluar. Pasien diminta tarik napas dalam selama pemasangan - Pasien Perempuan : oleskan jelly yang telah disiapkan di kassa pada ujung kateter dengan menggunakan kassa steril minimal sepanjang 6 inchi dari ujung kateter. Gunakan tangan yang tidak dominan untuk membuka labia mayora, dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk temukan meatus uretra. Masukkan kateter kedalam uretra secara perlahan-lahan sampai urine keluar. Pasien diminta tarik napas dalam selama pemasangan 					
13	Masukkan cairan aquabidest 20-30 cc untuk fiksasi kateter					
14	Fiksasi kateter ke pasien - Untuk laki-laki di bawah abdomen - Untuk wanita ke paha atau dengan longgar diatas kaki tanpa fiksasi					
15	Gantung urine bag ditempatnya					
16	Rapihkan alat dan pasien					
17	Lepaskan sarung tangan					
18	Lakukan kebersihan tangan					
19	Dokumentasikan					

Keterangan Skor :

0 = Tidak dilaksanakan

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna

Catatan : Nilai batas lulus 75 %

Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100 %

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

BLADDER TRAINING

1. Tujuan pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu menjelaskan definisi bladder training
 - b. Mahasiswa mampu menjelaskan hal – hal yang dilakukan sebelum bladder training
 - c. Mahasiswa mampu melakukan prosedur bladder training
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup keperawatan dewasa 2 sistem perkemihan

3. Skenario

Seorang laki-laki, 70 tahun, dirawat di rumah sakit karena prosedur pasca TURP. Pasien didiagnosis menderita Benign Prostate Hyperplasia. Perawat akan membuka Foley kateter. Sebelum perawat membuka kateter, perawat akan memberikan pelatihan kandung kemih kepada pasien.

4. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengertian bladder training Penjelasan tujuan pembelajaran	Diskusi	Instruktur	30 menit	Lab. KMB
Aktivitas Utama Review singkat mengenai hal – hal yang dilakukan sebelum bladder training Role play/demostrasi prosedur bladder training Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab KMB
Demonstrasi oleh mahasiswa Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab KMB

dengan instruktur				
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab KMB

5. Tinjauan Teori

a. Definisi



Bladder training merupakan prosedur yang dilakukan untuk mengembalikan kontrol terhadap keinginan berkemih. Secara umum, bladder training dilakukan sejak sebelum kateter hingga setelah kateter dilepas.

b. Hal – hal yang dilakukan sebelum bladder training

Secara umum, panduan bladder training sebelum kateter dilepas adalah sebagai berikut:

- Perawat harus mengkaji rencana perawatan pasien termasuk kemungkinan durasi terpasang kateter
- Prosedur bladder training harus dengan persetujuan dokter
- Jadwal pelaksanaan bladder training perlu didiskusikan dengan pasien
- Bladder training bisa memakan waktu hingga 4 hari atau setelah pasien mampu mengontrol miksi dengan baik
- Kosongkan urin bag saat selang penghubung kateter ke urin bag di klem
- Saat klem dilepas, catat warna, kejernihan, dan jumlah urin.
- Sebelum benar-benar dilepas, pasien harus mampu mentoleransi minimal 250 cc urin di kandung kemih

6. Aktifitas Belajar

No	Tindakan	Rasional	Gambar
1	Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien	agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
2	Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker	Proteksi diri	

3	Lakukan klem atau pengikatan selang pada posisi antara kateter dan urine bag	Melatih sfingter	
4	Pertahankan klem atau pengikatan selama 2 jam atau sampai pasien merasa kandung kemih terasa penuh dan ingin berkemih	Melatih sfingter	
5	Buka klem selama 5 menit kemudian lakukan klem kembali		
6	Teruskan klem membuka tutup selama 12 jam	Memastikan sfingter berfungsi dengan baik	
7	Rapihkan alat dan pasien	Menciptakan lingkungan yang nyaman	
8	Lakukan kebersihan tangan	Proteksi diri	
9	Dokumentasikan	Dokumentasikan hasil Tindakan	

7. Daftar Pustaka

- a. Black, joyce M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8* (S. K. Ns. Akliia Suslia, S. K. . Faqihani GGaniajri, S. K. Ns. Peni Puji Lestari, & A. K. Retno Wulan Arum Sari (eds.); 8th ed.). CV Pentasada Media Edukasi.
- b. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta

DAFTAR TILIK
Nama skill : BLADDER TRAINING
Nama mahasiswa :
NIM :

No	Aspek yang di nilai	Bobot	Skor			Nilai
			1	2	3	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapkan alat dan bahan: - Klem atau pengikat - Sarung tangan bersih					
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5	Lakukan klem atau pengikatan selang pada posisi antara kateter dan urine bag					
6	Pertahankan klem atau pengikatan selama 2 jam atau sampai pasien merasa kandung kemih terasa penuh dan ingin berkemih					
7	Buka klem selama 5 menit kemudian lakukan klem kembali					
8	Teruskan klem membuka tutup selama 12 jam					
9	Rapihkan alat dan pasien					
10	Lepaskan sarung tangan					
11	Lakukan kebersihan tangan					
12	Dokumentasikan					

Keterangan Skor :
0 = Tidak dilaksanakan
1 = Dilakukan tidak sempurna
2 = Melakukan dengan sempurna Catatan : Nilai batas lulus 75% Rumus:
Skor didapat/Skor maksimal x 100%

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

RETRIKSI CAIRAN

1. Tujuan pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu menjelaskan mengenai retraksi cairan
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup keperawatan dewasa 2 sistem perkemihan
3. Skenario

Ny. B dirawat di rumah sakit dengan diagnosa GGK, dengan arahan dokter harus melakukan pembatasan cairan. Tindakan apa yang harus dilakukan
4. Aktifitas pembelajaran



Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengertian retriksi cairan Penjelasan tujuan pembelajaran	Diskusi	Instruktur	30 menit	Lab. KMB
Aktivitas Utama Review tujuan, indikasi dan kontraindikasi retriksi cairan	Roleplay diskusi			Lab KMB
Role play/demostrasi prosedur bilas lambung Tanya jawab mahasiswa dan instruktur		Instruktur	300 menit	
Demonstrasi oleh mahasiswa Umpan balik dari observer mahasiswa Tanyajawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab KMB
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab KMB


