



KETERAMPILAN DASAR KEBIDANAN

Modul Praktikum

- Praktikum Memberikan Oksigen
- Praktikum Memasang Sonde
- Praktikum Memasang Infus
- Praktikum Memasang Kateter
- Praktikum Memberikan Obat Supositoria
- Praktikum Memandikan Pasien
- Praktikum Mengatur Berbagai Posisi Tidur Pasien dan Ambulasi Dini

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN PROFESI
SUMT

1 Keterampilan Dasar Kebidanan

Pendahuluan



Assalamu'alaikum Wr.Wb

Alhamdulillahirabbil 'Alamin, Sholawat serta salam untuk junjungan kita Nabi Muhammad SAW. Bagaimana kabar saudara? Kita semua berharap saudara tetap semangat dalam mempelajari modul praktik klinik kebidanan ini.

Modul ini disusun berdasarkan Rencana Pembelajaran Semester Mata Kuliah Keterampilan Dasar Kebidanan. Sks untuk praktikum ini 2 sks. Modul ini berisi tentang tindakan-tindakan yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan manusia. Sebelum mempelajari modul ini, saudara harus mengingat kembali materi tentang konsep manusia dan kebutuhan dasarnya.

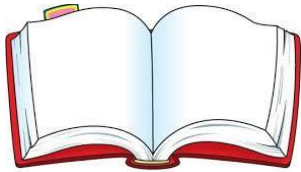
Pokok bahasan pada modul ini adalah tentang pemenuhan kebutuhan dasar yang meliputi pemenuhan kebutuhan oksigen, kebutuhan nutrisi dan cairan, eliminasi urine dan eliminasi alvi.

Materi praktikum disusun berdasarkan tindakan-tindakan untuk mengatasi masalah pemenuhan kebutuhan dasar yaitu :

1. Pemenuhan oksigen praktikumnya memberikan oksigen
Untuk mempermudah mempelajari modul ini, beberapa langkah yang perlu saudara ikuti adalah :
 1. Baca kembali konsep atau teori tentang pemenuhan kebutuhan dasar
 2. Pelajari satu kegiatan belajar secara tuntas sebelum mempelajari kegiatan belajar lainnya
 3. Pahami urutan langkah-langkah setiap prosedur
 4. Jika ada kesulitan, saudara dapat berdiskusi dengan fasilitator atau pembimbing yang ditunjuk
2. Kebutuhan nutrisi praktikumnya memasang sonde dan memberikan cairan melalui infus
3. Eliminasi urine praktikumnya memasang kateter
4. Eliminasi alvi praktikumnya memberikan obat supositoria
5. Memandikan pasien
6. Mengatur berbagai posisi pasien dan ambulasi dini

Modul praktikum ini disusun untuk memudahkan saudara mempelajari prosedur tindakan mulai dari persiapan, langkah-langkah pelaksanaan dan evaluasinya. Untuk mempraktikkan setiap prosedur tindakan, saudara dapat melakukan di laboratorium kebidanan.

Pada akhirnya semoga modul praktikum ini dapat memberikan manfaat bagi saudara. Selamat belajar dan sukses selalu.



PEMBERIAN OKSIGEN

TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM

Setelah mempelajari modul praktikum ini. Saudara akan mampu mempraktikkan pemenuhan kebutuhan oksigen pada klien

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

1. Saudara dapat memahami dasar tindakan
2. Saudara dapat menyiapkan peralatan dan pasien
3. Saudara dapat melaksanakan prosedur tindakan

POKOK MATERI

1. Dasar tindakan
2. Persiapan peralatan
3. Langkah-langkah prosedur tindakan



URAIAN MATERI

Dasar Tindakan

Pemberian oksigen (oksigenisasi) adalah proses penambahan O₂ kedalam tubuh yang diperlukan untuk metabolisme sel dengan menggunakan alat bantu oksigen. Ada beberapa cara pemberian oksigen yaitu melalui nasal kateter, nasal kanule atau masker. Namun pada praktikum ini, saudara akan mempelajari pemberian oksigen melalui nasal kanule atau masker saja karena untuk nasal kateter sudah jarang dilakukan.

Tujuan pemberian oksigen adalah memenuhi kekurangan oksigen, membantu kelancaran metabolisme sel, mencegah hipoksia, mengurangi beban kerja alat nafas dan jantung. Pemberian oksigen dilakukan pada pasien dengan : anoksia atau hipoksia, kelmpuhan alat-alat pernafasan, selama atau sesudah dilakukan narcose umum, mendapat trauma paru, tiba-tiba menunjukkan tanda-tanda shock, dispneu, cyanosis, apneu, dalam keadaan koma.

Persiapan

1. Peralatan yang diperlukan adalah :
 - a. Tabung oksigen dan menometer. Pada beberapa rumah sakit, tabung oksigen tidak lagi berbentuk tabungtabung namun langsung dialiran ke pipa yang ditanam didinding
 - b. Flow meter (untuk mengatur aliran)
 - c. Humidifier (untuk melembabkan oksigen)
 - d. Selang O₂ (untuk menghantarkan O₂ dari tabung ke hidung klien)
 - e. Nasal kanule atau masker oksigen sesuai advise dokter
2. Pasien, klien diberi penjelasan tindakan yang akan dilakukan. Selanjutnya atur posisi semi fowler atau sesuai kondisi pasien. Pada bayi, posisi tidur semi eksistensi, Berikan oksigen sesuai cara pemberiannya melalui nasal kanule atau masker oksigen.

