

**BMP.UKI: YA-26-KMB2-PK-V-2019** 

# PETUNJUK PRAKTIKUM KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH II

# Penyusun:

Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep

Ns. Hasian Leniwita, S.Kep., M.Kep

Ns. Erita, S.Kep., M.Kep

PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN FAKULTAS VOKASI UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA 2019

# **DAFTAR ISI**

KATA PENGANTAR	
BAB I SISTEM PERSYARAFAN	2
Pemeriksaan 12 Syaraf Cranial	2
Pemeriksaan Kaku Kuduk (Tanda Rangsang Meninges)	
Pemeriksaan Sindroma Jebakan	
Pemeriksaan Refleks Fisiologis	
Pemasangan Cervical Collar/Collar Neck	
Test Koordinasi	
Pemeriksaan Refleks Patologis	39
BAB II SISTEM ENDOKRIN	43
Prosedur Tindakan Pemeriksaan Gula Darah	43
Terapi Injeksi Insulin	46
Merawat Luka Dekubitus	50
pemeriksaan Pitting Edema	52
BAB III SISTEM PERKEMIHAN	57
Memasang Kateter	57
Melepas Kateter	
Melakukan Perawatan Kateter	74
Memasang Kondom Kateter	82
Bladder Training	88
BAB IV SISTEM MUSKULOSKELETAL	91
pengkajian Sistem Muskuloskeletal	91
Tes Kekuatan Otot	96
Range Of Motion (Rom)	104
Merawat Pasien Dipasang Traksi Dan Gips	112
Melatih Alat Bantu Tongkat, Kruk, Kursi Roda, Walter Kruk	137
BAB V INTEGUMEN	147

Merawat Luka Bersih	147
Merawat Luka Kotor	150
Irigasi Luka	153
Kompres Luka	156
Perawatan Luka Bakar	159
Pemberian Obat Secara Topikal	167

# **KATA PENGANTAR**

Puji Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas Rahmat dan Anugerah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Petunjuk Praktikum Keperawatan Medikal Bedah II. Materi dalam buku ini disusun penulis dalam rangka memenuhi proses belajar mengajar bagi para dosen dan pendidikan ilmu pengetahuan kepada mahasiswa keperawatan.

Dalam buku ini akan membahas praktikum sistem persyarafan, endokrin, perkemihan, musculoskeletal dan integumen. Penulis akan berusaha memperbaiki bila ada kekurangan dalam buku ini. Penulis menerima setiap kritikan dan masukan agar buku ini menjadi lebih baik dan sempurna pada masa yang akan datang.

Hormat Kami,

Penulis

# **BAB I SISTEM PERSYARAFAN**

# **Pemeriksaan 12 Syaraf Cranial**

Dalam kegiatan belajar praktikum ini akan di jelaskan bagaimana cara melakukan pemeriksaan 12 syaraf cranial. Prosedur ini dilakukan terhadap pasien yang mengalami gangguan sistem persyarafan. Tujuan dari pembelajaran ini adalah memberi pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa dalam melakukan pengkajian 12 syaraf cranial sebagai dasar atau bekal sebelum melakukan asuhan keperawatan pada tatanan nyata di pelayanan kesehatan baik Rumah Sakit maupun klinik.

Sistem ini terdiri dari jaringan saraf yang berada di bagian luar otak dan medulla spinalis. Sistem ini juga mencangkup saraf kranial yang berasal dari otak, saraf spinal, yang berasal dari medulla spinalis dan ganglia serta reseptor sensorik yang berhubungan. Merupakan bagian dari sietem saraf sadar dari 12 pasang saraf, 3 pasang memiliki jenis sensorik (saraf I,II,VIII), 5 pasang jenis motorik (saraf III, IV,VI,XI,XII) dan 4 pasang jenis gabungan (saraf V,VII,IX,X). Pasangan syaraf-syaraf ini diberi nomor sesuai urutan dari depan hingga belakang, saraf-saraf ini terhubung utamanya dengan struktur yang ada di kepala dan leher manusia seperti mata, hidung, telinga, mulut dan lidah. Pasangan I dan II mencuat dari otak besar, sementara yang lainnya mencuat dari batang otak.

