

BUKU PANDUAN PRAKTEK KETERAMPILAN KLINIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

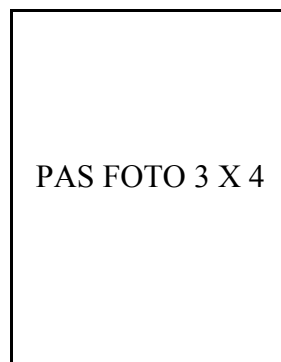


DISUSUN OLEH :
Ns. Arie Sulistiyawati, S.Kep., M.Kep

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
DHARMA HUSADA BANDUNG**

**PANDUAN PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN I
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**



NAMA :.....

NIM :.....

ALAMAT :.....

KATA PENGANTAR

Fuji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang mana karena rahmat dan karunianya kami dapat menyelesaikan **Buku Panduan Klinik I (KMB)** Program Studi DIII Keperawatan semester genap (IV) tahun akademik 2015/2016. Solawat dan salam semoga tetap terlimpah kepada Nabi kita Muhammad SAW.

Buku Panduan Klinik I (KMB) ini disusun untuk memberikan gambaran dan panduan kepada mahasiswa di RS sehingga mahasiswa dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan berbagai gangguan kebutuhan dasar manusia dengan menitik beratkan pada berbagai keterampilan yang berhubungan dengan penanganan klien dengan gangguan system pernafasan, kardiovaskular, pencernaan, penginderaan, dan perawatan pre dan post operasi. Modul ini diharapkan dapat menjadi acuan belajar bagi mahasiswa untuk mencapai kompetensi kebutuhan dasar manusia..

Kami menyadari bahwa Buku Panduan Klinik I (KMB) ini belum sempurna, oleh karena itu kami mohon masukan dan saran yang positif demi perbaikan modul ini. Mudah-mudahan modul ini dapat memberikan manfaat bagi yang membacanya. ,

Bandung, September 2015

Penyusun

TATA TERTIB
PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN I (KMB)
PRODI DIII KEPERAWATAN TAHUN 2015-2016

1. Mahasiswa harus berpenampilan rapih dan sopan
 - a. Memakai seragam bersama atribut dari institusi pendidikan
 - b. Rambut tidak boleh panjang/gondrong untuk laki-laki
 - c. Rambut harus di ikat dan menggunakan kap untuk perempuan
 - d. Tidak memakai perhiasan / make up yang berlebih
 - e. Tidak memakai sandal, sepatu sandal atau kets
2. Menggunakan nama kartu identitas yang resmi selama berada di lingkungan RS
3. Mahasiswa harus mengikuti kegiatan praktik 100%
4. Mahasiswa harus hadir tepat waktu sesuai jadwal dinas
5. Apabila mahasiswa tidak bisa hadir sesuai jadwal, maka mahasiswa wajib mengganti dinas dihari lain atas persetujuan pembimbing dan kepala ruangan atau CI.
6. Apabila tidak hadir karena sakit harus mengganti 1 hari (sesuai hari yang ditinggalkan), sedangkan jika tidak hadir karena izin harus mengganti 2x lipat dari waktu yang ditinggalkan, Alpa (tanpa keterangan) harus mengganti 3x lipat dari waktu yang ditinggalkan
7. Apabila di ruangan mahasiswa membutuhkan catatan kesehatan pasien, mahasiswa harus meminta izin terlebih dahulu kepada kepala ruangan atau CI ruangan dan tidak diperkenankan membawa keluar ruangan

8. Mahasiswa tidak diperkenankan meninggalkan ruangan kecuali pada jam istirahat selama 1 jam secara bergantian
9. Laporan pendahuluan ditulis tangan, diserahkan sebelum masuk ke ruangan dan sebelumnya responsi oleh pembimbing institusi
10. Laporan kasus ditulis tangan diserahkan pada hari terakhir dinas diruangan tersebut dan sebelumnya direspon oleh pembimbing lapangan.

SANKSI PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN I (KMB)

PRODI DIII KEPERAWATAN TAHUN 2015-2016

Mahasiswa yang melanggar tata tertib akan dikenakan sanksi sesuai berat ringan pelanggaran yang akan dipertimbangkan oleh tim pemimbing, sanksi yang dapat dikenakan meliputi :

1. Tidak mengikuti praktik diharuskan mengganti pada hari lain sesuai persetujuan pembimbing
2. Penambahan tugas akademik tertentu yang berkaitan dengan penambahan pengetahuan dan keterampilan dalam praktek klinik I (KMB)
3. Tidak diakui nilai yang didapat dan harus mengulang program praktek dari awal
4. Pengurangan nilai sebesar 10% dari nilai laporan kasus atas keterlambatan pengumpulan laporan tersebut untuk setiap harinya

PANDUAN PRAKTEK KLINIK I KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

A. PENDAHULUAN

Sebagai landasan dalam menerapkan Asuhan Keperawatan dan dalam mengaplikasikan teori mata kuliah **praktek klinik I** (KMB) Keperawatan semester IV diwajibkan untuk melaksanakan praktek belajar lapangan di Rumah Sakit.

Mahasiswa diharuskan untuk mencoba dan menguji kemampuan yang telah didapatkan pada saat praktikum di kelas dan di laboratorium, yang meliputi kemampuan kognitif, komunikatif, dan keterampilan motorik.

Setelah mahasiswa melaksanakan kegiatan praktek belajar di lapangan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan keterampilan yang akan menjadi dasar bagi mereka untuk masuk kedalam pelayanan keperawatan secara luas.

B. TUJUAN KEGIATAN

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan, kardiovaskular, pencernaan, penginderaan dan pre dan post operasi secara komprehensif

2. Tujuan Khusus

Setelah kegiatan praktek belajar lapangan, mahasiswa mampu :

- a. Melaksanakan asuhan keperawatan KMB pada klien dengan gangguan system pernafasan
- b. Melaksanakan asuhan keperawatan KMB pada klien dengan gangguan system kardiovaskular
- c. Melaksanakan asuhan keperawatan KMB pada klien dengan gangguan system pencernaan
- d. Melaksanakan asuhan keperawatan KMB pada klien dengan gangguan system pengindraan
- e. Melaksanakan asuhan keperawatan KMB pada klien dengan pre dan post operasi

C. KEGIATAN PRAKTEK

- a. Mahasiswa menyusun laporan pendahuluan (LP) sesuai dengan gangguan system pernafasan, kardiovaskular, pencernaan, perawatan pre dan post operasi dan membuat resume pada system pengindraan di poli THT
- b. Mahasiswa melaksanakan response LP dengan pembimbing akademik
- f. Mahasiswa melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan system pernafasan, kardiovaskular, pencernaan, pengindraan, dan perawatan pre dan post operasi
- c. Mahasiswa melaksanakan responsi kasus dengan pembimbing dari lahan praktek
- d. Setiap mahasiswa membuat laporan kegiatan sehari-hari selama praktek belajar lapangan (log Book)
- e. Mahasiswa diwajibkan mengikuti kegiatan pre dan post conference setiap akan dan sesudah melaksanakan praktek dengan pembimbing (CI) masing-masing

D. METODE

Pembelajaran dilakukan secara langsung pada pasien, kemudian dilakukan tanya jawab terkait kasus dan tindakan yang dilakukan.

E. ALOKASI WAKTU

1. Waktu Praktek

Praktek belajar di lapangan ini memberikan kesempatan pada mahasiswa untuk mengaplikasikan mata ajaran KMB dengan pengalokasian waktu sebagai berikut :

Praktek belajar lapangan semester IV akan dimulai pada :

Praktek KMB yang akan dilaksanakan pada :

Tanggal : 18 Januari -2 Februari 2016

Hari : Senin – Minggu

Dinas :

- Pagi (P) dari jam 07.00 - 14.00 WIB
- Sore (S) dari jam 14.00 - 21.00 WIB
- Malam (M) dari jam 21.00-07.00 WIB

Evaluasi praktek : hari ke tiga

Tempat evaluasi : situasional

2. Tempat Praktek

Praktek ini dilaksanakan di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung ruang :

Ruang :

- Ruang bedah umum Kemuning lantai IV
- Ruang penyakit dalam Fresia lantai II
- Ruang orthopedic kemuning lantai IV
- Ruang poli THT

F. PESERTA

Mahasiswa DIII Keperawatan semester IV STIKes Dharma Husada Bandung, yang telah lulus mata ajaran KMB I, KMB II dengan jumlah 36 orang mahasiswa terdiri dari :

- Laki-laki : 12 orang
- Perempuan : 24 orang

(Daftar nama kelompok dan jadwal terlampir, dengan pembagian kelompok dinas terlampir)

G. PEMBIMBING

Institusi :