Pelaksanaan

Setelah saudara mempersiapkan peralatan dan pasien, maka nasal kanule atau masker dapat saudara pasang dengan langkah-langkah sebagai berikut :

Melalui Nasal Kanule

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Cuci tangan
3. Cek aliran oksigen pastikan selang oksigen tidak bocor
4. Pasangkan nasal pada selang oksigen
5. Pasang kanule pada hidung klien. Jika hidung terlihat kotor, bersihkan terlebih dahulu
6. Atur kecepatan aliran oksigen dengan mengatur posisi air raksa pada flow meter. Biasanya 1-6 liter/menit
7. Jika selesai, pastikan kanule tidak berubah posisi dengan mengencangkan pengikat kanule
8. Selama pemberian oksigen, observasi tanda-tanda vital terutama pernafasannya dalam posisi tidur pasien
9. Jika selesai pemasangan, saudara cuci tangan lagi

Melalui Masker

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Cuci tangan
3. Cek aliran oksigen pastikan selang oksigen tidak bocor
4. Pasangkan nasal kanule atau masker pada selang oksigen
5. Pasang masker oksigen diatas mulut dan hidung pasien dan atur pengikat untuk kenyamanan pasien. Jika hidung terlihat kotor, bersihkan terlebih dahulu
6. Atur kecepatan aliran oksigen dengan mengatur posisi air raksa pada flow meter. Biasanya 4-6 liter/menit
7. Jika selesai, pastikan masker tidak berubah posisi dengan mengencangkan pengikat kanule
8. Selama pemberian oksigen, observasi tanda-tanda vital terutama pernafasannya dalam posisi tidur pasien
9. Jika selesai pemasangan, saudara cuci tangan lagi

Hal yang perlu diperhatikan :

- Kecepatan aliran oksigen maksimal 4-6 liter/menit
- Peningkatan kecepatan aliran dapat menyebabkan distensi lambung, sakit kepala karena sebagian oksigen masuk kesinus frontalis, mukosa hidung kering yang bisa berakibat perdarahan hidung. Oleh karena itu, sebaiknya diawali dengan aliran 1-2 liter/menit, kemudian dinaikkan pelan-pelan sesuai kebutuhan
- Cara pemberian oksigen melalui masker, prinsipnya sama dengan pemberian melalui kanule hanya kecepatan aliran lebih besar yaitu sekitar 5 liter/menit
- Jaga tabung humidifier tetap terisi air
- Jauhkan tabung oksigen dari api, karena mudah terbakar
- Setelah pemberian oksigen tidak diperlukan lagi, lepas nasal kanule atau masker dari hidung pasien dan peralatan dibereskan



RANGKUMAN

Pemberian oksigen umumnya dilakukan dengan 2 cara yaitu nasal kanule dan masker. Pemberian oksigen melalui masker memerlukan kecepatan aliran lebih tinggi/

Langkah-langkah yang dilakuakn meliputi persiapan alat dan pasien serta pelaksanaan pemasangan oksigen.



TUGAS

Saudara sudah mempelajari prosedur pemberian oksigen melalui nasal kanule dan masker. Sekarang coba saudara praktekan dengan menggunakan suatu model. Lalu cek langkah-langkah yang telah saudara laksanakan berdasarkan daftar tilik dibawah ini

Daftar Tilik Pemberian Oksigen

Tanggal Penilaian :

Nama Mahasiswa :

Kategori Skore :

Skor 1 : Bantuan hampir seluruhnya, prosedur dilakukan tapi tidak tepat

Skor 2 : Bantuan sebagian, prosedur dilakukan kurang sempurna

Skor 3 : Mandiri, langkah dilakukan dengan benar

Melalui Nasal Kanule

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor		
			1	2	3
A	Persiapan	40%			
1.	Persiapan alat: - Tabung oksigen - Humidifier - Nasal kanule				
2	Persiapan pasien : menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan				
B	Pelaksanaan				
1	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan				
2	Cuci tangan				
3	Cek aliran oksigen pastikan selang oksigen tidak bocor				
4	Pasangkan nasal kanule pada selang oksigen				
5	Pasang kanule pada hidung klien. Jika hidung terlihat kotor, bersihkan terlebih dahulu				
6	Atur kecepatan aliran oksigen sesuai terapi				
7	Pastikan kanule tidak berubah posisi dengan menegncangkan pengikat kanule				
8	Selama pemberian oksigen observasi tanda-tanda vital terutama pernafasannya dan posisi tidur pasien				
9	Cuci tangan setelah pemasangan				
	Nilai = $(40\% \times \text{skore A} + (60\% \times \text{skore B}))$ Total skore maksimal				

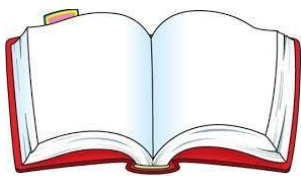
Melalui Masker

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor		
			1	2	3
A	Persiapan	40%			
1.	Persiapan alat: - Tabung oksigen - Humidifier - Masker				
2	Persiapan pasien : menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan				

B	Pelaksanaan				
1	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan				
2	Cuci tangan				
3	Cek aliran oksigen pastikan selang oksigen tidak bocor				
4	Pasangkan masker pada selang oksigen				
5	Pasang masker oksigen diatas mulut dan hidung pasien dan atur pengikat untuk kenyamanan pasien. Jika hidung terlihat kotor, bersihkan terlebih dahulu				
6	Atur kecepatan aliran oksigen dengan mengatur posisi air raksa pada flow meter				
7	Jika selesai, pastikan masker tidak berubah posisi dengan mengencangkan pengikat kanule				
8	Selama pemberian oksigen observasi tanda-tanda vital terutama pernafasannya, posisi tidur pasien				
9	Cuci tangan selesai tindakan				
	Nilai = $(40\% \times \text{skore A} + (60\% \times \text{skore B}))$ Total skore maksimal				

Rentang Nilai :

Angka	Lambang	Mutu
80-100	A	4
68-79	B	3
56-67	C	2
45-55	D	1
0-44	E	0



PEMASANGAN SONDE LAMBUNG

TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM

Setelah mempelajari modul praktikum ini. Saudara akan mampu mempraktikkan pemenuhan kebutuhan nutrisi melalui sonde lambung

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

1. Saudara dapat memahami dasar tindakan
2. Saudara dapat menyiapkan peralatan dan pasien
3. Saudara dapat melaksanakan prosedur tindakan

POKOK MATERI

4. Dasar tindakan
5. Persiapan peralatan
6. Langkah-langkah prosedur tindakan



URAIAN MATERI

Dasar Tindakan

Saudara perlu menyadari, apapun keadaan klien kebutuhan nutrisi harus tetap dipenuhi. Ketika klien tidak bisa makan melalui mulut, alternatifnya melalui sonde.