# 1. Sistem syaraf kranial terdiri dari:

1) Nervus Olfaktori (N.1)

Fungsi: saraf sensorik, untuk penciuman

2) Nervus Optikus (N. II)

Fungsi: saraf sensorik, untuk penglihatan

3) Nervus Okulomotoris (N.III)

Fungsi : saraf motorik, untuk mengangkat kelopak mata keatas, kontriksi pupil, dan sebagian gerakan ekstraokuler

4) Nervus Trochlearis (N.IV)

Fungsi: saraf motorik, gerakan mata kebawah dan kedalam

5) Nervus Trigeminus (N.V)

Fungsi : saraf motorik, gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, refleks kornea dan refleks kedip

6) Nervus Abdusen (N.VI)

Fungsi: saraf motori, deviasi mata ke lateral

7) Nervus Fasialis (N.VII)

Fungsi: saraf motorik, untuk ekspresi wajah

8) Nervus Vestibulocochlearis (VIII)

Fungsi: saraf sensorik, untuk pendengaran dan keseimbangan

9) Nervus Glosofaringeus (N.IX)

Fungsi: saraf sensorik dan motorik, untuk sensasi rasa

10) Nervus Vagus (N.X)

Fungsi: saraf sensorik dan motorik, refleks muntah dan menelan

11) Nervus Asesorik (N.XI)

Fungsi: saraf motorik, untuk menggerakan bahu

12) Nervus Hipoglosus

Fungsi: saraf motorik, untuk gerakan lidah

# 2. Alat dan Bahan

- 1) Kopi, teh gula, garam
- 2) Asam, snellen chart
- 3) Kapas
- 4) Penlight
- 5) Garputala
- 6) Jam

# 3. Petujuk Umum

- 1) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
- 2) Baca dan pelajari dengan baik modul praktikum yang diberikan
- 3) Ikuti petunjuk yang terdapat pada modul
- 4) Tanyakan kepada dosen bila ada hal-hal yang tidak dipahami atau kurang dimengerti

# 4. Keselamatan Kerja

1) Pusatkan pertanyaan pada pekerjaan yang dilakukan

- 2) Susun dan letakkan peralatan atau bahan pada tempat yang mudah dijangkau
- 3) Pakailah alat dan bahan sesuai dengan fungsinya
- 4) Perhatikan setiap langkah

# 5. Langkah Kerja

No	Langkah Pengerjaan dan key	Ilustrasi gambar
	point	
1	Menyiapkan alat dan bahan	
2	Menyapa pasien atau keluarga dan	
	memperkenalkan diri	
3	Informed consent:	
	Menjelaskan tujuan tindakan yang	
	dilakukan	
4	Menjaga privasi klien : tutup	
	sampiran	
5	Cuci tangan efektif 7 langkah,	
	menggunakan sabun, dibawah air	
	mengalirkan dan dikeringkan	
6	Memulai p	pemeriksaan sistem syaraf
7	I (olfaktorius)	
	Sensasi terhadap bau-bauan	
	Pemeriksaan:	
	Dengan mata tertutup, pasien	
	diperintahkan mengidentifikasi	
	bau yang sudah dikenali (kopi,teh)	
	masing-masing lubang hidung di	
	uji secara terpisah	
8	II (optikus)	
	Ketajaman penglihatan	
	Pemeriksaan:	
	Pemeriksaan dengan snellen chart,	
	lapang pandang pemeriksaan	
	oftalmoskopi	

9 III (okulomotorius)

IV (troklear)

VI (abdusen)

Fungsi saraf cranial III, IV dan VI dalam pengaturan gerakan-gerakan mata; SK III turut dalam pengaturan gerakan kelopak mata, kontriksi otot pada pupil dan otot siliaris dengan mengontrol akomodasi pupil