Praktek KMB

1. Ns. Arie Sulistiyawati, S.Kep., M.Kep
2. Ns. Tuti Herawati, S.Pd., M.Kep

H. KETENTUAN DAN EVALUASI

1. Ketentuan

- a. Kehadiran praktek belajar klinik, wajib 100%
- b. Mahasiswa diperkenankan untuk tidak masuk dan mengganti kehadiran dengan ketentuan sebagai berikut :
 - 1) Alasan sakit 1 (satu) hari diganti sama dengan hari yang ditinggalkan
 - 2) Tidak ada keterangan (alpa) diganti dengan dua kali yang ditinggalkan
- c. Mahasiswa diwajibkan untuk menginformasikan kepada ruangan tempat praktek kepada temannya sebelum meninggalkan tempat perakteknya pada waktu pergantian shift (operan)

2. Evaluasi

Evaluasi praktek ini berdasarkan pada kemampuan mahasiswa yang mencakup aspek pengetahuan, keterampilan dan sikap

- a. Laporan pendahuluan : 20%

- b. Laporan kasus : 20%
- c. Performance : 10%
- d. Keterampilan klinik : 20%
- e. Ujian praktek : 30%

PENCAPAIAN KOMPETENSI PRAKTEK KLINIK I (KMB)

No	Kompetensi	Target	Tgl/Paraf	Tgl/Paraf	Tgl/Paraf	Tgl/Paraf	Tgl/Paraf
A	Sistem Pernapasan						
1	Pemeriksaan fisik system pernapasan	5X					
2	Suction	5X					
3	Oksigenasi	5X					
4	Perawatan WSD	3X					
5	Perawatan tracheostomi	3X					
6	Nebulizer	5X					
7	Fisioterapi dada	5X					
8	Pemberian oksigen	5X					
9	Penkes pada system pernapasan	1X					
B	Sistem Kardiovaskular						
1	Pemeriksaan fisik system kardio	5X					
2	Pemeriksaan EKG	5X					
3	Pengambilan darah vena	5X					
4	Pengambilan darah arteri	3X					
5	Pemasangan infus	5X					
6	Pemasangan tranfusi darah	3X					
7	Pemberian obat IM, IV, SC, IC	5X					
8	Penkes pada system kardiovaskular	1X					
C	Sistem Pencernaan						
1	Pemeriksaan fisik system pencernaan	5X					
2	Perawatan kolostomi	3X					

3	Pemasangan NGT	3X					
4	Menghitung IMT pasien	5X					
5	Memberikan makanan melalui NGT	5X					
6	Penkes pada system pencernaan	1X					
D Sistem pendengaran							
1	Pemeriksaan fisik system pendengaran	5X					
2	Tes fungsi pendengaran (audiometric)	5X					
3	Tes fungsi pendengaran weber	5X					
4	Tes fungsi pendengaran rinne	5X					
5	Tes fungsi pendengaran swabach	5X					
6	Irigasi telinga (advance)	2X					
7	Penkes pada system pendengaran	1X					
E Sistem penglihatan							
1	Pemeriksaan fisik system penglihatan	5X					
2	Pemeriksaan visus	5X					
3	Irigasi mata	2X					
4	Pemeriksaan lapang pandang	2X					
5	Penkes pada penyakit system	1X					

	penglihatan						
1	Pengkajian pre operasi	1X					
2	Pengkajian post operasi	1X					
3	Penkes pre/post operasi	1X					
4	Perawatan luka	5X					

LAMPIRAN

**DAFTAR MAHASISWA PRKTEK KLINIK KEPERAWATAN I (KMB)
PRODI DIII KEPERAWATAN
STIKes DHARMA HUSADA BANDUNG**

KELOMPOK I

N O	NAMA
1	Eolia Septiana
2	Abdul Holik
3	Anisa Gustianingsih
4	Egi Rama Hikmawan
5	Gugun Subagja
6	Heti Sobiati
7	Meza Asviasari
8	Risti Agusti
9	Vina Tifany Zahra

KELOMPOK II

N O	NAMA
1	Siska Siti Nurjanah
2	Adi Wahyudin
3	Dina Puspitasari
4	Gingin Ginanjar
5	Farhan Suherman
6	Lisda Ayunisa
7	Mitha Fitri Kurnia H
8	Sitanggung Tiur Arta Adelia
9	Widi Yasir

KELOMPOK III

N O	NAMA
1	Siti Mutmainah
2	Adrin Hidayat
3	Demi Mulyanti
4	Dicky Yudha Saputra
5	Gani Hasannudin
6	Indah Rachmawati
7	Mohamad Ridwan Agustien
8	Rini Siti Solihat
9	Yulizar Nurlatifah Maulidiah

KELOMPOK IV

N O	NAMA
1	Zunialia Putri Isma Nursinta
2	Atikah
3	Budiyono
4	Diana Hopsah
5	Henanda Elsa Novianti
6	Lestari Nur Abdillah
7	Rheta Amalia Qisthina Nur F
8	Sri Kusumawati
9	Anisa M.F

**FORMAT CATATAN KEGIATAN HARIAN
PRAKTEK KLINIK I (KMB)
PRODI DIII KEPERAWATAN SEMESTER IV T.A 2015-2016**

No	Hari/Tgl/Bln/Thn	Kegiatan	Paraf Mahasiswa	Paraf CI

**FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN
PRAKTEK KLINIK I (KMB)
PRODI DIII KEPERAWATAN SEMESTER IV
T.A 2015-2016**

- A. Judul : laporan pendahuluan
- B. Definisi
- C. Etiologi/penyebab
- D. Patofisiologi
- E. Tanda dan gejala
- F. Klasifikasi
- G. Komplikasi
- H. Pemeriksaan penunjang
- I. Pengkajian sistem yang berhubungan dengan penyakit
- J. Diagnosa keperawatan
- K. Rencana asuhan keperawatan (tujuan, intervensi,rasional)

**FORMAT RESUME
PRAKTEK KLINIK I (KMB)
PRODI DIII KEPERAWATAN SEMESTER IV
T.A 2015-2016**

- A. Judul : laporan pendahuluan
- B. Definisi
- C. Etiologi/penyebab
- D. Patofisiologi
- E. Tanda dan gejala
- F. Klasifikasi
- G. Komplikasi
- H. Pemeriksaan penunjang
- I. Pengkajian sistem yang berhubungan dengan penyakit
- J. Diagnosa keperawatan
- K. Rencana asuhan keperawatan (tujuan, intervensi,rasional)

FORMAT ASKEP

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. T
DENGAN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULAR : MIOKARD INFARK
DIRUANG.....RS.....

A. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
Agama :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Suku Bangsa :
Status perkawinan` :
Golongan darah :
No. CM :
Tanggal masuk :
Tanggal pengkajian :
Diagnosa medis :
Alamat :

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
Agama :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Suku Bangsa :
Hubungan dg Klien :
Alamat :

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

.....
.....
.....

2) Riwayat Penyakit Sekarang (Alasan masuk RS dan PQRST)

.....
.....
.....

3) Riwayat Penyakit Dahulu

.....
.....
.....

4) Riwayat Penyakit Keluarga

.....
.....
.....

c. Pemeriksaan Fisik

- 1) Sistem pernafasan (inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi)
Meliputi : hidung, pharing, laring, trachea, bronkus, paru-paru
- 2) Sistem kardiovaskular (inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi)
Meliputi : konjungtiva, mukosa bibir, leher, jantung, ekstremitas (CRT, clabbing finger)
- 3) Sistem pencernaan (inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi)
Meliputi : mulut, esophagus, lambung, usus halus, usus besar, empedu, hati, lien, pancreas, anus
- 4) Sistem syaraf (inspeksi, palpasi dan perkusi)
Meliputi : GCS, tes fungsi nerves cranial, motorik, sensorik, reflex, cerebellum dan irigasi meningen
- 5) Sistem penglihatan (inspeksi, palpasi)
Meliputi : mata, bagian-bagiannya, tes fungsi penglihatan
- 6) Sistem pendengaran (inspeksi, palpasi dan perkusi)
Meliputi : telinga, bagian-bagiannya, tes fungsi pendengaran
- 7) Sistem perkemihan (inspeksi, palpasi dan perkusi)
Meliputi : ginjal, ureter, kandung kemih, meatus uretra
- 8) Sistem musculoskeletal (inspeksi, palpasi)
Meliputi : otot ekstremitas atas dan bawah, persendian, tulang
- 9) Sistem endokrin (inspeksi, palpasi)
Meliputi : thyroid (leher)
- 10) Sistem integument (inspeksi, palpasi)
Meliputi : kulit (turgor,, kebersihan, pigmentasi, teksture, lesi, sikatrik)
- 11) Sistem reproduksi (inspeksi, palpasi)
Meliputi : genetalia eksterna pria/wanita

d. Pola Aktivitas Sehari-Hari

NO	Jenis Pengkajian	Di Rumah	Di Rumah Sakit
A.	Pola Nutrisi 1. Makan Frekuensi Jenis Porsi Cara Keluhan 2. Minum Frekuensi Jenis Cara Keluhan		
B.	Pola eliminasi 1. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau Cara Keluhan 2. BAK frekuensi warna bau cara keluhan		
C.	Pola Istirahat tidur 1. Malam 2. Siang		
D.	Personal Hygiene Mandi Gosok Gigi Ganti pakaian Cara Keluhan		

e. Data Psikologis, Sosial Dan Spiritual

- 1) Data Psikologis (observasi dan wawancara) meliputi : penampilan, status emosi, konsep diri (body image, harga diri, ideal diri, peran, identitas), kecemasan, interaksi sosial

.....