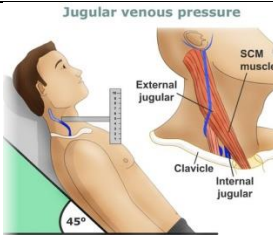
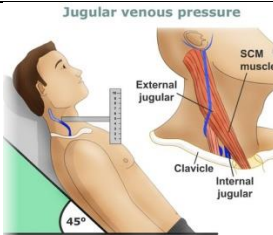




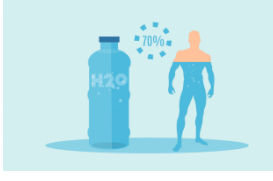
5. Tinjauan teori

Klien yang menjalani terapi hemodialisa yaitu tindakan yang diberikan untuk menggantikan tugas ginjal. Pada umumnya klien mengeluh mengalami mulut kering. Keadaan mulut kering (xerostomia) merupakan hal yang umum terjadi pada klien yang sedang menjalani terapi hemodialisa karena gagal ginjal kronik. Keadaan mulut kering karena sekresi saliva yang berkurang diperkirakan terjadi pada 70-97% klien hemodialisa. Hal ini terjadi karena pembatasan asupan cairan yang dianjurkan pada klien hemodialisa agar terhindar dari berbagai gangguan kesehatan (Pray, 2005).

Pembatasan cairan seringkali sulit dilakukan oleh pasien, terutama jika mereka mengonsumsi obat-obatan yang membuat membran mukosa kering seperti diuretik, sehingga menyebabkan rasa haus dan pasien berusaha untuk minum. Hal ini karena dalam kondisi normal manusia tidak dapat bertahan lebih lama tanpa asupan cairan dibandingkan dengan makanan (Potter & Perry, 2008). Pada pasien gagal ginjal kronik apabila tidak melakukan pembatasan asupan cairan maka cairan akan menumpuk di dalam tubuh dan akan menimbulkan edema di sekitar tubuh seperti tangan, kaki dan muka. Penumpukan cairan dapat terjadi di rongga perut disebut ascites. Kondisi ini akan membuat tekanan darah meningkat dan memperberat kerja jantung (YGDI, 2008). Selain itu, penumpukan cairan juga akan masuk ke paru – paru sehingga membuat pasien mengalami sesak nafas. Secara tidak langsung berat badan pasien juga akan mengalami peningkatan berat badan yang cukup tajam, mencapai lebih dari berat badan normal (0,5 kg /24 jam) yang dianjurkan bagi pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa. Oleh karena itulah pasien gagal ginjal kronik harus mengontrol dan membatasi jumlah asupan cairan yang masuk dalam tubuh (YGDI, 2008).

6. Aktifitas belajar

No	Tindakan	Rasional	Gambar
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)	Memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan	
2	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur	Agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	

3	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	Proteksi diri	
3	Periksa tanda dan gejala hipervolemia (seperti ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)	Untuk menentukan apakah terjadi hipervolemia	
4	Periksa status hemodinamik (meliputi frekuensi nadi, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika tersedia	Untuk mengetahui keadaan umum pasien	
5	Ukur intake, output dan balance cairan	Untuk menentukan keseimbangan cairan	
6	Periksa kecepatan infus secara ketat	Memeriksa kecepatan aliran infus	
7	Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama	Untuk mengukur pengeluaran cairan	
8	Batasi asupan cairan dan garam	Untuk monitor asupan cairan	
9	Anjurkan melapor jika output urine <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam	Untuk menentukan kebutuhan pasien	

10	Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari	Untuk menentukan kebutuhan pasien	
11	Ajarkan cara mengukur dan mencatat input dan output cairan		
12	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	Proteksi diri	
13	Dokumentasikan prosedur yang dilakukan dan respons pasien	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan	

7. Daftar pustaka

- a. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta

DAFTAR TILIK
Nama skill : RETRIKSI CAIRAN
Nama mahasiswa :
NIM :

No	Aspek yang di nilai	Bobot	Skor			Nilai
			1	2	3	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Periksa tanda dan gejala hipervolemia (seperti ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)					
4	Periksa status hemodinamik (meliputi frekuensi nadi, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika tersedia					
5	Ukur intake, output dan balance cairan					
6	Periksa kecepatan infus secara ketat					
7	Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama					
8	Batasi asupan cairan dan garam					
9	Anjurkan melapor jika output urine <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam					
10	Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari					
11	Ajarkan cara mengukur dan mencatat input dan output cairan					
12	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
13	Dokumentasikan prosedur yang dilakukan dan respons pasien					

Keterangan Skor :

0 = Tidak dilaksanakan

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna Catatan : Nilai batas lulus 75% Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

PEMERIKSAAN CCT

1. Tujuan pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu memahami terkait pemeriksaan kreatinine clearance
 - b. Mahasiswa dapat mempraktikan bagaimana cara kreatinine clearance sesuai dengan Standar Prosedur Operasional
2. Capaian pembelajaran
 - a. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup Keperawatan dewasa 2 sistem endokrin, pencernaan, perkemihan dan imunologi
3. Skenario

Ny. I 38 tahun mengeluh mudah lelah terkadang sulit bernafas, terdapat pembengkakan pada kaki dan tekanan darah selalu tinggi jika di periksa, terdapat perubahan pola buang air kecil disertai nyeri pinggang. Tindakan apa yang harus dilakukan oleh perawat ?
4. Aktifitas Belajar

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengenalan terkait Creatinine clearance	Diskusi	Instruktur	30 menit	Lab KMB
Penjelasan tujuan pembelajaran Creatinine clearance	Diskusi	Instruktur	5 menit	
Aktivitas Utama Review cara CCT Roleplay/demorans i mengenai CCT	Diskusi	Mahasiswa	300 menit	
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Doa penutup	Diskusi	Instruktur	21 menit	