Pemeriksaan:

Kaji rotasi ocular, mengkonjungsikan gerakan nistagmus kaji refleksi pupil dan periksa kelopak mata terhadap ptosis

10 V (trigeminal)

Sensasi pada wajah, reflek kornea, mengunyah pemeriksaan:

Anjurkan pasien menutup kedua mata, sentuhkan kapas pada dahi pipi dan dagu. Bandingkan kedua sisi yang berlawan sensitifitas terhadap nyeri pada daerah diuji permukaan dengan menggunakan benda runcing dan diakhiri dengan spatel lidah yang tumpul. Lakukan pengujian dengan benda-benda tajam dan tumpul secara bergantian. Catat masing-masing gerakan tusukan benda tajam dan tumpul. Jika responnya tidak sesuai uji

	sensasi suhu dengan tabung kecil
	yang berisi air panas atau dingin
	dan gunakan saling bergantian.
	Pada saat pasien melihat ke atas,
	lakukan sentuhan ringan dengan
	sebuah gumpalan kapas kecil di
	daerah temporal masing-masing
	kornea. Bila terjadi kedipan mata,
	keluarnya air mata merupakan
	respon yang normal. Pegang
	daerah rahang pasien dan rasakan
	gerakan dari sisi ke sisi.
	Palpasi otot maseter dan temporal,
	apakah kekuatannya sama atau
	tidak.
11	
11	VII (fasial)
	Gerakan otot wajah, ekspresi
	wajah sekresi air mata dan ludah,
	rasa kecap dua pertiga anterior
	lidah
	Pemeriksaan:
	Observasi simetrisitas gerakan
	wajah saat tersenyum, bersiul,
	mengangkat alis, mengerutkan
	dahi saat menutup mata rapat-rapat
	(juga saat membuka mata)
	observasi apakah wajah
	mengalami paralisis flaksid
	(lipatan dangkal nasolabial) pasien
	mengeksensikan lidah kemampuan
	lidah membedakan rasa gula dan
	garam/asam
	garani asani
12	VIII (vootibulakaklaar)
12	VIII (vestibulokoklear)

	TZ	
	Keseimbangan dan pendengaran	
	uji bisikan suara dan bunyi detak	
	jam	
	Uji untuk lateralisasi (Weber)	
	Uji untuk konduksi udara dan	
	tulang (Rinne)	
13	IX (glosofaringeus)	
	Rasa kecap sepertiga lidah bagian	
	posterior	
	Pemeriksaan:	
	Kaji kemampuan pasien untuk	
	membedakan rasa gula dan garam	
	pada sepertiga bagian posterior	
	lidah	
14	X (vagus)	
	Kontraksi taring, gerakan simetris	
	dari pita suara, gerakan simetris	
	palatum mole, gerakan dan sekresi	
	visera torakal dan abdominal	
	Pemeriksaan:	
	Tekan spatel lidah pada lidah	
	posterior atau menstimulasi faring	
	posterior untuk menimbulkan	
	reflex menelan, adanya suara	
	serak, minta pasien mengatakan	
	"ah", observasi terhadap	
	peninggian uvula simetris dan	
	palatum mole	
15	XI (aksesorius spinal)	
	Gerakan otot stemokleidomastoid	
	dan trapazius	
	-	

	Pemeriksaan:
	Palpasi dan catat kekuatan otot
	trapazius pada saat pasien
	mengangkat bahu sambil
	dilakukan penekanan palpasi dan
	catat kekuatan otot
	stemokleidomastoid pasien saat
	memutar kepala sambil dilakukan
	penahanan dengan tangan penguji
	ke arah berlawanan
16	XII (hipoglosus)
	Gerakan lidah
	Pemeriksaan:
	Bila pasien menjulurkan lidah
	keluar, terdapat deviasi atau
	tremor, kekuatan lidah di kaji
	dengan cara pasien menjulurkan
	lidah dan menggerakan ke
	kiri/kanan sambil di beri tahanan
17	Pengkajian selesai, rapikan pasien
	dan memberikan posisi senyaman
	mungkin
18	Membereskan alat
19	Mengevaluasi hasil tindakan :
	Menanyakan respon pasien
20	Berpamitan dengan pasien
21	Mencuci tangan
22	Mendokumentasikan kegiatan
	yang telah dilakukan
	Key Point:
	Catat waktu, tindakan yang
	dilakukan, tanda tangan
	ı