- 2) Data Sosial

.....

- 3) Data Spiritual (wawancara) meliputi : keyakinan akan kesembuhan, keyakinan kepada tuhan, penerimaan diri terhadap penyakit yang diderita, pelaksanaan ibadah sebelum/selama dirawat

.....

f. Data Penunjang (pemeriksaan laoratorium dan radiologi)

1) Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hb		
Leukosit		
LED		
Trombosit		
Hematokrit		
Kadar gula puasa		
Ureum		
Creatitin		
SGOT /Asat		
SGPT/Asat		

2) Therapi

.....

2. Analisa Data

No	Symptom	Etiologi	Problem
1			
2			

B. Diagnosa Keperawatan

1.

2.

3.
.....

Rencana Asuhan Keperawatan

Nama :
 :
 Umur :
 :
 Jenis kelamin :
 :

No. CM
 Dx
 Ruang

N o	DIAGNOSA	PERENCANAAN			IMPLEMENTASI	EVALUASI
		TUJUAN	INTERVENSI	RASIONALISASI		
1	2	3	4	5	6	7
1			•			
2			•			
3			•			
4			•			

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :

No. CM :
Ruang :
Dx :

No	Tanggal	DP	Catatan Perkembangan	Pelaksana
1				Penulis TTD
2				Penulis TTD
3				Penulis TTD

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
	<p>PENGAJIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cek perencanaan keperawatan klien • Mengidentifikasi pasien dengan tepat (nama, nomor kamar) • Kaji adanya tanda dan gejala klinis dan secret pada jalan napas. <p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alatA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kanula nasal • Selang oksigen • Humidifier • Water steril • Tabung oksigen dengan flowmeter • Plester <p>Persiapan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan pasien powler atau semi powler • Mendekatkan alat ke dekat pasien <p>IMPLEMENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan prosedur tindakan • Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien • Pasang gorden untuk menjaga privasi klien • Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur, di kursi atau dengan lying position (posisi berbaring) di tempat tidur dengan satu bantal. • Sambungkan kanula nasal keselang oksigen dan ke sumber oksigen. • Berikan aliran oksigen sesuai dengan kecepatan aliran pada progam medis dan pastikan berfungsi dengan baik. • Selang tidak tertekuk dan sambungan paten. 		

- Ada gelembung udara pada humidifier.
- Terasa oksigen keluar dari kanula..
- Letakkan ujung kanula pada lubang hidung pasien.
- Atur pita elastic atau selang plastic ke kepala atau ke bawah dagu
- sampai kanula pas dan nyaman.
- Periksa kanula setiap 8 jam.
- Pertahankan batas air pada botol humidifier setiap waktu.
- Periksa jumlah kecepatan aliran oksigen dan program terapi secara periodic sesuai respon klien, biasanya tiap 1 jam sekali.
- Kaji membran mukosa hidung dari adanya iritasi dan beri jelly untuk melembapkan membrane mukosa jika diperlukan.
- Setelah selesai pasien dirapikan dan dibersihkan kembali.
- Alat-alat dibersihkan, bereskan dan kembalikan ke tempat semula lalu cuci tangan

EVALUASI

- Observasi keadaan klien
- Observasi frekuensi nafas pasien
- Observasi kondisi hidung mulut dan perawatan lubang hidung atau iritasi nasofaringeal.
- Kaji respon klien setelah pemberian oksigen (pola pernapasan dan kecepatan)
- Cek kanul sesuai respon klien, biasanya tiap 1 jam sekali.
- PO₂ arterial berkisar antara 80 – 100 mmHg
- Kondisi hipoksia dapat teratasi.
- Frekuensi pernapasan dalam kisaran 14 – 20 kali per menit.

DOKUMENTASI

- Waktu pelaksanaan
- Respon klien
- Frekuensi napas pasien
- Nama perawat yang melaksanakan tindakan
- Jumlah oksigen yang diberikan

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN MASK SEDERHANA**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
	<p>PENGAJIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cek perencanaan keperawatan klien • Mengidentifikasi pasien dengan tepat (nama, nomor kamar) • Kaji adanya tanda dan gejala klinis dan secret pada jalan napas. <p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alatA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masker wajah sederhana , sesuai kebutuhann dan ukuran pasien • Selang oksigen • Humidifier • Water steril • Tabung oksigen dengan flowmeter • Pita atau tali elastic <p>Persiapan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan pasien powler atau semi powler • Mendekatkan alat ke dekat pasien <p>IMPLEMENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan prosedur tindakan • Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien • Pasang gorden untuk menjaga privasi klien • Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur, di kursi atau dengan lying position (posisi berbaring) di tempat tidur dengan satu bantal. • Sambungkan masker keselang dan ke sumber oksigen 		

- Berikan aliran oksigen sesuai dengan kecepatan aliran pada progam medis dan pastikan berfungsi dengan baik.
 - o Selang tidak tertekuk dan sambungan paten.
 - o Ada gelembung udara pada humidifier.
 - o Terasa oksigen keluar dari masker.
- Arahkan masker ke wajah klien dan pasang dari hidung ke bawah (sesuaikan dengan kontur wajah klien).
- Fiksasi pengikat elastik ke sikat kepala klien sehingga masker nyaman dan tidak sempit.
- Periksa masker, aliran oksigen setiap 2 jam atau lebih cepat, tergantung kondisi dan keadaan umum pasien
- Pertahankan batas air pada botol humidifier setiap waktu.
- Periksa jumlah kecepatan aliran oksigen dan program terapi setiap 8 jam.
- Kaji membran mukosa hidung dari adanya iritasi dan beri jelly untuk melembapkan membrane mukosa jika diperlukan.
- Setelah selesai pasien dirapikan dan dibersihkan kembali.
- Alat-alat dibersihkan, bereskan dan kembalikan ke tempat semula lalu cuci tangan

EVALUASI

- Observasi keadaan klien
- Observasi frekuensi nafas pasien
- Observasi kondisi hidung mulut dan perawatan lubang hidung atau iritasi nasofaringeal.
- Kaji respon klien setelah pemberian oksigen (pola pernapasan dan kecepatan)
- Kondisi hipoksia dapat teratasi.
- Frekuensi pernapasan dalam kisaran 14 – 20 kali per menit.

DOKUMENTASI

- Waktu pelaksanaan
- Respon klien
- Frekuensi napas pasien
- Nama perawat yang melaksanakan tindakan
- Jumlah oksigen yang diberikan

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN MASK REBEATHING**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
	<p>PENGKAJIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cek perencanaan keperawatan klien • Mengidentifikasi pasien dengan tepat (nama, nomor kamar) • Kaji adanya tanda dan gejala klinis dan secret pada jalan napas. <p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alatA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Set oksigen (tabung O2, O2, flowmeter, humidifier) • Water steril • Plester non iritan • Antiseptik (jika diperlukan) • Masker rebreathing • Sarung tangan bersih <p>Persiapan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan pasien powler atau semi powler • Mendekatkan alat ke dekat pasien <p>IMPLEMENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien • Melakukan validasi • Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien • Mencuci tangan • Menggunakan sarung tangan bersih • Mempersiapkan peralatan • Mengkaji adanya tanda dan gejala klinis dan secret pada 		

jalan napas

- Menyambungkan masker ke selang dan ke sumber oksigen
- Memberikan aliran oksigen sesuai dengan kecepatan aliran pada program medis dan memastikan bahwa berfungsi dengan baik.
- Selang tidak tertekuk dan sambungan paten.
- Ada gelembung udara pada humidifier.
- Terasa oksigen keluar dari masker.
- Memastikan kantong reservoir tidak terlipat atau mengempis total saat inspirasi
- Mengarahkan masker ke wajah klien dan pasang dari hidung ke bawah (sesuaikan dengan kontur wajah klien).
- Melingkarkan pita elastik ke kepala pasien agar nyaman dan tidak sempit
- Memeriksa masker, aliran oksigen setiap 2 jam atau lebih cepat, tergantung kondisi dan keadaan umum pasien
- Mempertahankan batas air pada botol humidifier setiap waktu.
- Memeriksa jumlah kecepatan aliran oksigen
- Mengkaji membran mukosa hidung dari adanya iritasi dan memberi jelly untuk melembapkan membran mukosa jika diperlukan.
- Setelah selesai pasien dirapikan dan dibersihkan kembali.
- Alat-alat dibersihkan, bereskan dan kembalikan ke tempat semula lalu cuci tangan