5. Tinjauan Teori

a. Pengertian

Kreatinin merupakan hasil akhir metabolisme otot yang dilepaskan dari otot dengan kecepatan yang hampir konstan dan dieksresi dalam urine dengan kecepatan yang sama. Oleh karena itu, kadarnya dalam plasma (serum) hampir konstan dan berkisar antara 0,7 sampai 1,5 mg per 100 ml (nilai ini lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan karena otot laki-laki lebih besar).

b. Tujuan

Tujuan pemeriksaan kreatinin untuk mengukur kemampuan filtrasi glomerulus yang digunakan untuk memantau perjalanan penyakit ginjal.

c. Metabolisme kreatinin

Kreatinin terbuat dari zat yang disebut kreatin, yang dibentuk ketika makanan berubah menjadi energi melalui proses yang disebut metabolisme. Kreatinin diangkut melalui aliran darah ke ginjal. Ginjal menyaring sebagian besar Kreatinin dan membuangnya dalam urin. Bila ginjal terganggu, Kreatinin akan meningkat. Tingkat Kreatinin yang tidak normal kemungkinan terjadi kerusakan atau kegagalan ginjal (Yulianti, 2018).

d. Faktor yang mempengaruhi kadar kreatinin darah

Menurut Prayuda (2016) dan Suryawan (2016) dalam paramita (2019), ada beberapa faktor yang mempengaruhi kadar kreatinin plasma, antara lain : perubahan masa otot, diet tinggi kreatinin dari daging atau suplemen kaya kreatinin, aktifitas fisik yang berlebihan dapat meningkatkan kadar kreatinin, dan obat-obatan.

e. Metode pemeriksaan kreatinin

Adapun metode pemeriksaan kreatinine, yaitu :

1) *Jaffe reaction*

Pemeriksaan ini memiliki prinsip dengan reaksi antara kreatinine dalam suasana alkalis dengan asam pikrat akan membentuk kompleks senyawa berwarna kuning jingga. Alat yang digunakan adalah Photometer. (Winarni, 2010 dalam Paramitha 2019)

2) Kinetik







Pada pemeriksaan kreatinin dengan metode ini relatif sama hanya dalam proses pembacaan dibutuhkan sekali pembacaan yang tepat. Alat yang digunakan autoanalyzer. (Winarni, 2010 dalam Paramitha 2019)



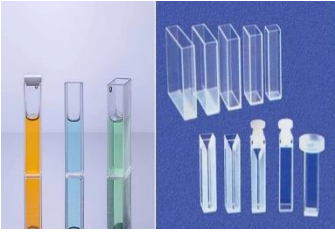



3) Enzymmatic colorimetri test

Enzim yang digunakan yaitu enzim kreatininase. Enzim ini akan mengkatalisis kreatinin menjadi kreatin, dengan penambahan multienzim serial (enzim kreatininase, enzim kreatin kinase, piruvat kinase, dan laktat dehydrogenase) akan terjadi perubahan warna. Perubahan warna

yang terbentuk berbanding lurus dengan kadar kreatinin yang kemudian diukur pada panjang gelombang 340 nm (Winarni, 2010). Nilai rujukan untuk pemeriksaan kreatinin serum metode Enzymmatic colorimetri dengan menggunakan alat Cobas 6000 yaitu, 0.70 – 1.20 mg/dL untuk laki-laki dan 0.5-0,9 mg/dL untuk perempuan. Metode enzimatik memiliki spesifitas sangat tinggi. (Winarni, 2010 dalam Paramitha 2019)

6. Prosedur Kerja

Edukasi Manajemen Nyeri		
Tindakan	Rasional	Gambar
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau rekam medis)	Menghindari kesalahan dalam memberikan pelayanan	
2. Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur	Pasien mengerti terhadap Tindakan yang dilakukan	
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : a. Jeregen penampung urine dengan pengawet thymol b. pipet c. Aquadest d. Alat tulis	Agar mempermudah pasien dalam memahami materi edukasi	
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	Proteksi diri	
5. Urine di tampung dalam jeragen selama 24 jam dengan menggunakan pengawet thymol sebanyak 2-3 butir besar	Mudah untuk dilakukan pemeriksaan	
6. Urin ditampung mulai jam 8 pagi sampai jam 8 pagi besoknya, dengan cara urin yang keluar jam 8 pagi dibuang selanjutnya urin	Untuk mengetahui keseimbangan urine	

yang keluar jam berikutnya ditampung sampai jam 8 pagi besoknya		
7. Ukur volume urin dan catat	Agar tidak lupa untuk proses penghitungan	
8. Kemudian lakukan pengenceran 50 x terhadap urin tersebut, 1 cc urin + 49 aquadest	Agar mudah melakukan pemeriksaan	
9. Dari hasil pengenceran ambil 200 – 500 ul, masukkan kedalam cuvet automatic. Kemudian masukkan No ID sampel ke alat autometik. Klik parameter creatinin yang mau diperiksa tekan start. Alat akan bekerja mengukur Creatinin	Menganalisis hasil	
10. Untuk mendapatkan Creatinin clearance $\frac{\text{Volume Urin 24 jam} \times \text{Creatinin X 50}}{1440 \text{ Creatinine Darah}}$	Mengetahui hasil	
11. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	Proteksi diri	
12. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien	Mendokumentasi hasil yang telah dilakukan	

7. Daftar Pustaka

- a. Paramita, I 2019. Gambaran Kreatinin serum pada anggota fitness center di rai fitness Bandung
- b. Winarni, K. 2010. Perbedaan Hasil Pemeriksaan Kreatinin Metode Jaffe

Reaction Antara Cara Deproteinasi dan Tanpa Deproteinasi. Tersedia
<http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/105/jtptunimus-gdl-silvirinaw-5250-2-bab2.pdf> Diakses tanggal 21 Desember 2018

- c. Yulianti. 2018. Identifikasi Kadar Kreatinin Pada Petani Di Desa Alebo Kecamatan Konda Kabupaten Konawe Selatan. Tersedia
<file:///D:/SEMESTER%205/PENELITIAN%20BARU/baru/PDFF.pdf>
Diakses tanggal 29 Desember 2018