# 6. Evaluasi

- 1) Mahasiswa mampu mempersiapkan alat secara lengkap
- 2) Mahasiswa mampu melakukan pengkajian saraf kranial secara sistematis dan setiap langkah-langkah dilakukan secara tepat
- 3) Mahasiswa memperhatikan tingkat kenyamanan pasien dan privasinya selama prosedur
- 4) Mahasiswa wajib berlatih dengan menggunakan panduan modul praktikum pada jam praktikum mandiri

# PEMERIKSAAN KAKU KUDUK (TANDA RANGSANG MENINGES)

#### **PENGERTIAN**

Rangsangan selaput otak adalah gejala yang timbul akibat peradangan pada selaput otak (meningitis) atau adanya benda asing pada ruang suarachnoid (darah), zat kimia (kontras) dan invasi neoplasma (meningitis carcinoma). Manifestasi subyektif adalah sakit kepala, kuduk kaku, fotofobia dll.

Yang perlu diperhatikan adalah timbulnya gejala yang disebut meningismus, yaitu pada pemeriksaan fisik terdapat rangsangan selaput otak, tetapi tidak ada proses patologis di daerah selaput otak tersebut melainkan di luar kranium (misalnya mastoiditis)

# **DASAR TEORI**

Adanya penyakit yang menyebabkan iritasi pada meninges akan menyebabkan timbulnya tanda rangsang meninges. Pemeriksaan tanda rangsang meninges yang diajarkan pada manual ini antara lain: pemeriksaan kaku kuduk, Kernig's sign, Brudzinski I, II, III, da

Proses iritasi meninges yang menimbulkan gambaran meningismus (kaku kuduk) terjadi akibat refleks spasme otot-otot paravertebral. Posisi medulla spinalis yang terletak di bagian belakang vertebra membuat medulla spinalismeregangapabilaterjadigerakanfleksi. Oleh karena batang otak relative terfiksir, menyebabkan hanya medulla spinalis dan menginges yang inflamasi semakin tertarik keatas. Regangan maksimal terjadi pada struktur paling bawah dari vertebra, seperti nervus femoralis dan nervus sciatik yang melalui cauda ekuina. Pada pasien dengan inflamasi dan iritasi meninges, peregangan pada struktur yang mengalami inflamasi memberikan stimulasi pada radiks nervus afferent dan kemudian pada pusat refleks intraspinal. Stimulasi ini mengakibatkan impuls tonik pada muskulus aksialis posterior yang menimbulkan spasme muskulus ekstensor sebagai mekanisme protektif. Manifestasi klinis dari spasme otot inilah yang disebut kaku kuduk, oleh karena manuver yang meregangkan elemen neural dan meninges pada canalis spinalis memberikan mekanisme protektif untuk meminimalisir tekanan pada struktur yang terinflamasi. Sebagai contoh, spasme otot servikal menimbulkan kaku kuduk, dan spasme otot-otot lumbal bermanifestasi sebagai

Meskipun meningeal sign sangat indikasi untuk mendiagnosis meningitis, tetapi hal tersebut tidaklah patognomonik. Meningitis bacterial mempunyai kontribusi sekitar 30% dari kasus dengan tanda meningeal, virus 13%, pneumonia 8%, infeksi bakteri lain 2% dan infeksi saluran napas atas dan penyakit autoimun

46% dari kasus yang ada. Adanya rangsang meningeal menandakan adanya gejala iritasi mengingeal.