EVALUASI

- Observasi kondisi hidung mulut dan perawatan lubang hidung atau iritasi nasofaringeal.
- Kaji respon klien setelah pemberian oksigen (pola pernapasan dan kecepatan)
- Pastikan pasien tidak makan minum atau batuk dan menyeka (bisa terjadi aspirasi bila pasien muntah, serta perlu segel pengikat)
- Kondisi hipoksia dapat teratasi.
- Frekuensi pernapasan 14-20 kali per menit.
- Observasi adanya iritasi pada kulit disekitar masker

DOKUMENTASI

- Waktu pelaksanaan
- Respon klien
- Frekuensi napas pasien
- Nama perawat yang melaksanakan tindakan

• Jumlah oksigen yang diberikan		
---------------------------------	--	--

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN MASK NON REBEATHING**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
	<p>PENGKAJIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cek perencanaan keperawatan klien • Mengidentifikasi pasien dengan tepat (nama, nomor kamar) • Kaji adanya tanda dan gejala klinis dan secret pada jalan napas. <p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alatA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masker wajah nonrebreathing, sesuai kebutuhann dan ukuran pasien • Selang oksigen • Humidifier • Water steril • Tabung oksigen dengan flowmeter • Pita atau tali elastic <p>Persiapan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan pasien powler atau semi powler • Mendekatkan alat ke dekat pasien <p>IMPLEMENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien • Melakukan validasi • Kaji adanya tanda dan gejala klinis dan secret pada jalan napas • Sambungkan masker keselang dan ke sumber oksigen • Berikan aliran oksigen sesuai dengan kecepatan aliran 		

- pada program medis dan pastikan berfungsi dengan baik.
- o Selang tidak tertekuk dan sambungan paten.
 - o Ada gelembung udara pada humidifier.
 - o Terasa oksigen keluar dari masker.
 - Arahkan masker ke wajah klien dan pasang dari hidung ke bawah (sesuaikan dengan kontur wajah klien).
 - Fiksasi pengikat elastik ke sikat kepala klien sehingga masker nyaman dan tidak sempit.
 - Berikan aliran oksigen sesuai dengan kecepatan aliran
 - Periksa masker, aliran oksigen setiap 2 jam atau lebih cepat, tergantung kondisi dan keadaan umum pasien
 - Usahakan kantung reservoir tidak mengempis total ketika klien melakukan inspirasi
 - Pertahankan batas air pada botol humidifier setiap waktu
 - Periksa jumlah kecepatan aliran oksigen dan program terapi setiap 8 jam
 - Kaji membran mukosa hidung dari adanya iritasi dan beri jelly untuk melembapkan membrane mukosa jika diperlukan
 - Alat-alat dibersihkan, bereskan dan kembalikan ke tempat semula lalu cuci tangan

EVALUASI

- 1) Observasi kondisi hidung mulut dan perawatan lubang hidung atau iritasi nasofaringeal.
- 2) Kaji respon klien setelah pemberian oksigen (pola pernapasan dan kecepatan)
- 3) Pastikan pasien tidak makan minum atau batuk dan menyeka (bisa terjadi aspirasi bila pasien muntah, serta perlu segel pengikat)
- 4) Kondisi hipoksia dapat teratasi.
- 5) Frekuensi pernapasan 14-20%.
- 6) Observasi adanya iritasi pada kulit disekitar masker

DOKUMENTASI

- Waktu pelaksanaan
- Respon klien
- Frekuensi napas pasien
- Nama perawat yang melaksanakan tindakan
- Jumlah oksigen yang diberikan

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
TEKNIK POSTURAL DRAINAGE**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
	<p>PENGKAJIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cek perencanaan keperawatan klien • Mengidentifikasi pasien dengan tepat (nama, nomor kamar) • Kaji adanya tanda dan gejala klinis dan secret pada jalan napas. <p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alatA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bantal 2-3 • Tisu wajah • Segelas air hangat • Masker • Sputum pot <p>Persiapan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan pasien sesuai nlokasi sekret • Mendekatkan alat ke dekat pasien <p>IMPLEMENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan. • Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien • Menjelaskan prosedur tindakan • Pakai masker. • Pilih area yang tersumbat yang akan didrainase 		

berdasarkan pengkajian semua bidang paru, data klinis dan gambaran foto dada.

- Baringkan klien dalam posisi mendrainase area tersumbat.
- Minta klien mempertahankan posisi selama 10 sampai 15 menit.
- Selama 10-15 menit drainase pada posisi ini, lakukan perkusi dada, vibrasi dan/atau gerakan iga di atas area yang didrainase.
- Setelah drainase pada postur pertama, minta klien duduk dan batuk. Tampung sekresi yang dikeluarkan dalam wadah yang bersih. Bila klien tidak dapat batuk, harus dilakukan pengisapan (suctioning).
- Berikan tisu untuk membersihkan sputum.
- Minta klien istirahat sebentar bila perlu.
- Berikan minum.
- Ulangi langkah a-k sampai semua area yang tersumbat telah terdrainase. Setiap tindakan tidak lebih dari 30 sampai 60 menit.
- Ulangi pengkajian dada pada semua bidang paru.
- Jika sputum masih belum bisa keluar, maka prosedur dapat diulangi kembali dengan memperhatikan kondisi pasien.
- Alat-alat dibersihkan, bereskan dan kembalikan ke tempat semula lalu cuci tangan

EVALUASI

- Kaji respon klien setelah pemberian oksigen (pola pernapasan dan kecepatan)
- Auskultasi : suara pernapasan meningkat dan sama kiri dan kanan.
- Inspeksi : dada kanan dan kiri bergerak bersama-sama.
- Batuk produktif (secret kental/encer).
- Perasaan klien mengenai drainase postural (sakit, lelah, lebih nyaman).
- Efek drainase postural terhadap tanda vital (Tekanan darah, nadi, respirasi, temperature).

DOKUMENTASI

- Waktu pelaksanaan
- Respon klien
- Frekuensi napas pasien
- Nama perawat yang melaksanakan tindakan
- Jumlah oksigen yang diberikan

**FORMAT PENILAIAN
FISIOTERAPI DADA DAN NEBULIZER**

Nama :

NIM :

NO	ITEM PENILAIAN	ITEM	Nilai	
			Ya	Tidak
1.	Pengkajian <ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi pola nafas, frekuensi nafas, tanda – tanda sesak nafas, perkembangan dan kesimetrisan dada • Auskultasi suara nafas menunjukkan adanya penumpukan secret • Palpasi, pengembangan dada dan taktil fremitus untuk mengetahui letak penimbunan secret • Perkusi adanya penurunan suara perkusi 	4		
2.	Perencanaan <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan di air mengalir Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none"> – Alat nebulizer – Nacl – Ventolin – Sput 5 cc – Bengkok – Stetoskop – Tissue <ul style="list-style-type: none"> • Persiapan Klien <ul style="list-style-type: none"> – Menjelaskan prosedur – Mengatur posisi klien 	5		

	<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan klien melakukan aktivitas yang menunjang kenyamanan klien mis. BAK sebelum tindakan • Persiapan Lingkungan (hand) <ul style="list-style-type: none"> - Tutup sampiran - Bereskan tempat tidur klien dari barang – barang yang dapat menghalangi tindakan - Atur posisi bantal atau guling untuk postural drainase • Cuci tangan di air mengalir kembali setelah mempersiapkan seluruhnya. 			
3	<p>Implementasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhalasi <ul style="list-style-type: none"> - Set alat nebulizer - Masukkan nacl dan ventolin ke dalam alat - Nyalakan alat nebulizer - Minta klien untuk menghirup uap yang keluar - Lakukan sampai uap habis • Postural Drainage <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi letak secret yang ada di rongga paru - Atur posisi sesuai dengan letak secret di rongga paru : <ul style="list-style-type: none"> ~ Bila lendir berada di paru paru bawah maka letak kepala harus lebih rendah dari dada. (posisi klien tengkurap) ~ Bila lendir di paru – paru bagian atas maka kepala harus lebih tinggi. (posisi klien terlentang) ~ Bila lendir dibagian paru – paru lateral, maka posisikan klien ke samping. Tangan lurus ke atas kepala dan kaki seperti memeluk guling. • Perkusi <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pemukulan ritmik dengan telapak tangan yang melekuk pada dinding dada atau punggung - Lakukan 3 – 5 menit - Kemudian lakukan vibrasi pada rongga dada dengan menggunakan tangan - Lakukan 4 -5 kali • Batuk Efektif <ul style="list-style-type: none"> - Atur posisi klien menjadi duduk dengan agak membungkuk - Minta klien untuk menarik nafas dalam – dalam dan kontraksikan otot perut - Tiup nafas lebih kuat dan batukkan - Buang lendir ke bengkok - Bersihkan daerah sekitar mulut dengan tisu • Latihan Nafas Dalam <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan klien dalam posisi terlentang - Taruh boneka diatas perut pada klien anak – anak sebagai 	5		