Memberikan makan melalui sonde adalah memasukkan makanan cair ke dalam lambung dengan menggunakan sonde lambung yang dipasang melalui hidung atau mulut. Tujuannya adalah memenuhi kebutuhan nutrisi, memberikan makanan sesuai pola makan dan membantu proses penyembuhan.

Memberikan makan melalui sonde dilakukan pada klien yang tidak dapat makan/menelan, tidak sadar, terus menerus tidak mau makan sehingga membahayakan jiwa (misal gangguan jiwa) dan bayi dengan BBLR (prematur, dismatur).

Persiapan

1. Peralatan yang diperlukan adalah :
 - a. Slang sonde, ukuran sesuai usia. Semakin kecil nomor sonde, semakin kecil ukurannya
 - b. Corong/spuit 20 cc, stetoskop
 - c. Serbet/pengalas, sarung tangan
 - d. Bengkok (nier bekken)
 - e. Plester, gunting, klem

- f. Makanan cair sesuai kebutuhan dan air matang dalam gelas
 - g. Obat yang dihaluskan jika ada
2. Persiapan Pasien
- a. Memberitahu tentang tindakan yang akan dilakukan
 - b. Jika pasien gelisah sebaiknya diikat tangannya

Prosedur Tindakan

1. Alat-alat dibawa ke dekat pasien
2. Petugas cuci tangan
3. Serbet dipasang didada klien
4. Bengkok diletakkan dekat klien
5. Atur posisi tidur pasien
6. Selang penduga lambung diukur dari epigastrium sampai ke hidung kemudian belok ke telinga dan diberi tanda. Ujung selang dilicinkan dengan air/pelicin
7. Bagian pangkal di klem
8. Selang dimasukkan ke lubang hidung perlahan-lahan sambil pasien disuruh menelannya (jika klien sadar), sampai batas tanda
9. Periksa apakah selang betul masuk ke dalam lambung, dengan salah satu cara dibawah ini :
 - a. Buka tutup/klem sonde, masukkan pangkal sonde ke dalam mangkok berisi air, perhatikan ada gelembung atau tidak. Jika tidak ada, sonde masuk egigastrium lalu sonde tutup lagi dan angkat dari mangkok air.
 - b. Pada pasien yang sangat payah atau BBLR (bayi berat lahir rendah), hisap cairan lambung dengan spuit, teteskan pada kertas lakmus jika reaksi asam, sonde masuk dengan benar.
 - c. Masukkan udara dengan spuit 2-3 cc ke dalam lambung dengan cepat dan dengarkan dengan stetoskop. Bila terdengar bunyi, berarti sonde masuk lambung.
10. Setelah yakin bahwa selang masuk epigastrium, plester selang yang telah diberi tanda pada hidung. Pasang spuit pada pangkal selang sonde.
11. Melalui spuit/ corong masukkan air matang 10-15 cc (dewasa)
12. Klem dibuka pelan-pelan
13. Cairan atau makanan selanjutnya dituangkan sebelum isi corong kosong/ jika pakai spuit sisakan sedikit sebelum diisi lagi
14. Bila cairan tidak mengalir secara lancar posisi harus agak tinggi
15. Bila pasien harus minum obat, harus dilarutkan dan diberikan sebelum makanan habis.
16. Setelah makan habis selang sonde dibilas dengan air masak dan perhatikan reaksi klien
17. Selang dilekatkan pada pipi dengan plester
18. Klie dirapihkan dan alat-alat dibereskan
19. Cuci tangan selesai tindakan.

- Perhatikan keadaan umum klien
- Sebaiknya selang dipasang secara permanen/ menetap untuk cegah iritasi
- Cegah masuknya udara dengan cara :
 - Saat memasukkan/mencabut selang, pipa harus tertutup/diklem



RANGKUMAN

Pemasangan sonde dapat dilakukan melalui mulut dan hidung. Ada berbagai macam ukuran sonde sesuai dengan ukurannya.



TUGAS

Setelah saudara mempelajari pemasangan sonde lambung, coba praktekan pada model. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan saudara, saudara dapat menggunakan daftar tilik dibawah ini :

Daftar Tilik Pemasangan Sonde Lambung

Tanggal Penilaian :

Nama Mahasiswa :

Kategori Skore :

Skor 1 : Bantuan hampir seluruhnya, prosedur dilakukan tapi tidak tepat

Skor 2 : Bantuan sebagian, prosedur dilakukan kurang sempurna

Skor 3 : Mandiri, langkah dilakukan dengan benar

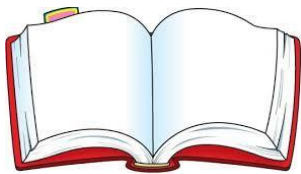
No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor
----	------------------	-------	------