# Sasaran Belajar:

Setelah mengikuti proses belajar ini mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan patomekanisme kuduk kaki, penyakit-penyakit yang menyebabkan kuduk kaku, dan pemeriksaan klinis kaku kuduk.

#### SASARAN PEMBELAJARAN

- Memberi pengetahuan dan keterampilan mengenai gejala dan cara pemeriksaan tanda rangsang menings.
- Menentukan penyebab timbulnya tanda rangsang menings sehingga dapat membedakan apakah gejala tersebut adalah suatu meningismus.
- Memberikan penanganan awal serta persiapan rujukan pasien.

#### **MEDIA DAN ALAT BANTU**

• Penuntun belajar

# STRATEGI DAN CARA PELATIHAN

Demonstrasi kompetensi sesuai dengan penuntun belajar.

# PENUNTUN PEMBELAJARAN KETERAMPILAN RANGSANG MENINGES

	LANGKAH KLINIK PEMERIKSAAN			
NO	TANDA RANGSANG MENINGES	KASUS		
	A. KAKU KUDUK	1	2	3
1.	Pemeriksa berada di sebelah kanan pasien. Mintalah			
	pasien berbaring telentang tanpa bantal.			
2	Tempatkan tangan kiri di bawah kepala pasien yang			
	sedang berbaring, tangan kanan berada diatas dada			
	pasien.			
3.	Rotasikan kepala pasien ke kiri dan ke kanan untuk			
	memastikan pasien sedang dalam keadaan rileks .			
4.	Tekukkan (fleksikan) kepala pasien secara pasif dan			
	usahakan agar dagu mencapai dada.			
5	Melakukan Interpretasi:			
	Kaku kuduk negatif (normal)			
	Kaku kuduk positif (abnormal) bila terdapat			
	tahanan atau dagu tidak mencapai dada.			
	<ul> <li>Meningismus apabila pada saat kepala dirotasikan</li> </ul>			
	ke kiri, ke kanan, dan di-fleksi-kan, terdapat			
	tahanan.			
	B. KERNIG'S SIGN	1	2	3
1.	Pasien berbaring telentang. Pemeriksa berada di			
	sebelah kanan pasien.			
2.	Fleksikan salah satu paha pasien pada persendian			
	panggul sampai membuat sudut 90 derajat.			
3.	Ekstensikan tungkai bawah sisi yang sama pada			
	persendian lutut sampai membuat sudut 135 derajat			
	atau lebih.			
4.	Lakukan Interpretasi:			
	Kernig'stif (=sign:Normal,apabilanegaektensi lutut			
	mencapai minimal 135 derajat)			
	Kernig's signbnormal, yaituapabilapositiftidak (			
	dapat mencapai 135 derajat atau terdapat rasa nyeri.			
5.	Lakukan hal yang sama untuk tungkai sebelahnya dan			
	interpretasikan hasilnya.			
	C. BRUDZINSKI I	1	2	3
1.	Pasien berbaring telentang tanpa bantal kepala.			
	Pemeriksa berada di sebelah kanan pasien.			
2.	Letakkan tangan kiri di bawah kepala, tangan kanan di			