	<p>indicator menarik nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Minta klien untuk menarik nafas dalam sampai maksimal, sehingga boneka akan naik. – Tiupkan udara pernafasan melalui mulut perlahan – lahan sampai maksimal. Maka boneka akan turun. – Bila klien banyak lendir, klien akan merasa ingin batuk, maka anjurkan klien untuk membatukkannya. – Buang lendir ke bengkok – Bersihkan sekitar mulut dengan tissue 			
4.	<p>Evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi. Lihat masih adakah tanda – tanda penumpukan secret. 	1		
5.	<p>Dokumentasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waktu, dan tempat pelaksanaan tindakan • Perawat pelaksana • Karakteristik secret (jumlah, konsistensi, warna) • Respon klien saat dilaksanakan tindakan dan setelah tindakan dilaksanakan. 	4		
	Jumlah item	19		

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
PEMASANGAN INFUS**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
	<p>PENGKAJIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cek perencanaan keperawatan klien <p>PERENCANAAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan di air mengalir • Persiapan alat-alat yang dibutuhkan : (head) <ul style="list-style-type: none"> – Abbocath sesuai ukuran yang dibutuhkan – Infus set sesuai ukuran – Cairan infus sesuai kebutuhan pasien – Standard infus – Torniquet – Kapas alkohol dalam tempat tertutup – Bethadine dalam tempatnya 		

- Kassa steril
- Sarung tangan bersih
- Plester
- Bengkok
- Gunting Verband
- Pengalas
- Bawa alat-alat ke dekat klien
- Persiapan Klien
 - Pastikan klien yang akan mendapatkan infus
 - Pastikan cairan infus yang akan diberikan
 - Pastikan jumlah kebutuhan cairan dan elektrolit klien
 - Pastikan ukuran alat (Abocath dan infus set) sesuai kebutuhan klien
 - Menjelaskan prosedur kepada klien
 - Menjaga privasi klien

IMPLEMENTASI

- Pasang infus set ke cairan
 - Membuka plastik infus set dengan benar
 - Tetap melindungi ujung selang steril
 - Menyambungkan infus set dengan cairan infus dengan posisi cairan infus mengarah keatas
 - Menggantungkan cairan infus di standard infus
 - Mengisi kompartemen infus set dengan cara menekan kompartemen tersebut
 - Mengisi selang infus dengan cairan yang benar
 - Menutup ujung selang dan tutup dengan mempertahankan kesterilan
 - Cek adanya udara dalam selang infus
- Cuci tangan di air mengalir
- Pasang pengalas
- Pasang sarung tangan bersih
- Pilih posisi yang tepat untuk memasang infus
- Pilih vena yang tepat dan benar

(memilih vena dari bagian distal ke proksimal, vena yang dipilih vena yang besar, tidak bercabang dan berkelok-kelok)

- Pasang torniquet
- Desinfeksi vena dengan tehnik yang benar (bethadine kemudian dengan alkohol dengan tehnik memutar atau dari atas ke bawah dengan satu usapan)
- Buka kateter (Abocath) dan periksa apakah ada kerusan
- Masukkan kateter pada vena yang telah dipilih dari arah samping
- Perhatikan adanya darah dalam kompartemen darah kateter, bila ada maka buka mandrin sedikit demi sedikit sambil kateter dimasukkan perlahan-lahan
- Lepaskan torniquet
- Sambungkan ujung plastik kateter dengan infus set dengan terlebih dahulu dikeluarkan cairan infus set sedikit, dan dibiarkan menetes sedikit (diatas bengkak atau didalam plastik infus set yang masih steril)
- Pasang plester pada ujung plastik kateter tapi tidak menyentuh area penusukkan untuk difiksasi
- Balut dengan kassa betadhine steril dan menutupnya dengan kassa steril kering
- Pasang plester dengan benar di atas balutan, dengan mempertahankan kateter agar tidak tercabut
- Atur tetesan infus sesuai dengan kebutuhan klien
- Bereskan alat
- Cuci tangan

EVALUASI

- Cek lima benar pemberian obat
- Cek keamanan infus
- Cek rasa nyaman atau respon klien

DOKEUMENTASI

- Waktu pemasangan

<ul style="list-style-type: none"> • Vena yang dipasang • Cairan dan tetesan yang diberikan • Respon klien • Nomor abocath yang dipasang • Nama jelas dan paraf perawat yang memasang. 		
---	--	--

**FORMAT PENILAIAN UJIANPRAKTEK
PEMASANGAN NASOGASTRIC TUBE**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
	PENGAJIAN <ul style="list-style-type: none"> • Cek perencanaan keperawatan klien • Cek kemampuan klien untuk bekerja sama PERENCANAAN <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan di air mengalir • Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> - Nasogastric tube dengan ukuran yang sesuai kebutuhan - Sarung tangan bersih - Tissue 		

- Plester
- Gunting plester
- Jelly yang larut dalam air
- Stetoskop
- Handuk mandi atau alas
- Sduit 50 cc
- Bengkok
- Makanan cair yang akan diberikan
- Kassa bersih
- Pen light
- Ballpoint uncut untuk menandai selang NGT
- Persiapan klien :
 - Menjelaskan prosedur
 - Mengatur posisi semi fowler (bila klien sadar) atau supine dengan kepala fleksi (bila klien tidak sadar)

IMPLEMENTASI

- Mengidentifikasi klien
- Cek lubang hidung dengan cara menutup lubang hidung satu persatu (bila klien sadar, suruh klien untuk menghembuskan nafas)
- Pasang handuk atau alas di dada klien
- Pakai sarung tangan bersih
- Ukur panjang selang yang akan dimasukkan, dengan :
 - Ujung hidung sampai prosesus xyphoideus dan ujung hidung sampai ke daun telinga
 - Ujung dahi sampai ke prosesus xyphoideus
- Tandai ukuran NGT sesuai ukuran klien
- Lumuri ujung selang dengan jeli secukupnya
- Masukkan selang dengan perlahan-lahan ke lubang hidung yang paling lapang sambil menganjurkan klien untuk

<p>menelan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perhatikan respon klien <ul style="list-style-type: none"> - Batuk - Kebiru-biruan • Bila ada tanda-tanda batuk dan kebiru-biruan cabut selang dengan cepat • Cek dengan menggunakan pen light apakah selang masuk dengan benar atau menggulung di saluran pernafasan • Bila selang telah masuk dengan benar maka masukkan selang sampai batas yang telah ditandai • Cek dengan memasukkan udara dari spuit 50 cc dan dengarkan denganstetoskop • Fiksasi dengan plester dengan tehnik yang benar • Masukkan makanan cair sesuai perencanaan dengan benar (tidak di dorong) • Bersihkan sekitar hidung dan mulut klien degan tisu • Tutup ujung selang dengan kassa dan karet (atau biarkan terbuka bila tujuan NGT untuk dekompresi lambung) • Atur kembali posisi yang nyaman untuk klien <p>EVALUASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kenyamanan klien • Keamanan NGT • Pola Nafas <p>DOKUMENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waktu pemasangan • Jenis dan ukuran selang • Makanan yang diberikan dan jumlahnya • Cairan yang keluar dari lambung : jumlah dan warna • Respon klien saat dipasang • Nama perawat yang memasang 		
--	--	--

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
PERAWATAN LUKA**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
	PENGKAJIAN <ul style="list-style-type: none"> • Cek Pencanaan keperawatan klien • Kaji fase penyembuhan luka • Kaji kompres yang digunakan pada luka • Kaji keluaran luka PERENCANAAN <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan di air mengalir 		

- Persiapan alat :
 - a. Di dalam bak steril
 - Pinset anatomis 2 buah
 - Sarung tangan steril
 - Gunting angkat jahitan
 - Kom steril (2 Buah)
 - Kassa steril secukupnya
 - Kapas steril secukupnya
 - Lidi kapas secukupnya
 - b. Tidak steril
 - Bengkok
 - Gunting verband
 - Plester
 - Korentang
 - Alas dan perlak
 - Alkohol/ wash bensin
 - Larutan-larutan dalam botol

IMPLEMENTASI

- a. Membuka balutan lama
 - Alas dipasang
 - Bengkok didekatkan
 - Angkat balutan dengan basahi plester dengan alkohol atau wash bensin
 - Paket steril dibuka dengan benar
 - Larutan NaCl atau betadine atau yang diperlukan di tuang ke kom (terlebih dahulu dibuang ke bengkok)
 - Pakai Sarung tangan dengan benar yang sebelumnya balutan lama telah dibuang dengan satu pincet anatomis
 - Pincet anatomis dan chirurgis diambil
 - Kapas dan kassa untuk kompres diperas dan dipersiapkan terlebih dahulu
 - Tangan kanan memegang pincet chirurgis dan tangan kiri memegang pincet anatomis, lalu mengambil kapas basah dengan pincet anatomis dan dipindahkan ke pincet chirurgis
 - Luka dibersihkan dengan benar (dari atas ke bawah, samping kiri dan

kanan. Sirkuler)