DAFTAR TILIK
Nama skill : Pemeriksaan Creatinin clearance
Nama Mahasiswa :
NIM :

No.	Aspek yang dinilai	Bobot	Skor			Nilai
1.	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau rekam medis)					
2.	Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur					
3.	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : a. Jergen penampung urine dengan pengawet thymol b. pipet c. Aquadest d. Alat tulis					
4.	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5.	Urine di tampung dalam jergen selama 24 jam dengan menggunakan pengawet thymol sebanyak 2-3 butir besar					
6.	Urin ditampung mulai jam 8 pagi sampai jam 8 pagi besoknya, dengan cara urin yang keluar jam 8 pagi dibuang selanjutnya urin yang keluar jam berikutnya ditampung sampai jam 8 pagi besoknya					
7.	Ukur volume urin dan catat					
8.	Kemudian lakukan pengenceran 50 x terhadap urin tersebut, 1 cc urin + 49 aquadest					
9.	Dari hasil pengenceran ambil 200 – 500 ul, masukkan kedalam					

	cuvet automatic. Kemudian masukkan No ID sampel ke alat otomatis. Klik parameter creatinin yang mau diperiksa tekan start. Alat akan bekerja mengukur Creatinin					
10.	Untuk mendapatkan Creatinin clearance $\frac{\text{Volume Urin 24 jam} \times \text{Creatinin X 50}}{1440}$ Creatinine Darah					
11.	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
12.	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien					

Keterangan Skor :

0 = Tidak dilaksanakan

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna Catatan : Nilai batas lulus 75% Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

DYALISIS

1. Tujuan pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian dyalisis
 - b. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan dyalisis
 - c. Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip yang mendasari kerja hemodialisis
 - d. Mahasiswa mampu memahami akses sirkulasi darah pasien
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup keperawatan dewasa 2 sistem perkemihan
3. Skenario

Tn.N dirawat di rumah sakit dengan diagnosa GGK dan harus dilakukan cuci darah rutin. Tindakan apa yang harus dilakukan
4. Aktifitas pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengertian dyalisis Penjelasan tujuan pembelajaran	Diskusi	Instruktur	30 menit	Lab. KMB
Aktivitas Utama Review tujuan, indikasi dan kontraindikasi dyalisis	Roleplay diskusi			Lab KMB
Role play/demostrasi prosedur dyalisis Tanya jawab mahasiswa dan instruktur		Instruktur	300 menit	
Demonstrasi oleh mahasiswa Umpan balik dari observer mahasiswa Tanyajawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab KMB

Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Penggenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab KMB
---	---------	------------	----------	---------

5. Tinjauan teori

a. Pengertian

Dialisis didefinisikan sebagai difusi molekul dalam cairan yang melalui membran semipermeabel sesuai dengan gradien konsentrasi elektrokimia. Hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir atau end stage renal disease (ESRD) yang memerlukan terapi jangka panjang atau permanen. Tujuan hemodialisis adalah untuk mengeluarkan zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan (Suharyanto dan Madjid, 2009).

b. Tujuan

Terapi hemodialisis mempunyai beberapa tujuan. Tujuan tersebut diantaranya adalah menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi (membuang sisa-sisa metabolisme dalam tubuh, seperti ureum, kreatinin, dan sisa metabolisme yang lain), menggantikan fungsi ginjal dalam mengeluarkan cairan tubuh yang seharusnya dikeluarkan sebagai urin saat ginjal sehat, meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita penurunan fungsi ginjal serta Menggantikan fungsi ginjal sambil menunggu program pengobatan yang lain (Suharyanto dan Madjid, 2009). Tujuan utama Hemodialisis adalah untuk mengembalikan suasana cairan ekstra dan intrasel yang sebenarnya merupakan fungsi dari ginjal normal.

c. Prinsip yang mendasari kerja hemodialisis

Aliran darah pada hemodialisis yang penuh dengan toksin dan limbah nitrogen dialihkan dari tubuh pasien ke dializer tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan lagi ke tubuh pasien. Sebagian besar dializer merupakan lempengan rata atau ginjal serat artificial berongga yang berisi ribuan tubulus selofan yang halus dan bekerja sebagai membran semipermeabel. Aliran darah akan melewati tubulus tersebut sementara cairan dialisat bersirkulasi di sekelilingnya. Pertukaran limbah dari darah ke

dalam cairan dialisis akan terjadi melalui membrane semipermeabel tubulus (Brunner & Suddarth, 2006).

Tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu difusi, osmosis, ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi, ke cairan dialisis dengan konsentrasi yang lebih rendah (Lavey, 2011). Cairan dialisis tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi ekstrasel yang ideal. Kelebihan cairan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan, dimana air bergerak dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ke tekanan yang lebih rendah (cairan dialisis). Gradient ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negative yang dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialisis. Tekanan negative diterapkan pada alat ini sebagai kekuatan penghisap pada membran dan memfasilitasi pengeluaran air (Elizabeth, et all, 2011))









d. Akses sirkulasi darah pasien









Akses pada sirkulasi darah pasien terdiri atas subklavikula dan femoralis, fistula, dan tandur. Akses ke dalam sirkulasi darah pasien pada hemodialisis darurat dicapai melalui kateterisasi subklavikula untuk pemakaian sementara. Kateter femoralis dapat dimasukkan ke dalam pembuluh darah femoralis untuk pemakaian segera dan sementara (Barnett & Pinikaha, 2007).



Fistula yang lebih permanen dibuat melalui pembedahan (biasanya dilakukan pada lengan bawah) dengan cara menghubungkan atau menyambung (anastomosis) pembuluh arteri dengan vena secara side to side (dihubungkan antara ujung dan sisi pembuluh darah). Fistula tersebut membutuhkan waktu 4 sampai 6 minggu menjadi matang sebelum siap digunakan (Brunner & Suddart, 2011). Waktu ini diperlukan untuk memberikan kesempatan agar fistula pulih dan segmen vena fistula berdilatasi dengan baik sehingga dapat menerima jarum berlumen besar dengan ukuran 14-16. Jarum ditusukkan ke dalam pembuluh darah agar cukup banyak aliran darah yang akan mengalir melalui dializer. Segmen vena fistula digunakan untuk memasukkan kembali (reinfus) darah yang sudah didialisis (Barnett & Pinikaha, 2007).