			1	2	3
A	Persiapan	40%			
1.	Persiapan alat: - Slang sonde, ukuran sesuai usia. Semakin kecil nomor sonde, semakin kecil ukurannya - Corong/spuit 20 cc, stetoskop - Serbet/pengalas, sarung tangan - Bengkok (nier bekken) - Plester, gunting, klem - Makanan cair sesuai kebutuhan dan air matang dalam gelas - Obat yang dihaluskan jika ada				
2	Persiapan Pasien : - Memberitahu tentang tindakan yang akan dilakukan - Jika pasien gelisah sebaiknya diikat tangannya				
B	Pelaksanaan	60%			
1	Alat-alat dibawa ke dekat pasien				
2	Petugas cuci tangan				
3	Serbet dipasang didada klien				
4	Bengkok diletakkan dekat klien				
5	Atur posisi tidur pasien				
6	Selang penduga lambung diukur dari epigastrium sampai ke hidung kemudian belok ke telinga dan diberi tanda. Ujung selang dilicinkan dengan air/pelicin				
7	Bagian pangkal di klem				
8	Selang dimasukkan ke lubang hidung perlahan-lahan sambil pasien disuruh menelannya (jika klien sadar), sampai batas tanda				
9	Periksa apakah selang betul masuk ke dalam lambung, dengan salah satu cara dibawah ini : - Buka tutup/klem sonde, masukkan pangkal sonde ke dalam mangkok berisi air, perhatikan ada gelembung atau tidak. Jika tidak ada, sonde masuk egigastrium lalu sonde tutup lagi dan angkat dari mangkok air. - Pada pasien yang sangat payah atau BBLR (bayi berat lahir rendah), hisap cairan lambung dengan spuit, teteskan pada kertas lakmus jika reaksi asam, sonde masuk dengan benar. - Masukkan udara dengan spuit 2-3 cc ke dalam lambung dengan cepat dan dengarkan dengan				

	stetoskop. Bila terdengar bunyi, berarti sonde masuk lambung.				
10	Jika yakin bahwa selang masuk epigastrium, plester selang yang telah diberi tanda pada hidung. Pasang spuit pada pangkal selang sonde.				
11	Melalui spuit/ corong masukkan air matang 10-15 cc (dewasa)				
12	Klem dibuka pelan-pelan				
13	Selanjutnya cairan atau makanan dituangkan sebelum isi corong kosong/ jika pakai spuit sisakan sedikit sebelum diisi lagi				
14	Bila cairan tidak mengalir secara lancar posisi harus agak tinggi				
15	Bila pasien harus minum obat, harus dilarutkan dan diberikan sebelum makanan habis.				
16	Setelah makan habis selang sonde dibilas dengan air masak dan perhatikan reaksi klien				
17	Selang dilekatkan pada pipi dengan plester				
18	Klie dirapihkan dan alat-alat dibereskan				
19	Cuci tangan selesai tindakan.				
	Nilai = $(40\% \times \text{skore A} + (60\% \times \text{skore B}))$ Total skore maksimal				

Rentang Nilai :

Angka	Lambang	Mutu
80-100	A	4
68-79	B	3
56-67	C	2
45-55	D	1
0-44	E	0



MEMBERIKAN CAIRAN MELALUI INFUS

TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM

Setelah mempelajari modul praktikum ini. Saudara akan mampu mempraktikkan pemenuhan kebutuhan cairan melalui pemasangan infus

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

1. Saudara dapat memahami dasar tindakan
2. Saudara dapat menyiapkan peralatan dan pasien
3. Saudara dapat melaksanakan prosedur tindakan

1. Dasar tindakan
2. Persiapan peralatan

POKOK MATERI

3. Langkah-langkah prosedur tindakan



URAIAN MATERI

Dasar Tindakan

Untuk mengatasi kesimbangan cairan, perlu tindakan atau pengobatan. Tindakan yang sering digunakan dan saudara harus bisa melaksanakannya adalah dengan memberikan cairan melalui infus.

Pemberian cairan intra vena (infus) merupakan suatu tindakan untuk memberikan obat dan cairan secara parenteral melalui pembuluh darah vena yang bertujuan :

1. Mengembalikan dan mempertahankan cairan dan elektrolit tubuh.
2. Memberikan obat-obatan dan kemoterapi.
3. Transfusi darah dan produk darah.
4. Memberikan nutrisi parenteral dan suplemen nutrisi.

Sebelum cairan infus diberikan saudara harus melakukan cek ulang advis dokter tentang jenis cairan dan jumlah tetesan serta edukasi kepada pasien tentang tujuan dan lama tindakan. Pembuluh darah vena yang sering digunakan untuk memasang infus adalah vena lengan (vena sefalikabasalika dan mediana kubiti), pada tungkai (vena safena) atau vena yang ada dikepala, seperti vena temporalis frontalis (khusus untuk anak-anak).

Persiapan

1. Peralatan
 - a. Jarum infus (abocath, venocath). Ukuran jarum disesuaikan usia klien. Semakin besar ukuran jarum, semakin kecil ukurannya.
 - b. Cairan infus, pastikan cairan sesuai dengan instruksi dan tidak kadaluarsa.
 - c. Infus set
 - d. Tourniquet jika perlu
 - e. Kaps alkohol, betadin dalam tempatnya
 - f. Pisau cukur jika perlu (biasanya untuk bayi)
 - g. Kasa steril dalam tempatnya
 - h. Plester
 - i. Perban jika diperlukan (biasanya untuk bayi)
 - j. Alas/ perlak, standard infus
 - k. Sarung tangan steril dan lembar observasi
2. Pasien
 - a. Diberitahu tentang tindakan yang akan dilakukan
 - b. Jika pasien gelisah, sebaiknya diikat tangannya

Pelaksanaan

Setelah persiapan dilakukan dan peralatan sudah dibawa ke klien, pemasangan infus bisa segera saudara laksanakan.