	atas dada kemudian lakukan fleksi kepala dengan cepat			
	kearah dada pasien sejauh mungkin.			
3.	Lakukan Interpretasi :			
	Brudzinski I negatif (Normal) bila pada saat fleksi			
	kepala, tidak terjadi fleksi involunter kedua tungkai			
	pada sendi lutut			
	Brudzinski I positif (abnormal) bila terjadi fleksi			
	involunter kedua tungkai pada sendi lutut.			
	D. BRUDZINSKI II	1	2	3
1.	Pasien berbaring telentang. Pemeriksa berada di			
	sebelah kanan pasien.			
2.	Fleksikan satu tungkai pada sendi lutut,			
	kemudiansecara pasif lakukan fleksi maksimal pada			
	persendian panggul, sedangkan tungkai yang satu			
	berada dalam kedaan ekstensi (lurus).			
3	Lakukan Interpretasi :Brudzinski II positif (abnormal)			
	bila tungkai yangdalam posisi ekstensi terjadi fleksi			
	involunter pada sendi panggul dan lutut. Brudzinski II			
	negatif (normal) apabila tidak terjadi apa-apa.			
4	Lakukan hal yang sama untuk tungkai yang satunya.			
	Interpretasikan hasil pemeriksaan Anda.			
	E. BRUDZINSKI III	1	2	3
1.	Pasien berbaring telentang. Pemeriksa berada di			
	sebelah kanan pasien.			
2.	Lakukan penekanan padakedua os zygomatikus kiri dan			
	kanandengan menggunakan ibu jari pemeriksa.			
3.	Lakukan Interpretasi:			
	Brudzinski III positif (abnormal) apabila terjadi fleksi			
	involunter kedua ekstremitas superior pada sendi siku.			
	Brudzinski III negatif (normal) apabila tidak terjadi apa-			
	apa saat penekanan os zygomaticus.			
	F. BRUDZINSKI IV	1	2	3
1.	Pasien berbaring telentang. Pemeriksa berada di			
	sebelah kanan pasien.			
2.	Lakukan penekananpada symphysis os pubis dengan			
	tangan kanan pemeriksa.			
3.	Lakukan Interpretasi:			
	Brudzinski IV positif (abnrmal) apabila terjadi fleksi			
	involunterkedua tungkai pada sendi lutut. Brudzinski IV			
	negatif (normal) apabila tidak terjadi apa-apa.			

#### PEMERIKSAAN SINDROMA JEBAKAN

#### **PENGERTIAN**

Sindroma jebakan yang sering disebut juga sebagai neuropati akibat penekanan/kompresi atau entrapment neuropathies adalah suatu kondisi dimana terjadi neuropati akibat kompresi yang lama atau cedera mekanik pada daerah tertentu. Contoh sindroma jebakan yang paling sering kita dapatkan adalah carpal tunnel syndrome dan tarsal tunnel syndrome serta sciatika atau iskialgia.

#### DASAR TEORI

# CARPAL TUNNEL SYNDROME (SINDROMA TEROWONGAN KARPAL)/CTS

Sindroma terowongan Karpal adalah entrapment neuropathy yang paling sering terjadi. Sindroma ini terjadi akibat adanya tekanan terhadap nervus medianus pada saat melewati terowongan karpal di pergelangan tangan. Beberapa penyebabnya telah diketahui seperti trauma, infeksi, gangguan endokrin dan lain-lain, tetapi sebagian tidak diketahui penyebabnya. Penggunaan tangan/pergelangan tangan yang berlebihan dan berulang diduga berhubungan dengan terjadinya sindroma ini. Gejala awal umumnya berupa gangguan sensorik (nyeri, rasa tebal, parastesia dan tingling). Gejala motorik akan dijumpai pada stadium lanjut dan umumnya berupa atrofi otot thenar.

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala klinis, pemeriksaan fisik yang didukung oleh pemeriksaan elektrodiagnostik, radiologi dan laboratorium. Pemeriksaan fisik yang baik dan benar akan memudahkan dalam menegakkan diagnosis penyakit. Terdapat beberapa tes provokasi untuk membantu menegakkan diagnosis penyakit ini di antaranya adalah Phalen test dan Tinnel test.

# TARSAL TUNNEL SYNDROME (SINDROMA TEROWONGAN TARSAL)/TTS

Sindroma terowongan Tarsal disebut juga neuralgia tibialis posterior adalah neuropati akibat penekanan dan menimbulkan nyeri pada kaki yang disebabkan oleh tekanan nervus tibialis pada saat melewati terowongan tarsal. Terowongan ini terdapat pada bagian dalam dari tungkai/kaki kanan di belakang malleolus medialis.