Tandur dapat dibuat dengan cara menjahit sepotong pembuluh darah arteri atau vena dari materia gore-tex (heterograf) pada saat menyediakan lumen sebagai tempat penusukan jarum dialisis. Tandur dibuat bila pembuluh darah pasien sendiri tidak cocok untuk dijadikan fistula (Brunner & Suddart, 2008).

6. Aktifitas belajar

No	Tindakan	Rasional	Gambar
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)	Memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan	
2	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur	Agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
3	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	Proteksi diri	
4	Pasang sarung tangan	Proteksi diri	
5	Identifikasi kondisi pasien (meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, suhu tubuh, berat badan, tinggi badan, edema, keseimbangan cairan)	Mengetahui keadaan umum pasien	
6	Monitor status hemodinamik selama proses hemofiltrasi	Mengidentifikasi perubahan status hemodinamik	
7	Monitor ultrafiltration rate, hemodinamik dan kebocoran	Mengidentifikasi perubahan status hemodinamik	
8	Monitor intake dan output cairan tiap jam	Untuk mengetahui keseimbangan cairan	

9	Ambil sampel darah untuk pemeriksaan fungsi ginjal, dan elektrolit sebelum terapi	Untuk mengambil sampel darah	
10	Gunakan teknik steril untuk melakukan priming blood line hemofiltrasi, saat menyambungkan arteri-blood line dan vena pasien	Untuk mengurangi risiko infeksi	
11	Bebaskan sirkuit hemofiltrasi dari udara		
12	Berikan heparin sesuai indikasi	Supaya darah tidak cepat menggumpal	
13	Periksa kepatenan hubungan blood line, arteri maupun vena	Supaya tidak mudah lepas	
14	Hentikan hemofiltrasi jika kondisi pasien menurun	Jika kondisi pasien buruk	
15	Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan	Supaya pasien tetap nyaman	
16	Lepaskan sarung tangan	Proteksi diri	

17	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	Proteksi diri	
18	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan	

7. Daftar pustaka

- a. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta

DAFTAR TILIK

Nama skill : DYALISIS

Nama mahasiswa :

NIM :

No	Aspek yang di nilai	Bobot	Skor			Nilai
			1	2	3	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
4	Pasang sarung tangan					
5	Identifikasi kondisi pasien (meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, suhu tubuh, berat badan, tinggi badan, edema, keseimbangan cairan)					
6	Monitor status hemodinamik selama proses hemofiltrasi					
7	Monitor ultrafiltration rate, hemodinamik dan kebocoran					
8	Monitor intake dan output cairan tiap jam					
9	Ambil sampel darah untuk pemeriksaan fungsi ginjal, dan elektrolit sebelum terapi					
10	Gunakan teknik steril untuk melakukan priming blood line hemofiltrasi, saat menyambungkan arteri-blood line dan vena pasien					
11	Bebaskan sirkuit hemofiltrasi dari udara					
12	Berikan heparin sesuai indikasi					
13	Periksa kepatenan hubungan blood line, arteri maupun vena					

14	Hentikan hemofiltrasi jika kondisi pasien menurun					
15	Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan					
16	Lepaskan sarung tangan					
17	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
18	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien					

Keterangan Skor :

0 = Tidak dilaksanakan

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna Catatan : Nilai batas lulus 75% Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

SISTEM IMUNOLOGI

INJEKSI SUBCUTAN

1. Tujuan Pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian injeksi subcutan
 - b. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan injeksi subcutan
 - c. Mahasiswa mampu menjelaskan lokasi injeksi subcutan
 - d. Mahasiswa mampu menjelaskan indikasi injeksi subcutan
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem imunologi
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup keperawatan dewasa 2 sistem imunologi
3. Skenario
Ny. N datang ke rumah sakit dengan diagnosa DM tipe 2 saat pemeriksaan GDS hasilnya 300 g/dL. Tindakan apa yang harus dilakukan
4. Aktivitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengertian injeksi subcutan Penjelasan tujuan pembelajaran	Diskusi	Instruktur	30 menit	Lab. KMB
Aktivitas Utama Review singkat mengenai injeksi subcutan Role play/demostrasi prosedur bladder training Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab KMB
Demonstrasi oleh mahasiswa Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab KMB

dengan instruktur				
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab KMB

5. Tinjauan Teori

a. Definisi

Pemberian obat Subkutan adalah tindakan pemberian obat kedalam tubuh dengan cara memasukkan obat kedalam jaringan di bawah kulit dengan menggunakan suntik. Metode penyuntikan melalui rute ini biasanya dilakukan untuk memberi insulin dan imunisasi. Ada beberapa area tubuh yang dapat digunakan untuk memberi obat dengan metode ini, antara lain lengan atas bagian dalam, paha bagian depan, daerah perut, dan daerah punggung atas. (Wagiran, 2015).

b. Tujuan

- Mengontrol kadar gula darah
- Memasukan sejumlah toksin atau obat untuk diabsorpsi


c. Lokasi injeksi









- Lengan atas bagian luar
- Paha anterior
- Daerah abdomen
- Area scapula pada punggung atas
- Daerah ventrodorsal dan dorsogluteal bagian atas










d. Indikasi pemberian obat

Indikasi: bisa dilakukan pada pasien yang tidak sadar, tidak mau bekerja sama karena tidak memungkinkan untuk diberikan obat secara oral, tidak alergi. Lokasinya yang ideal adalah lengan bawah dalam dan punggung bagian atas. (Sigalingging, 2013)

6. Aktifitas belajar

No	Tindakan	Rasional	Gambar
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)	Memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan	