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Cuci tangan
3. Hubungkan cairan dan infus set dengan menusukkan kebagian karet atau akses selang ke botol infus
4. Isi cairan ke dalam set infus dengan menekan ruang tetesan hingga terisi sebagian dan buka klem selang hingga memenuhi slang dan udara selang keluar.
5. Gunakan sarung tangan steril
6. Tentukan lokasi vena yang akan ditusuk dan letakkan pengalas di bawahnya
7. Pasang tuorniquet (karet pembendung) 10-12 cm diatas tempat penusukkan dan anjurkan pasien untuk menggenggam dengan gerakan sirkular (bila sadar).
8. Desinfeksi daerah yang akan ditusuk dengan kapas betadin lebih dahulu, baru kemudian menggunakan kapas alkohol.
9. Lakukan penusukan pada vena dengan meletakkan ibu jari di bagian bawah vena dan posisi jarum (abocats) mengarah ke atas.
10. Perhatikan keluarnya darah melalui jarum (abocats/surflo). Apabila ada darah yang keluar, tarik keluar jarum bagian dalam. Tekan bagian atas vena, agar darah tidak keluar.
11. Teruskan memasukkan jarum (bagian dalam sudah diambil) ke dalam vena sampai pangkal jarum.

12. Hubungkan jarum dengan slang infus
13. Buka pengatur tetesan dan atur kecepatan sesuai dosis
14. Lakukan fiksasi dengan kassa steril
15. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan
16. Tuliskan tanggal dan waktu pemasangan infus serta catat jenis/ tetesan cairan
17. Bereskan peralatan

Hal-hal yang perlu diperhatikan :

- Gunakan vena-vena distal terlebih dahulu pada lengan klien yang tidak dominan. Vena yang terlihat jelas bukan berarti vena yang terbaik.
- Lokasi infus perlu ganti tiap 48-72 jam dan pindah lokasi jika tampak kemerahan, edema, nyeri tekan dan infiltrasi.
- Waspada terhadap resiko pemberian cairan infus, misalnya kelebihan cairan dan emboli udara.
- Pasien juga perlu diinformasikan untuk tidak merubah kecepatan tetesan yang sudah diatur dan menarik/melepas/menekan atau menindih infus set serta tidak berjalan-jalan saat infus masih terpasang.

Nah, agar nanti saudara terampil memasang infus maka harus lebih banyak latihan dengan menggunakan model. Jika sudah yakin, saat praktik klinik, saudara bisa mempraktekkannya langsung kepada klien. Pastikan saudara bisa menghitung kebutuhan dan tetesan infusnya.



RANGKUMAN

Untuk memenuhi kebutuhan cairan, salah satu tindakannya adalah dengan memberikan cairan melalui pembuluh darah vena yaitu dengan memasang infus. Saudara harus mempersiapkan peralatan dan pasien dengan benar serta melaksanakan prosedur tindakan secara berurutan.



TUGAS

Setelah saudara mempelajari pemasangan infus, coba praktekkan pada model. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan saudara, saudara dapat menggunakan daftar tilik dibawah ini :

Daftar Tilik Pemasangan Infus

Tanggal Penilaian :

Nama Mahasiswa :

Kategori Skore :

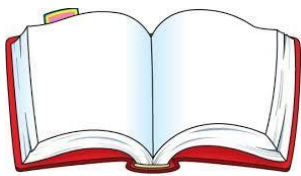
- Skor 1 : Bantuan hampir seluruhnya, prosedur dilakukan tapi tidak tepat
- Skor 2 : Bantuan sebagian, prosedur dilakukan kurang sempurna
- Skor 3 : Mandiri, langkah dilakukan dengan benar

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor		
			1	2	3
A	Persiapan	40%			
1.	Persiapan alat: - Jarum infus sesuai ukuran - Cairan infus dan Infus set - Tourniquet jika perlu - Kapas alkohol, betadin dalam tempatnya - Pisau cukur jika perlu (biasanya untuk bayi) - Kasa steril dalam tempatnya - Plester - Perban jika diperlukan (biasanya untuk bayi) - Alas/ perlak, standard infus - Sarung tangan steril dan lembar observasi				
2	Persiapan pasien - Memberitahu tentang tindakan yang akan dilakukan - Jika pasien gelisah, diikat tangannya				
B	Pelaksanaan				
1	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan				
2	Cuci tangan				
3	Hubungkan cairan dan infus set dengan menusukkan kebagian karet atau akses selang ke botol infus				
4	Isi cairan ke dalam set infus dengan menekan ruang tetesan hingga terisi sebagian dan buka klem selang hingga memenuhi slang dan udara selang keluar.				
5	Gunakan sarung tangan steril				
6	Tentukan lokasi vena yang akan ditusuk dan letakkan pengalas di bawahnya				
7	Pasang tuorniquet (karet pembendung) 10-12 cm diatas tempat penusukkan dan anjurkan pasien untuk menggenggam dengan gerakan sirkular (bila sadar).				
8	Desinfeksi daerah yang akan ditusuk dengan kapas betadin lebih dahulu, baru kemudian menggunakan kapas alkohol.				

9	Lakukan penusukan pada vena dengan meletakkan ibu jari di bagian bawah vena dan posisi jarum (abocats) mengarah ke atas.				
10	Perhatikan keluarnya darah melalui jarum (abocats/surflo). Apabila ada darah yang keluar, tarik keluar jarum bagian dalam. Tekan bagian atas vena, agar darah tidak keluar.				
11	Teruskan memasukkan jarum (bagian dalam sudah diambil) ke dalam vena sampai pangkal jarum.				
12	Hubungkan jarum dengan slang infus				
13	Buka pengatur tetesan dan atur kecepatan sesuai dosis				
14	Lakukan fiksasi dengan kassa steril				
15	Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan				
16	Tuliskan tanggal dan waktu pemasangan infus serta catat jenis/ tetesan cairan				
17	Bereskan peralatan				
18	Cuci tangan selesai tindakan				
	Nilai = $(40\% \times \text{skore A} + (60\% \times \text{skore B}))$ Total skore maksimal				

Rentang Nilai :