- Jahitan dibuka dengan cara simpul ditarik dengan pincet chirurgis dan gunting menahan kulit saat benang ditarik
- Luka dibersihkan kembali (atas bawah, samping kiri kanan, sirkuler)
- Keadaan luka dikaji (Kemerahan, pembengkakan, sakit, appximation, dscharge, bau)
- Luka dikeringkan dengan kassa kering yang diambil dengan pincet anatomis kemdian dipindahkan ke pincet cirurgis di tangan kanan
- Oles Betadine dengan lidi watten
- Luka ditutup dengan kassa (wet to dry, wet, Dry)
- Luka di beri plester atau dibalut dengan pembalut yang benar dan rapih
- Alat-alat dibereskan

EVALUASI

- Mengemukakan kepada klien mengenai hasil pengkajian
- Respon klien

DOKUMENTASI

- Waktu pelaksanaan
- Karakteristik luka
- Nama perawat yang melaksanakan

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
SUNTIK (INJEKSI)**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
	PENGAJIAN <ul style="list-style-type: none"> • Mengkaji Perencanaan untuk hari ini (dosis, route, dan waktu) • Kaji ketersediaan obat dan alat PERENCANAAN		

- Tentukan jumlah dan ukuran jarum dan syringe yang tepat
- Persiapan alat :
 - Alas
 - Bengkok
 - Kapas alkohol
 - Torniquet (bila perlu)
 - Obat-obatan yang diperlukan
 - Pengencer (quabidest steril atau NaCl)
 - Syringe sesuai dengan kebutuhan
- Persiapan klien
 - Menjelaskan prosedur
- Mencuci tangan (hand)

IMPLEMENTASI

- Cek ulang obat yang akan diberkansı sesuai dengan perencanaan
- Cek label obat yang telah dipersiapkan
- Kalkulasikan dosis sesuai kebutuhan
- Encerkan obat dengan tepat
- Ambil obat dengan tepat
 - a. Dari Vial (Botol)
 - Bersihkan bagian atas botol dengan kapas alkohol dan membiarkan kering sendiri
 - Buang kapas alkohol ke dalam bengkok atau tempat sampah
 - Siapkan syringe yang tepat
 - Tarik udara secukupnya ke dalam spuit
 - Masukkan jarum melalui karet penutup botol ke dalam botol
 - Dorong udara dalam syringe ke dalam botol
 - Pegang botol dengan tangan yang tidak dominan dan tarik obat sejumlah yang diperlukan
 - Periksa adanya udara dalam syringe, bila ada keluarkan dengan posisi yang tepat
 - Cek ulang volume obat dengan tepat
 - Lepaskan jarum dari spuit
 - b. Dari Ampul
 - Usahakan cairan dalam ampul

	<p>berada semuanya pada dasar ampul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan leher ampul dengan kapas alkohol - Siapkan spuit - Pecahkan leher ampul dengan arah menaui badan perawat - Lepaskan pnutup jarum - Pegang ampul dengantang tidak dominan - Tarik obat dari ampul sesuai dosis (Leher amul berada dibawah) - Keluarkan udara dalam jarum dengan posisi jarum yang tepat - Cek ulang volume obat <ul style="list-style-type: none"> • Dekati dan Idntifikasi klien (nama klien, bed, dan obat yang akan diberikan) • Jelaskan prosedur dengan bahasa yang jelas mintakan klien untuk bekerja sama • Pasang sampiran (bila perlu, yaitu bila penyuntikkan di tempat-tempat yang memerlukan privasi klien) • Gunakan sarung tangan bila menghasapi pasien dengan penyakit menular (AIDS dan Hepatitis B) • Pilih tempat injueksi yang sesuai <ul style="list-style-type: none"> - Intra muscular (IM) : Otot deltoid, M. Femoralis, Otot Gluteal - Intra Vena (IV) : V e n a brachialis, Vena femoralis - Sub Cutan (SC) : Otot deltoid, M. Femoralis, Otot Gluteal - Intra Cutan (IC) : Di bagian tangan yang polar jauh dari bulu dan pembuluh darah • Bersihkan lokasi injeksi dengan alkohol dengan tehnik sirkuler atau atas ke bawah sekali hapus • Buang kapas alkohol ke dalam bengkok • Biarkan lokasi kering sendiri • Suntikkan obat dengan sudut yang tepat : 			
--	--	--	--	--

<p>IM : 90 IV : 45 SC : 45 IC : 0-10/ 15</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan aspirasi • Dorong obat secara perlahan-lahan dan tepat • Cabut jarum dan tekan bekas suntikan dengan kapas alkohol • Bereskan alat-alat <p>EVALUASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respon klien • Tandai bahwa obat telah diberikan <p>DOKUMENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waktu pemberian obat • Dosis obat yang diberikan • Identitas klien • Nama perawat yang melaksanakan 	
--	--

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
PERAWATAN KOLOSTOMI**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
	PENGAJIAN <ul style="list-style-type: none"> • Cek perencanaan keperawatan klien 		

- Identifikasi tipe dan lokasi kolostomi

PERENCANAAN

- Cuci tangan di air mengalir
- Persiapan alat :
 - Sarung tangan bersih
 - Handuk mandi
 - Air hangat
 - Sabun mandi yang lembut
 - Tissue
 - Kantong kolostomi bersih dengan ukuran sesuai ukuran stoma
 - Bengkok atau pispot (+ kantong plastik)
 - Kassa
 - Vaseline
 - Tempat sampah
- Persiapan klien (hand dan heart)
 - Menjelaskan prosedur kepada klien
 - Pasang sampiran

IMPLEMENTASI

- Dekatkan alat-alat ke klien
- Pasang selimut mandi
- Dekatkan bengkok ke dekat klien
- Pasang sarung tangan bersih
- Buka kantong lama dan buang ke tempat sampah
- Bersihkan stoma dan kulit sekitar stoma dengan sabun lembut dan air hangat
- Lindungi stoma dengan tissue atau kassa agar feces tidak mengotori kulit yang sudah dibersihkan
- Keringkan kulit sekitar stoma dengan tissue atau kassa
- Buka kassa atau tissue pelindung stoma
- Pasang kantong stoma
- Beri vaseline atau pasta sekitar kulit apabila kantong stoma tidak terlalu besar (sebagai perlindungan kulit dari kontak langsung dengan

<p>feses)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buka sarung tangan • Bereskan alat-alat • Cuci tangan dengan anti septik diair mengalir <p>EVALUASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keamanan kantong • Kebersihan area • Bau • Kenyamanan klien <p>DOKUMENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waktu pemasangan • Jumlah dan karakteristik feses • Keadaan stoma (tanda-tanda infeksi) • Alat-alat yang digunakan untuk mengganti kantong • Respon klien • Nama perawat yang melaksanakan t i n d a k a n 		
---	--	--

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
SUCTIONING**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
	PENGKAJIAN <ul style="list-style-type: none"> • Cek perencanaan keperawatan 		

- Kaji ulang apakah klien perlu tindakan suctioning
- Auskultasi
- Inspeksi
- Kaji posisi tidur klien

PERENCANAAN

- Cuci tangan
- Persiapan alat steril
 - Katheter dengan ukuran sesuai kebutuhan
 - Sarung tangan steril
 - Container atau kom steril
 - Air atau Nacl steril
 - Tongue spatel
 - Kassa steril
- Persiapan alat tidak steril
 - Tabung oksigen dan isinya
 - Mesin Suction
 - Alas
 - Bengkok
 - Larutan dalam botol
 - Tissue
- Persiapan Klien :
 - Beri penjelasan kepada klien
 - Atur posisi sesuai dengan kebutuhan
 - o Semifowler dengan kepala mengarah ke arah perawat (Oropharyngeal Suctioning)
 - o Semifowler dengan leher hiperekstensi, bila tidak ada kontra indikasi (Nasopharyngeal Suctioning)
 - o Lateral dengan muka menghadap perawat (klien tidak sadar)

IMPLEMENTASI

- Pasang pengalas di dada klien
- Beri oksigen dengan konsentrasi tinggi
- Buka paket steril dan buat area steril
- Siapkan atau tuangkan cairan ke dalam kom steril

- Nyalakan mesin suction
- Pasang sarung tangan steril dengan benar
 - Hand to hand
 - Glove to glove
- Sambungkan kateter dengan selang dari mesin dengan tangan dominan memegang ujung selang dari mesin (Bersih)
- Tes kemampuan mesin untuk menarik cairan dengan menarik cairan atau NaCl steril
- Masukkan kateter perlahan-lahan pada lubang hidung yang paling lapang, thumb control biarkan terbuka sampai karina. Bila diperlukan oropharyngeal suctioning, maka tindakan dilakukan setelah penarikan dari nasopharyngeal selesai dengan mengganti kateter.
- Tutup thumb control dan tarik kateter dengan arah memutar (waktu tidak lebih dari 15-20 detik, dari pertama memasukkan kateter sampai selesai satu tarikan)
- Bersihkan kateter dengan cara kateter dimasukkan ke dalam air atau NaCl steril
- Beri oksigen
- Dengan tangan yang tidak steril matikan mesin dan dengarkan suara nafas klien
- Bila klien masih memerlukan penghisapan lakukan penghisapan seperti prosedur diatas setelah 20-30 detik setelah penghisapan pertama
- Lipat kateter dan pegang dengan tangan steril, kemudian tangan yang tidak steril membuka sarung tangan steril dengan kateter bekas tergulung ke dalamnya dan buang ke tempat yang berisi desinfektan.
- Betulkan kembali posisi klien
- Bersihkan daerah mulut dan hidung klien setelah dilakukan penghisapan