2	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur	Agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
3	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: a. Sarung tangan bersih b. Obat SC sesuai order c. Alcohol swab d. S spuit sesuai kebutuhan e. Cairan pelarut, jika perlu f. Pengalas g. Bengkok h. Safety box	Agar memudahkan dalam melakukan tindakan	
4	Campurkan obat dengan cairan pelarut, sesuai kebutuhan	Menyesuaikan order	
5	Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi)	Memastikan ketepatan pasien yang akan diberikan obat	
6	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	Proteksi diri	
7	Pasang sarung tangan bersih	Proteksi diri	
8	Pilih area yang akan dilakukan penusukan	Untuk menentukan lokasi penusukan	
9	Pasang pengalas di bawah area yang dipilih	Supaya tidak berceceran	
10	Bersihkan area penusukan dengan alcohol swab	Desinfeksi	

11	Lakukan penusukan dengan sudut 45 ⁰ dengan bevel menghadap ke atas	Sesuai sop	
12	Aspirasi untuk menentukan apakah ada darah masuk atau tidak	Supaya menentukan sudah masuk subcutan	
13	Injeksikan obat dengan kecepatan yang direkomendasikan	Sesuai order	
14	Monitor respons pasien selama injeksi obat		
15	Lepaskan spuit		
16	Buang jarum dan spuit ke dalam safety box tanpa recapping (menutup kembali jarum)	Proteksi diri	
17	Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan	Kenyamanan pasien dan lingkungan	
18	Lepaskan sarung tangan	Proteksi diri	
19	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	Proteksi diri	
20	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan	

7. Daftar pustaka

- a. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta

DAFTAR TILIK
Nama skill : INJEKSI SUBCUTAN
Nama mahasiswa :
NIM :

No	Aspek yang di nilai	Bobot	Skor			Nilai
			1	2	3	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: a. Sarung tangan bersih b. Obat SC sesuai order c. Alcohol swab d. S spuit sesuai kebutuhan e. Cairan pelarut, jika perlu f. Pengalas g. Bengkok h. Safety box					
4	Campurkan obat dengan cairan pelarut, sesuai kebutuhan					
5	Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi)					
6	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
7	Pasang sarung tangan bersih					
8	Pilih area yang akan dilakukan penusukan					
9	Pasang pengalas di bawah area yang dipilih					
10	Bersihkan area penusukan dengan alcohol swab					
11	Lakukan penusukan dengan sudut 45 ⁰ dengan bevel menghadap ke atas					
12	Aspirasi untuk menentukan apakah ada darah masuk atau tidak					
13	Injeksikan obat dengan kecepatan yang direkomendasikan					

14	Monitor respons pasien selama injeksi obat					
15	Lepaskan spuit					
16	Buang jarum dan spuit ke dalam safety box tanpa recapping (menutup kembali jarum)					
17	Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan					
18	Lepaskan sarung tangan					
19	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
20	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien					

Keterangan Skor :

0 = Tidak dilaksanakan

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna Catatan : Nilai batas lulus 75% Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

Bandung,.....

Evaluator

(.....)

PEMBERIAN OBAT KEMOTERAPI

1. Tujuan Pembelajaran
 - a. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian injeksi subcutan
 - b. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan injeksi subcutan
 - c. Mahasiswa mampu menjelaskan lokasi injeksi subcutan
 - d. Mahasiswa mampu menjelaskan indikasi injeksi subcutan
2. Capaian pembelajaran
 - a. Melakukan askep dengan menerapkan caring pada pasien dengan gangguan sistem imunologi
 - b. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, decision making, problem solving dalam melakukan manajemen kasus pada ruang lingkup keperawatan dewasa 2 sistem imunologi
3. Skenario
Tn. F akan dilakukan tindakan kemoterapi. Tindakan apa yang harus dilakukan
4. Aktivitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengertian pemberian obat kemoterapi Penjelasan tujuan pembelajaran	Diskusi	Instruktur	30 menit	Lab. KMB
Aktivitas Utama Review tujuan, indikasi dan kontraindikasi pemberian obat kemoterapi	Roleplay diskusi			Lab KMB
Role play/demostrasi prosedur pemberian obat kemoterapi Tanya jawab mahasiswa dan instruktur		Instruktur	300 menit	
Demonstrasi oleh mahasiswa Umpan balik dari observer mahasiswa Tanyajawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab KMB
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab KMB

Penggenahan				
Doa penutup				

5. Tinjauan Teori

a. Pengertian

Kemoterapi adalah pemberian obat anti kanker (sitostatika) yang bertujuan untuk membunuh sel kanker. Tujuan kemoterapi yaitu dapat sebagai terapi kuratif, bagian dari terapi paliatif atau sebagai radiosensitizer. Strategi pemberiannya: dapat sebagai terapi ajuvan, konsolidasi, induksi, intensifikasi, pemeliharaan, neoadjuvan, ataupun paliatif. Cara pemberiannya yaitu dapat secara oral, intra vena, intraarterial, intraperitoneal, atau intrakavitas

b. Prosedur pemberian

Prosedur pemberian kemoterapi sebenarnya adalah sama dengan pemberian obat-obatan yang lain yaitu terdiri dari:

- Persiapan penderita
- Persiapan pemberian obat
- Penilaian respon
- Monitor efek samping dan penanganannya.

Persiapan penderita terdiri dari : persiapan penderita dan keluarga, aspek onkologis dan aspek medis

2) Persiapan penderita:

- Penjelasan tentang tujuan dan perlunya kemoterapi sehubungan dengan penyakitnya
- Penjelasan mengenai macam obatnya, jadwal pemberian dan persiapan yang diperlukan setiap siklus obat kemoterapi diberikan
- Penjelasan mengenai efek samping yang mungkin terjadi pada penderita
- (Penjelasan mengenai harga obat)
- Informed consent

3) Aspek onkologis:

- Diagnosa keganasan telah confirmed baik secara klinis (tumor diukur dengan kaliper atau penggaris), radiologis dan patologis (triple diagnostic), kalau memungkinkan diperiksakan juga tumor marker
- Tentukan stadium (klinis, imaging)
- Tentukan tujuan terapi (neoadjuvant, adjuvant, terapeutik, paliatif)
- Tentukan regimen kombinasi kemoterapi, dosis dan prosedur pemberiannya

4) Aspek medis

- Anamnesa yang cermat mengenai adanya komorbiditas yang mungkin

ada yang dapat mempengaruhi pemberian kemoterapi seperti usia, penyakit jantung, hipertensi, diabetes, kelainan fungsi ginjal atau hati, kehamilan dan lain-lain.