Angka	Lambang	Mutu
80-100	A	4
68-79	B	3
56-67	C	2
45-55	D	1
0-44	E	0



PEMASANGAN KATETER (KATETERISASI) KANDUNG KEMIH

Setelah mempelajari modul praktikum ini. Saudara akan mampu mempraktikkan pemasangan kateter (kateterisasi) kandung kemih

TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM

-
1. Saudara dapat memahami dasar tindakan
 2. Saudara dapat menyiapkan peralatan dan pasien
 3. Saudara dapat melaksanakan prosedur tindakan
-

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

-
4. Dasar tindakan
 5. Persiapan peralatan
 6. Langkah-langkah prosedur tindakan
-

POKOK MATERI



URAIAN MATERI

Dasar Tindakan

Salah satu tindakan yang dapat saudara lakukan untuk mengatasi masalah pemenuhan eliminasi uria adalah dengan memasang kateter (kateterisasi). Kateterisasi kandung kemih adalah memasukkan kateter melalui urethra ke dalam kandung kemih untuk mengeluarkan urine. Pemasangan kateter ada yang dipasang dalam jangka lama, sehingga harus disambungkan dengan urobag, ada yang segera setelah urine keluar kateter langsung dilepas.

Tujuan kateterisasi adalah untuk mengatasi distensi kandung kemih, mengumpulkan spesimen urine, mengukur residu urine setelah berkemih, mengosongkan kandung kemih sebelum dan selama pembedahan. Pemasangan kateter ini terutama ditujukan untuk pasien wanita.

Persiapan

- a. Peralatan yang perlu saudara persiapkan adalah :
 - a. Sarung tangan steril
 - b. Kateter steril sesuai ukuran
 - c. Duk steril, kasa/deppers steril
 - d. Cacing untuk tempat betadin
 - e. Pinset anatomis steril, spuit
 - f. Tempat spesimen urine jika diperlukan
 - g. Urine bag
 - h. Bengkok
 - i. Perlak dan pengalasnya, jika perlu selimut
- b. Obat yang diperlukan adalah aquadest, betadhine dan alkohol 70%
- c. Pasien
 - a. Jelaskan tindakan yang akan dilakuakn
 - b. Pada wanita posisi tidurnya yaitu dorsal recumbent atau posisi sim

Prosedur Tindakan

Setelah persiapan alat, obat dan pasien maka pemasangan kateter dapat segera saudara lakukan.

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Cuci tangan
3. Siapkan deppers dan cacing, tuangkan betadhine secukupnya
4. Kenakan handscoon dan pasang duk lubang genetalia penderita

5. Mengambil deppers dengan pinset dan mencelupkan pada larutan betadine
6. Melakukan desinfeksi sebagai berikut : Jari tangan kiri membuka labia minora, desinfeksi dimulai dari atas klitoris, meatus lalu ke arah bawah menuju rektum, ulangi 3 kali. Deppers terakhir tahan diantara labia minora dekat klitoris untuk menjaga meatus urethra tetap terbuka.
7. Lumuri kateter dengan jelly dari ujung merata sampai sepanjang 4 cm untuk memudahkan kateter masuk urethra.
8. Masukkan kateter ke dalam meatus dengan tangan kanan secara hati-hati, bersamaan dengan itu penderita diminta untuk menarik nafas dalam. Masukkan kateter sampai urine keluar sedalam ± 4 cm.
9. Jika ada hambatan saat kateter masuk, hentikan sejenak kemudian dicoba lagi. Jika masih ada tahanan kateterisasi dihentikan.
10. Letakkan bengkok di bawah pangkal kateter sebelum urine keluar.
11. Jika kateter dipasang tetap, isi balon kateter dengan aquadest steril sesuai volume yang tertera pada label spesifikasi kateter yang dipakai, lalu sambungkan dengan uro bag (kantong penampungan urine). Jika tidak dipasang tetap, setelah urine keluar lepas kembali sambil pasien disuruh nafas dalam.
12. Memfiksasi kateter pada pangkal paha
13. Menempatkan urine bag ditempat tidur pada posisi yang lebih rendah dari kandung kemih.
14. Atur kembali posisi pasien dengan nyaman
15. Bereskan peralatan
16. Cuci tangan selesai tindakan
17. Dokumentasikan hasil tindakan, jumlah urine yang keluar

Demikian pembahasan materi tentang pemenuhan kebutuhan eliminasi urine. Adakah bagian-bagian yang belum saudara pahami? Jika ada pelajari sekali lagi sebelum melanjutkan ke materi pemenuhan kebutuhan eliminasi alvi.



RANGKUMAN

Salah satu tindakan untuk memperlancar fungsi eliminasi adalah dengan memasang kateter. Saudara harus mempersiapkan peralatan dan pasien dengan benar serta melaksanakan prosedur tindakan secara berurutan.



TUGAS

Setelah saudara mempelajari pemasangan kateter, coba praktekan pada model. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan saudara, saudara dapat menggunakan daftar tilik dibawah ini :

Daftar Tilik Pemasangan Kateter

Tanggal Penilaian :

Nama Mahasiswa :

Kategori Skore :

Skor 1 : Bantuan hampir seluruhnya, prosedur dilakukan tapi tidak tepat

Skor 2 : Bantuan sebagian, prosedur dilakukan kurang sempurna

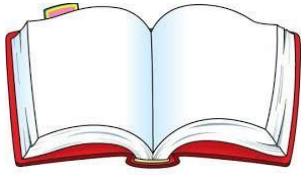
Skor 3 : Mandiri, langkah dilakukan dengan benar