<p>lendir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereskan peralatan • Cuci tangan <p>EVALUASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auskultasi suara nafas • Kenyamanan klien • Periksa respirasi rate dan adanya taanda-tanda sesak nafas <p>DOKUMENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waktu • Jumlah sekret dan karakter sekret • Hasil pemeriksaan suara nafas dan respirasi rate • Nama perawat yang melaksanakan tindakan 	
---	--

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
PEMERIKSAAN EKG**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
	PENGAJIAN		

- Cek perencanaan keperawatan
- Kaji ulang apakah klien perlu tindakan pemeriksaan EKG

PERENCANAAN

- Cuci tangan
- Persiapan alat
 - Alat EKG
 - EKG Jelly
 - Kassa/ tisu
 - Kapas alkohol
 - Bengkok
- Persiapan klien
 - Beri penjelasan mengenai tindakan dan tujuannya
 - Atur posisi klien terlentang datar

IMPLEMENTASI

- Perawat cuci tangan
- Pertahankan privasi klien
- Buka dan longgarkan pakaian atas klien
- Lepaskan asesoris logam klien
- Dengan menggunakan kapas alkohol, bersihkan daerah dada, pergelangan tangan dan kedua tungkai di lokasi pemasangan elektroda, lalu oleskan jelly
- Pasang kedua manset elektroda pada kedua lengan dan tungkai
- Sambungkan kabel pada kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai kaki klien dengan cara :
 - Warna merah pada tangan kanan
 - Warna kuning pada tangan kiri
 - Warna hitam pada kaki kanan
 - Warna hijau pada kaki kiri
- Memasang elektroda dada untuk merekam precordial lead dengan cara :
 - V1 : Intercosta ke 4 ada garis sternum
 - V2 : Intercosta ke 4 pada garis sternum kiri
 - V3 : Pertengahan V2 dan V4
 - V4 : Pada mid klavikula kiri

<ul style="list-style-type: none"> - V5 : Pada axila sebelah kiri depan - V6 : Pada intercosta ke 5 mid axila • Nyalakan mesin EKG • Lakukan kalibrasi 10 mm dengan kecepatan 25 mV/s • Anjurkan klien untuk tidak melakukan pergerakan • Buat rekaman secara berurutan sesuai pemilihan lead • Lakukan kalibrasi kembali setelah rekaman selesai • Bersihkan kembali bekas area pemasangan elektroda dengan tissue/ kassa • Buang sampah pada bungkuk • Buat identitas klien pada hasil rekaman, meliputi nama, umur, nomor RM, tanggal, jam serta nomor lead • Klien dirapikan dan alat dibersihkan • Perawat cuci tangan kembali <p>EVALUASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kenyamanan klien • Periksa tanda-tanda vital klien <p>DOKUMENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waktu • Hasil pemeriksaan pada catatan keperawatan • Nama perawat yang melaksanakan tindakan 	
---	--

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
PERAWATAN TRACHEOSTOMI**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai
----	----------------	-------

	Ya	Tidak
<p>PENGAJIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Cek perencanaan keperawatan lihat dalam status klien ~ Kaji ulang apakah klien perlu tindakan perawatan pada tracheostomi <ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi akan terdengar suara nafas seperti crackles, ronchi basah. - Inspeksi akan terlihat klien sesak - Verband sudah kotor atau kering ~ Kaji posisi tidur klien untuk memposisikan klien pada posisi yang tepat untuk dilakukannya tindakan suctioning bila perlu. <p>PERENCANAAN</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Cuci tangan di air mengalir ~ Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none"> Dalam Bak Steril <ul style="list-style-type: none"> • Dua buah pinset anatomis • Kapas kering • Kain kasa • Lidi kapas • spuit 2 cc lengkap dengan jarumnya Diluar Bak Steril <ul style="list-style-type: none"> • Pinset anatomi satu buah • Suction kateter • Kom berisi air hangat • Kom berisi larutan desinfektan • Gunting verband • B e n g k o k (nierbekken) • Korentang dalam tempatnya • Aquadest steril dalam tempatnya • Betadine 10 % dalam 		

- tempatnya Peterband (tali pengikat tracheos kanul)
 - Verband
 - Mesin penghisap lendir (Slym zuiger/ penghisap lendir)
- ~ Persipan Klien
- Beri penjelasan kepada klien terdiri dari :
 - tindakan yang akan dilakukan,
 - prosedur tindakan yang akan dijalani dan minta persetujuan klien untuk dilakukannya tindakan.
 - Atur posisi sesuai dengan kebutuhan

IMPLEMENTASI

- Pasang pengalas didada klien
- Beri oksigen dengan konsentrasi tinggi, bila klien sebelumnya menggunakan nasal kanul maka berikan O₂ dengan konsentersasi tinggi dari biasanya
- Buka paket steril dan buat area steril
- Siapkan atau tuangkan cairan ke dalam kom steril
- Nyalakan mesin suction
- Pasang sarung tangan steril dengan benar
 - Hand to hand
 - Glove to glove
- Sambungkan kateter dengan selang dari mesin dengan tangan dominan memegang ujung selang dari mesin (Bersih)
- Tes kemampuan mesin untuk menarik cairan dengan menarik cairan atau NaCl steril.
- Lakukan penghisapan lendir dengan cara :
 - Suction kateter dimasukkan ke dalam lubang tracheos kanul.
 - Dengan gerak memutar sedalam 3

– 4 cm kemudian kateter dicabut dan dibilas dengan air hangat sampai bersih.

dilakukan berulang kali sampai lendir tersebut bersih

- Setelah selesai menghisap lendir, suction kateter dibuka dari slang penghisap dan direndam dalam kom yang berisi larutan desinfektan.
- Kain kassa dan peterband pada tracheos kanul yang sudah kotor diangkat dengan menggunakan pinset dan dibuang ke dalam bengkok
- Luka dibersihkan dengan kapas lembab, dan dikeringkan dengan kapas kering, kemudian diolesi larutan betadin dengan memakai lidi kapas.
- Lubang tracheos kanul ditutup dengan kasa lembab, setiap kali diganti apabila sudah kering
- Siapkan kasa penutup luka tracheostomi
- Verband yang bersih dipasang pada tracheos kanul
- Setelah selesai klien dirapikan kembali
- Peralatan dibersihkan, dibereskan dan dikembalikan ke tempat semula.

EVALUASI

- Auskultasi suara nafas apakah sudah ada perbaikan atau belum.
- Kenyamanan klien selama tindakan dan setelah dilakukannya tindakan.
- Periksa respirasi rate dan adanya taanda-tanda sesaknafas, setelah dilakukannya suctioning seharusnya respirasi rate dan suara nafas klien menjadi normal dan klien terbebas dari tanda – tanda sesak nafas.

DOKUMENTASI

- Waktu pelaksanaan tindakan
- Jumlah sekret dan karakter sekret

	<p>terdiri dari warna, konsistensi.</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasil pemeriksaan suara nafas dan respirasi rate• Nama perawat yang melaksanakan tindakan disertai dengan paraf. Ditulis dengan ballpoint tidak boleh menggunakan pensil dan apabila terdapat kesalahan dalam penulisan tidak boleh ditip ex tetapi harus dicoret kemudian coretan tersebut diberi paraf.		
--	--	--	--

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
PERAWATAN WSD**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
	<p>PENGKAJIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cek perencanaan keperawatan klien • Kaji alasan pemasangan wsd untuk klien • Cek kemampuan klien untuk bekerja sama <p>PERENCANAAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan di air mengalir dengan 7 langkah • Persiapan Alat <ul style="list-style-type: none"> Dalam Paket Steril : (head dan hand) <ul style="list-style-type: none"> – Pinset anatomi 2 buah – Pinset chirurgis 1 buah – Kassa steril – Lidi kapas – Kom steril 2 buah Diluar Paket Steril <ul style="list-style-type: none"> – Plester – Gunting plester – Larutan – larutan dalam botol : NaCl, bethadine, wash benzin – Bengkok – Alas dan perlak – Korentang – Bengkok yang berisi desinfektan untuk peralatan <p>IMPLEMENTASI</p> <p>a. Membuka balutan lama</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasang alas di tempat tidur dekat slang 		