- Pemeriksaan secara menyeluruh semua keadaan yang berhubungan dengan penyakit tersebut di atas (klinis, imaging dan laboratorium). Pemeriksaan laboratorium terdiri dari darah lengkap, fungsi hati, fungsi ginjal, gula darah puasa dan 2 jam pp (sesuai indikasi), pemeriksaan jantung (EKG) atau kalau perlu ekokardiografi. Bila fasilitas ada, dapat diperiksa tumor marker CEA, Ca15-3 yang akan dipakai sebagai data dasar dan kelak dapat digunakan dalam follow up terapi. Pada pemberian kemoterapi siklus berikutnya, bila tidak ada kelainan pada pemeriksaan fisik cukup diperiksa darah lengkap saja. (HB, lekosit, trombosit, netrofil)
- Penentuan status performance (Karnofsky atau ECOG)

c. Pemberian Kemoterapi (drug administration)

Keamanan penanganan obat onkologi merupakan hal yang penting yang harus diperhatikan personel dokter, perawat, farmasis, penderita, gudang/distribusi

1) Persiapan obat: (kemoterapi dan obat emergency dan extravasation kit)




- Dosis : Bila tak ada ketentuan spesifik dari data tersebut dosis ditentukan dengan menggunakan luas permukaan tubuh (body surface area=BSA) yang diketahui dengan mengukur TB dan BB.
- Storage dan Stability: Baca petunjuk mengenai storage dan stability masing-masing obat sehingga kondisi obat dalam keadaan baik. Obat yang tidak mengandung preservasi setelah dibuka/dilartukan (oplos) harus segera dibuang dalam waktu 8-24 jam.
- Preparasi (pelarutan) Pelarut untuk masing masing obat biasanya disebutkan dalam penjelasan pemakaian masing masing obat. Kadang kadang ada pelarut yang incompatible terhadap obat obat tertentu. Secara umum pelarut yang biasa dipakai adalah : Dextrose 5% atau NaCL fisiologis . Pelarutan / preparation dilakukan dalam tempat tertentu dan dilakukan oleh petugas (dokter, perawat) atau pharmacist yang terlatih.








2) Persiapan provider

- Memakai gaun yang khusus atau schort
- Memakai masker yang disposibel
- Memakai handschoen karet
- Memakai topi pelindung kepala
- Memakai kaca mata pelindung terhadap percikan obat, tanpa menghalangi lapangan penglihatan.(kaca goggle)


- Well trained.
- 3) Persiapan peralatan dan cairan
 - Jarum suntik yang halus, abbocath/ surflo No 20 atau 22
 - Sduit disposabel 5 cc, 20 cc, 30 cc
 - Infus set, pada obat golongan taxan telah dipakai infus set khusus
 - Larutan NaCl 0,9% 100 cc, NaCl 0,9 :% 500 cc dan Aquadest 25 cc
 - Syringe pump (kalau ada)
 - Alas penyuntikan, untuk menghindari kontak obat dengan spreii tempat tidur
- 4) Penyuntikan
 - Teliti protokol kemoterapi yang akan diberikan.
 - Cek apakah informed consent sudah ada.
 - Pilih vena yang paling distal dan lurus (biasanya meta carpal bagian dorsal) dan kontralateral dari kankernya. Dipastikan tidak terjadi ekstrasvasasi dengan memasang infus dan drip cepat.
 - Setelah penyuntikan selesai , alat-alat atau botol bekas obat sitostatika dimasukkan dalam kantong plastik dan diikat serta dimasukkan dalam sampah medis khusus.
 - Buat catatan pada rekaman medik penderita, catat semua tindakan.

6. Aktifitas belajar

No	Tindakan	Rasional	Gambar
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)	Memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan	
2	Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur	Agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
3	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ol style="list-style-type: none"> a. Obat sitotastika b. Cairan NaCl 0,9%, D5% atau intralite c. Pengalas plastik dengan kertas absorpsi atau kain diatasnya d. Gaun lengan panjang, masker, topi, kaca mata, 	Agar memudahkan dalam tindakan	

	<p>sarung tangan, sepatu</p> <p>e. Sduit disposable (5cc, 10cc, 20 cc, 50 cc)</p> <p>f. Infus set dan vena kateter kecil</p> <p>g. Alkohol 70% dengan kapas steril</p> <p>h. Bak spuit besar</p> <p>i. Label obat</p> <p>j. Plastik tempat pembuangan bekas</p>		
4	Mencuci tangan 6 langkah	Proteksi diri	
5	Meja dialasi dengan pengalas plastik di atasnya ada kertas penyerap atau kain	Supaya tidak berceceran	
6	Pakai gaun lengan panjang, topi, masker, kaca mata, sepatu	Proteksi diri	
7	Ambil obat sitotastika sesuai program, larutkan dengan NaCl 0,9%, D5% atau intralite	Sesuai program	
8	Sebelum membuka ampul, pastikan bahwa cairan tersebut tidak berada pada puncak ampul	Supaya cairan tidak berceceran saat dibuka	
9	Gunakan kasa waktu membuka ampul agar tidak terjadi luka dan terkontaminasi dengan kulit	Agar tangan tidak terkontaminasi	
10	Pastikan bahwa obat yang diambil sudah cukup dengan tidak mengambil 2 kali	Sesuai SOP	