No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor		
			1	2	3
A	Persiapan	40%			
1.	a. Peralatan yang perlu saudara persiapkan adalah : 1) Sarung tangan steril 2) Kateter steril sesuai ukuran 3) Duk steril, kasa/deppers steril 4) Cucing untuk tempat betadin 5) Pinset anatomis steril, spuit 6) Tempat spesimen urine jika diperlukan 7) Urine bag 8) Bengkok 9) Perlak dan pengalasnya, jika perlu selimut b. Obat yang diperlukan adalah aquadest, betadhine dan alkohol 70%				
2	Persiapan pasien :				

	a. Memberitahu tentang tindakan yang akan dilakukan b. Mengatur posisi tidur				
B	Pelaksanaan	60%			
1	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan				
2	Cuci tangan				
3	Siapkan deppers dan cucing, tuangkan betadhine secukupnya				
4	Kenakan handscoon dan pasang duk lubang genetalia penderita				
5	Mengambil deppers dengan pinset dan mencelupkan pada larutan betadhine				
6	Melakukan desinfeksi pada meatus uretha sebagai berikut : Jari tangan kiri membuka labia minora, desinfeksi dimulai dari atas klitoris, meatus lalu ke arah bawah menuju rektum, ulangi 3 kali. Deppers terakhir tahan diantara labia minra dekat klitoris untuk menjaga meatus urethra tetap terbuka.				
7	Lumuri kateter dengan jelly dari ujung merata sampai sepanjang 4 cm untuk memudahkan kateter masuk urethra.				
8	Masukkan kateter ke dalam meatus dengan tangan kanan secara hati-hati, bersamaan dengan itu penderita diminta untuk menarik nafas dalam. Masukkan kateter sampai urine keluar sedalam ± 4 cm.				
9	Jika ada hambatan saat kateter masuk, hentikan sejenak kemudian dicoba lagi. Jika masih ada tahanan kateterisasi dihentikan.				
10	Letakkan bengkok di bawah pangkal kateter sebelum urine keluar.				
11	Jika kateter dipasang tetap, isi balon kateter dengan aquadest steril sesuai volume yang tertera pada label spesifikasi kateter yang dipakai, lalu sambungkan dengan uro bag (kantong penampungan urine). Jika tidak dipasang tetap, setelah urine keluar lepas kembali sambil pasien disuruh nafas dalam.				
12	Memfiksasi kateter dengan plester pada pangkal paha				
13	Menempatkan urine bag ditempat tidur pada posisi yang lebih rendah dari kandung kemih.				
14	Atur kembali posisi pasien dengan nyaman				
15	Bereskan peralatan				
16	Cuci tangan selesai tindakan				
17	Dokumentasikan hasil tindakan, jumlah urine yang keluar				
	Nilai = $(40\% \times \text{skore A} + (60\% \times \text{skore B}))$ Total skore maksimal				

Rentang Nilai :

Angka	Lambang	Mutu
80-100	A	4
68-79	B	3
56-67	C	2
45-55	D	1
0-44	E	0



PEMBERIAN SUPOSITORIA RECTAL

TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM

Setelah mempelajari modul praktikum ini. Saudara akan mampu mempraktikkan pemenuhan kebutuhan eliminasi alvi melalui pemberian supositoria.

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

1. Saudara dapat memahami dasar tindakan
2. Saudara dapat menyiapkan peralatan dan pasien
3. Saudara dapat melaksanakan prosedur tindakan

POKOK MATERI

1. Dasar tindakan
2. Persiapan peralatan
3. Langkah-langkah prosedur tindakan



URAIAN MATERI

Dasar Tindakan

Pada kondisi-kondisi tertentu, untuk memenuhi kebutuhan eliminasi alvi, saudara perlu memberikan obat yang dimasukkan melalui anus. Biasanya obat ini digunakan sebagai pencabar yaitu untuk mempermudah BAB. Obat ini sering disebut supositoria (kapsul besar dan panjang) rectal. Supositoria harus disimpan dalam almari es.

Persiapan

1. Peralatan yang perlu saudara siapkan adalah :
 - a. Kapas basah atau kapas cebok
 - b. Sarung tangan
 - c. Bengkok
 - d. Perlak dan pengalas
 - e. Pispot/steekpan bertutup, botol berisi air cebok, kapas cebok dalam tempatnya, tissue, selimut/kain penutup (jika pasien tidak bisa ke toilet).
2. Bahan : obat supositoria dan jelly
3. Pasien :
 - a. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
 - b. Posisi tidur miring/sim atau menungging

Prosedur Tindakan :

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Anjurkan pasien untuk melepas pakaian bagian bawah
3. Peralatan dibawa ke dekat pasien
4. Cuci tangan
5. Pasang alas bokong
6. Menyiapkan dan mengatur posisi pasien (menungging atau posisi tidur miring)
7. Memakai sarung tangan steril
8. Bersihkan anus dengan kapas basah bila kelihatan kotor
9. Buka bungkus obat supositoria, beri jelly pada ujung jari
10. Masukkan dan dorong supositoria ke dalam anus dengan jari telunjuk pada pasien dewasa dan jari kelingking/jari manis pada pasien anak

11. Anjurkan pasien bernafas melalui mulut agar spingter anus rileks
12. Anjurkan posisi tetap miring selama 20 menit
13. Beritahu pasien bila tindakan selesai
 - a. Jika pasien mampu dan memungkinkan, saat terasa BAB anjurkan untuk ke toilet.
 - b. Jika tidak mampu, pasien bisa BAB ditempat tidur, dengan cara :
 - 1) Pasang selimut mandi
 - 2) Anjurkan pasien menekuk lutunya dan mengangkat bokong (jika perlu dibantu petugas), kemudian alas bokong dipasang jika sudah dilepas.
 - 3) Pispot disorongkan sampai terletak dibawah bokong pasien. Angkat pinggul pasien dengan tangan kiri dan tangan kanan menyorongkan pispot sehingga tepat dan nyaman.
 - 4) Bila sudah selesai, kaki diregangkan dan selimut dibuka sedikit, selanjutnya daerah genetalia dan anus dibersihkan dengan kapas cebok. Tangan kiri petugas membuka bokong pasien, tangan kanan membersihkan anus dengan kapas cebok lalu dibuang ke dalam bengkok. Pembersihan ini dilakukan beberapa kali samapai anus bersih.
 - 5) Jika pasien bisa cebok sendiri, petugas membantu menyiram dengan air. Jika selesai, tangan pasien dicuci dengan sabun.
 - 6) Angkat pispot, lalu ditutup dan diturunkan.
 - 7) Keringkan bokong pasien dengan tissue, pengalas diambil
 - 8) Pasang kembali paikan bawah dan celana pasien
14. Rapihkan pasien dan bereskan peralatan
15. Cuci tangan
16. Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan

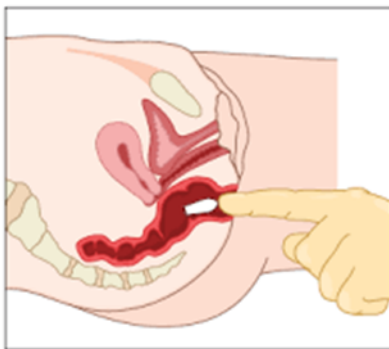


Figure 2. Base-first insertion of the suppository can aid retention.



RANGKUMAN

Ketika seseorang dirawat di rumah sakit dan harus istirahat total maka defekasi dapat dilakukan diatas tempat tidur. Jika mengalami kesulitan untuk BAB biasanya diberikan obat supositoria rectal. Saudara harus mempersiapkan peralatan dan pasien dengan benar serta melaksanakan prosedur tindakan secara berurutan.



TUGAS

Setelah saudara mempelajari pemberian obat supositoria rectal, coba praktekan pada model. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan saudara, saudara dapat menggunakan daftar tilik dibawah ini :

Daftar Tilik Pemberian Obat Suppositoria Rectal

Tanggal Penilaian :

Nama Mahasiswa :

Kategori Skore :

Skor 1 : Bantuan hampir seluruhnya, prosedur dilakukan tapi tidak tepat

Skor 2 : Bantuan sebagian, prosedur dilakukan kurang sempurna

Skor 3 : Mandiri, langkah dilakukan dengan benar

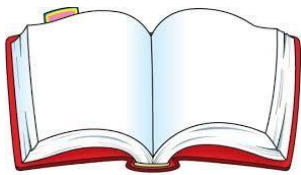
No	Langkah Kegiatan	Bobot	Skor		
			1	2	3
A	Persiapan	40%			
1.	a. Peralatan yang perlu saudara siapkan adalah : 1) Kaps basah atau kaps cebok 2) Sarung tangan 3) Bengkok 4) Perlak dan pengalas 5) Pispot/steekpan bertutup, botol berisi air cebok, kaps cebok dalam tempatnya, tissue,				

	selimut/kain penutup (jika pasien tidak bisa ke toilet). b. Bahan : obat supositoria dan jelly				
2	Persiapan pasien : a. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan b. Posisi tidur miring/sim atau menungging				
B	Pelaksanaan				
1	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan				
2	Anjurkan pasien untuk melepas pakaian bagian bawah				
3	Peralatan dibawa ke dekat pasien				
4	Cuci tangan				
5	Pasang alas bokong				
6	Menyiapkan dan mengatur posisi pasien (menungging atau posisi tidur miring)				
7	Memakai sarung tangan steril				
8	Bersihkan anus dengan kapas basah bila kelihatan kotor				
9	Buka bungkus obat supositoria, beri jelly pada ujung jari				
10	Masukkan dan dorong supositoria ke dalam anus dengan jari telunjuk pada pasien dewasa dan jari kelingking/jari manis pada pasien anak				
11	Anjurkan pasien bernafas melalui mulut agar spingter anus rileks				
12	Anjurkan posisi tetap miring selama 20 menit				
13	Beritahu pasien bila tindakan selesai : a. Jika pasien mampu dan memungkinkan, saat terasa BAB anjurkan untuk ke toilet. b. Jika tidak mampu, pasien bisa BAB ditempat tidur				
14	Rapihkan pasien dan bereskan peralatan				
15	Cuci tangan				
16	Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan				
	Nilai = $\frac{(40\% \times \text{skore A} + (60\% \times \text{skore B}))}{\text{Total skore maksimal}}$				

Rentang Nilai :

Angka	Lambang	Mutu
80-100	A	4
68-79	B	3
56-67	C	2
45-55	D	1

0-44	E	0
------	---	---



MEMANDIKAN PASIEN

TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM

Setelah mempelajari modul praktikum ini. Saudara akan mampu mempraktikkan pemenuhan personal hygiene dengan cara memandikan pasien.

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

1. Saudara dapat memahami dasar tindakan
2. Saudara dapat menyiapkan peralatan dan pasien
3. Saudara dapat melaksanakan prosedur tindakan

POKOK MATERI

1. Dasar tindakan
2. Persiapan peralatan
3. Langkah-langkah prosedur tindakan



URAIAN MATERI

Dasar Tindakan

Cara menjaga kebersihan badan pasien adalah dengan mandi. Jika pasien tidak mampu mandi sendiri, saudara perlu memandikannya.

Memandikan adalah membersihkan tubuh pasien dengan menggunakan air bersih dan sabun yang bertujuan untuk membersihkan kulit, menghilangkan bau badan, merangsang peredaran darah, sebagai pengobatan, mencegah infeksi, mendidik pasien dalam kebersihan.

Siapa saja pasien yang dimandikan di tempat tidur? Memandikan pasien di tempat tidur perlu dilakukan pada pasien baru, terutama bila badannya kotor dan tidak mampu mandi sendiri. Pasien yang harus bedrest dan keadaan memungkinkan juga perlu dimandikan diatas tempat tidur minimal 2 x sehari atau sesuai kondisinya.

Persiapan

1. Peralatan yang perlu