WSD yang akan dibersihkan

- Dekatkan bengkok
- Gunting plester sesuai kebutuhan
- Basahi plester dengan wash bensin
- Angkat balutan lama dengan 1 pinset anatomis,
- Buang ke dalam bengkok
- Pinset disimpan di bengkok yang telah diisi oleh desinfektan

b. Membersihkan Luka

- Buka paket steril dengan benar dan buat area steril
- Larutan NaCl atau betadine atau yang diperlukan di tuang ke kom (terlebih dahulu dibuang ke bengkok)
- Bila menggunakan sarung tangan. Sarung tangan dipakai dengan benar
- Ambil Pincet anatomis dan cirurgis
- Kipas dan kassa untuk kompres diperas dan dipersiapkan terlebih dahulu
- Tangan kanan memegang pincet cirurgis dan tangan kiri memegang pincet anatomis, lalu mengambil kapas basah dengan pincet anatomis dan dipindahkan ke pincet cirurgis
- Luka dibersihkan dengan benar dengan cara sirkuler.
- Keadaan luka dikaji (Kemerahan, pembengkakan, sakit, appximation, dscharge, bau)
- Keringkan luka dengan kassa kering yang diambil dengan pincet anatomis kemudian dipindahkan ke pincet cirurgis di tangan kanan
- Luka dihapus dengan betadine
- Luka ditutup dengan kassa (wet to dry), kasa dibuat dengan menggunting bagian tengah kasa (memberi jalan untuk selang WSD agar tidak terlipat) atau dengan melipat kassa mengeliling selang WSD.
- Lakukan Penutupan terhadap luka dengan kasa kompres dan ditutup dengan kasa kering di bagian luar

<ul style="list-style-type: none"> • Luka di beri plester atau dibalut dengan pembalut yang benar dan rapih • Alat-alat dibereskan <p>EVALUASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengemukakan kepada klien mengenai hasil pengkajian • Respon klien <p>DOKUMENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waktu pelaksanaan • Karakteristik luka, apakah luka termasuk luka kotor atau bersih, bagaimana fase penyembuhan luka juga stadium dari luka. • Nama perawat yang melaksanakan 		
---	--	--

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
PENGKAJIAN SISTEM PENDENGARAN**

Nama :

NIM :

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
8.	<p>Persiapan alat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otoskop • Spekulum telinga (pilih yang terbesar) • Garpu tala <p>Persiapan klien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buat klien dewasa duduk selama pemeriksaan • Jelaskan langkah prosedur, terutama saat otoskop dimasukan, dan yakinkan klien bahwa secara normal prosedur ini bebas nyeri <p>Riwayat Kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah klien mengalami nyeri telinga, gatal, keluar cairan, tinitus, vertigo atau perubahan pendengaran ? • Apabila klien mengalami masalah pendengaran saat ini, perhatikan timbulnya, faktor pemberat dan efek pada aktivitas sehari – hari ? • Tentukan apakah klien menggunakan alat bantu pendengaran ? • Apakah klien pernah mengalami pembedahan atau trauma telinga ? • Tentukan keterpaparan klien terhadap bunyi –bunyi keras saat 		

bekerja dan ketersediaan pelindung ?

- Perhatikan perilaku yang menunjukkan kehilangan pendengaran, termasuk kegagalan berespon saat diajak bicara ?
- Tanyakan bagaimana klien secara normal membersihkan telinga ?

Inspeksi dan Palpasi Telinga

- Inspeksi posisi, warna, ukuran, bentuk, dan simetrisitas daun telinga dan bandingkan dengan hasil normal
- Inspeksi liang pendengaran eksternal dan perhatikan adanya cairan atau bau
- Dengan lembut palpasi daun telinga mengenai tekstur, adanya nyeri, pembengkakkan, dan nodul-nodul.
- Palpasi prosesus mastoideus mengenai nyeri, pembengkakkan dan nodul

Pemeriksaan Otoskopik

- Periksa mulut liang terhadap adanya benda asing sebelum memasukan spekulum
- Minta klien agar menghindari gerakan kepala
- Pegang otoskop diantara ibu jari dan telunjuk ditopang dengan jari tengah
- Sisi ulnar tangan diletakkan di atas kepala klien untuk menstabilkan otoskop
- Minta klien untuk memiringkan kepala ke arah bahu yang berlawanan
- Luruskan liang telinga pada klien dewasa dan anak dengan menarik daun telinga ke atas dan ke belakang
- Masukan perlahan spekulum $\frac{1}{4}$ sampai $\frac{1}{2}$ ke dalam liang agak ke bawah dan ke depan. Jangan mengorek liang telinga
- Hindari gerakan tiba-tiba

- Inspeksi liang pendengaran mulai darimeatus sampai ke membran timpani tentang warna, lesi, benda asing, dan serume, atau pengeluaran cairan
- Inspeksi gedang telinga dengan menggerakkan daun telinga

Tes Weber

- Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari tangan yang berlawanan
- Letakkan tangkai dan garpu yang bergetar ditengah puncak kepala klien
- Tanyakan kepada klien apakah bunyi terdengar sama jelas pada kedua telinga atau lebih jelas pada salah satu telinga
- Penilaian :
 - Bila tidak ada laterisasi → Normal
 - Laterisasi ke telinga yang sakit → tuli konduktif
 - Laterisasi ke telinga yang sehat → tuli sensorineural

Tes Rinne

- Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari tangan yang berlawanan
- Sentuhkan tagkai garpu yag bergetar ke prosesus mastoideus klien, hitung intervalnya.
- Tempatkan garpu tala yang masih bergetar ½ - 1 inci dekat meatus eksternal salah satu telinga
- Tanyakan klien kapan bunyi tak terdegar lagi perhatikan jumah waktunya
- Lihat adakah perbedaan waktu, tentukan mana yang lebih panjang
- Penilaian :
 - Bila intensitas AC lebh baik dari

intensitas BC → tes rinne (+) → telinga normal atau tuli sensorinural.

- $AC < B$ → tes rinne (-) → tuli konduktif
- Normal = $AC = BC$ → 2 : 1

Tes Swabach

- Penala digetarkan → letakkan pada prosesus mastoid yang diperiksa
- Bila klien mengatakan sudah tidak mendengar lagi pindahkan pada prosesus mastoid pemeriksa
- Bila pemeriksa masih mendengar → pendengaran klien memendek
- Bila pemeriksa juga tidak mendengar → ulangi tes
- Ulangi pemeriksaan dengan terlebih dahulu dilakukan pada pemeriksa.
- Penilaian :
 - Normal → hantaran melalui tulang (BC) klien sama dengan pemeriksa
 - Memanjang → hantaran tl (BC) klien > panjang dari pemeriksa, artinya telinga klien tuli konduktif
 - Memendek → hantaran tl (BC) klien > pendek dari pemeriksa, artinya telinga klien tuli perseptif (tuli sensorineural)

**FORMAT PENILAIAN UJIAN PRAKTEK
ANALISA GAS DARAH (AGD)**

Nama :.....

NIM :.....

NO	ITEM PENILAIAN	Nilai	
		Ya	Tidak
	<p>PENGKAJIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cek perencanaan keperawatan pasien • Kaji alasan pemeriksaan analisa gas darah • Cek kemampuan pasien untuk bekerja <p>PERENCANAAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan • Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> – S spuit 3 cc atau 5 cc – Kasa – Sarung tangan – Alkohol dan kapas – Tempat alcohol – Heparin – Gabus – Plester – Gunting plester – Bak intrumen – Bengkok – Termometer – ES • Persiapan klien <ul style="list-style-type: none"> – Menjelaskan prosedur dan tujuan 		

pemeriksaan

IMPLEMENTASI

- Mencuci tangan
- Mengucapkan salam
- Menjelaskan prosedur
- Mengatur posisi pasien
- Mengukur suhu tubuh
- Menentukan arteri yang akan ditusuk
- Mengisi spuit dengan heparin yang 3cc dengan heparin 0,1cc (spuit yang sudah ada heparinya)
- Memasang perlak
- Simpan bengkok dekat pasien
- Mendesinfektan daerah yang akan ditusuk
- Menusuk arteri dengan posisi jarum :
 - Radialis 45 derajat
 - Brachialis 60 derajat
 - Femoralis 90 derajat
- Usahakan darah naik sendiri tanpa diaspirasi
- Setelah selesai cabut jarum tekan daerah penusukan 5-15 menit dengan kasa kemudian plester
- Mengeluarkan udara yang ada di jarum dan tusuk jarum ke gabus
- Memasang label identitas pasien, jam pengambilan, suhu, tanggal
- Mengobservasi TTV dan daerah tusukan
- Bereskan alat
- Bahan dikirim ke laboratorium dengan melampirkan formulir lab, catat suhu, jam, nama pasien
- Cuci tangan
- Bila pemeriksaan dikirim ke luar RS sebaiknya bahan pemeriksaan dimasukkan ke dalam plastic yang berisi ES

EVALUASI

- Respon klien

DOKUMENTASI

	<ul style="list-style-type: none">• Waktu pelaksanaan• Nama perawat yang melaksanakan		
--	--	--	--