11	Keluarkan udara yang masih berada dalam spuit dengan menutup kapas atau kasa steril diujung jarum spuit	Supaya tidak terdapat udara didalam spuit	
12	Masukkan perlahan-lahan obat kedalam flabot NaCl 0,9% atau D5% dengan volume cairan yang telah ditentukan	Sesuai program	
13	Jangan tumpah saat mencampur, menyiapkan dan saat memasukan obat kedalam flabot atau botol infus	Supaya tidak berceceran	
14	Buat label, nama pasien, jenis obat, tanggal, jam pemberian serta akhir pemberian atau dengan syringe pump	Agar obat tidak tertukar	
15	Masukan kedalam kontainer yang telah disediakan		
16	Masukan sampah langsung ke kantong plastik, ikat dan beri tanda atau jarum bekas dimasukan ke dalam tempat khusus untuk menghindari tusukan	Sesuai SOP	
17	Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan	Supaya tetap rapih	
18	Lepaskan sarung tangan	Proteksi diri	
19	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah	Proteksi diri	

20	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan	
----	---	---	---

7. Daftar Pustaka

- a. Modul 10 Bedah Onkologi Kemoterapi. (2019). Universitas Sumatera Utara
- b. SOP Pemberian Obat Kemoterapi. (2019). Universitas Jember

DAFTAR TILIK
Nama skill : PEMBERIAN OBAT KEMOTERAPI
Nama mahasiswa :
NIM :

No	Aspek yang di nilai	Bobot	Skor			Nilai
			1	2	3	
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: k. Obat sitotastika l. Cairan NaCl 0,9%, D5% atau intralit m. Pengalas plastik dengan kertas absorpsi atau kain di atasnya n. Gaun lengan panjang, masker, topi, kaca mata, sarung tangan, sepatu o. S spuit disposable (5cc, 10cc, 20 cc, 50 cc) p. Infus set dan vena kateter kecil q. Alkohol 70% dengan kapas steril r. Bak spuit besar s. Label obat t. Plastik tempat pembuangan bekas					
4	Mencuci tangan 6 langkah					
5	Meja dialasi dengan pengalas plastik di atasnya ada kertas penyerap atau kain					
6	Pakai gaun lengan panjang, topi, masker, kaca mata, sepatu					
7	Ambil obat sitotastika sesuai program, larutkan dengan NaCl 0,9%, D5% atau intralit					
8	Sebelum membuka ampul, pastikan bahwa cairan tersebut tidak berada pada puncak ampul					
9	Gunakan kasa waktu membuka ampul agar					

	tidak terjadi luka dan terkontaminasi dengan kulit					
10	Pastikan bahwa obat yang diambil sudah cukup dengan tidak mengambil 2 kali					
11	Keluarkan udara yang masih berada dalam spuit dengan menutup kapas atau kasa steril diujung jarum spuit					
12	Masukkan perlahan-lahan obat kedalam flabot NaCl 0,9% atau D5% dengan volume cairan yang telah ditentukan					
13	Jangan tumpah saat mencampur, menyiapkan dan saat memasukan obat kedalam flabot atau botol infus					
14	Buat label, nama pasien, jenis obat, tanggal, jam pemberian serta akhir pemberian atau dengan syringe pump					
15	Masukan kedalam kontainer yang telah disediakan					
16	Masukan sampah langsung ke kantong plastik, ikat dan beri tanda atau jarum bekas dimasukan ke dalam tempat khusus untuk menghindari tusukan					
17	Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan					
18	Lepaskan sarung tangan					
19	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
20	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien					

Keterangan Skor :
0 = Tidak dilaksanakan
1 = Dilakukan tidak sempurna
2 = Melakukan dengan sempurna Catatan : Nilai batas lulus 75% Rumus:
Skor didapat/Skor maksimal x 100%
Bandung,.....
Evaluator

(.....)

FOTO

IDENTITAS MAHASISWA

NAMA :

NIM :

PRODI :

ANGKATAN :

NO TELP :

**LOGBOOK PRAKTIKUM LABORATORIUM KEPERAWATAN
PRODI SARJANA ILMU KEPERAWATAN**

**LOGBOOK PRAKTIKUM LABORATORIUM KEPERAWATAN
PRODI SARJANA ILMU KEPERAWATAN**



**PROGRAM SARJANA ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN
(STIKep)PPNI JAWABARAT
TAHUN 2023/2024**

PEDOMAN PENGISIAN LOGBOOK

1. Mahasiswa wajib mengisi logbook praktikum laboratorium setiap bidang keperawatan
2. Observasi yaitu apabila mahasiswa telah melihat tindakan praktikum secara langsung saat Dosen/Tutor melakukan demonstrasi atau saat mahasiswa lain melakukan latihan mandiri
3. Latihan mandiri yaitu apabila mahasiswa melakukan tindakan praktikum langsung di laboratorium secara mandiri dan diawasi oleh dosen atau asisten laboratorium
4. Ujian Praktikum yaitu apabila mahasiswa melakukan ujian praktikum yang dinilai oleh dosen
5. Apabila Mahasiswa telah melakukan observasi, latihan mandiri atau ujian praktikum maka dosen/tutor atau asisten laboratorium harus memberikan paraf dan tanggal pelaksanaan

**KOMPETENSI PRAKTIKUM LABORATORIUM KEPERAWATAN
DEWASA 2**

No	Tindakan	Observasi	Latihan Mandiri	Ujian Praktikum
1	Pemeriksaan Fisik Sistem Pencernaan	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
2	Pemasangan NGT	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
3	Lavage Lambung	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
4	Enema	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
5	Perawatan Colostomy	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
6	Pemeriksaan Fisik Sistem Perkemihan	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
7	Pemasangan Kateter	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
8	Blader Training	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
9	Perawatan Cystotomy	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
10	Irigasi cateter	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
11	Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
12	Injeksi subkutan	Tgl : Paraf:	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
13	Menentukan jenis dan jumlah kalori dalam diet	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
14	Retriksi cairan	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
15	Dyalisis	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
16	Pemberian obat kemoterapi	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
17	Manajemen nyeri	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :

18	Pemeriksaan CCT	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :	Tgl : Paraf :
Jumlah Kompetensi yang Tercapai				
Jumlah Kompetensi yang tidak tercapai				
Alasan tidak tercapai				



Kampus 1 : Jl Ahmad iv no. 32 bandung tlp. (022)6121914
kampus 2 : jl. Muhammad No.34 bandung tlp. (022) 6004498
email : ww.stikep-pWpnijabar.ac.id