Pasien dengan TTS umumnya mengeluh berupa rasa baal/kram pada kaki yang menjalar ke ibu jari kaki dan 3 jari berikutnya. Rasa nyeri, terbakar, sensasi seperti kesetrum listrik pada telapak kaki dan tumit. Penyebab yang umum

adalah trauma, vena varikosa, neuropati atau adanya kompresi akibat kelainan anatomi pada daerah sekitar terowongan tarsal.

Diagnosis ditegakkan berdasarkan pemeriksaan fisik, radiologi dan neurofisiologi. Berdasarkan riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik yaitu Tinel's sign adalah langkah awal untuk melakukan evaluasi lebih lanjut pada pasien dengan seperti ini.

# SCIATICA (SIATIKA)/ISKHIALGIA

Sciatika (siatika) adalah rasa nyeri yang menjalar dari punggung bawah hingga ke paha, betis, tumit dan telapak kaki baik pada satu sisi maupun kedua sisi kaki. Rasa nyeri tersebut bisa "tumpul" seperti kram atau "tajam" seperti ditusuk-tusuk dan terbakar, terus-menerus atau pun hilang-timbul tetapi semakin lama semakin parah sakitnya. Rasa nyeri dapat meningkat saat penderita duduk, batuk, bersin atau tertawa. Sebaliknya, berjalan, berbaring, dan gerakan yang meregangkan tulang punggung (seperti mengangkat bahu) mungkin menguranginyeri.

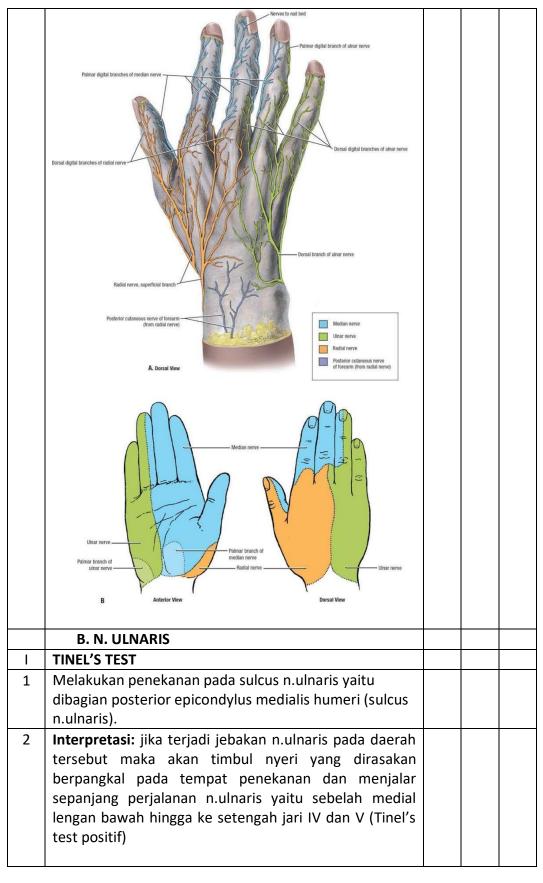
Sciatika disebabkan oleh iritasi atau peradangan nervus (neuropati/radikulopati) sciatic/iskhiadikus, saraf terbesar dan terpanjang dalam tubuh yang menjalar dari punggung bawah melewati belakang sendi panggul dan bercabang hingga ke kedua belah paha, betis, tumit dan telapak kaki. Neuropati/radikulopati sciatic dapat disebabkan oleh hernia nucleus pulposus pada discus intervertebralis, sindroma piriformis (terjadi ketika otot piriformis) menjadi kaku dan tegang sehingga menekan dan mengiritasi nervus sciatic, lumbar spinal stenosis (terjadi karena penyempitan kanalis spinalis pada daerah punggung bawah yang menekan nervus sciatic, spondilolistesis dan lain-lain.

Untuk menegakkan diagnosis apa yang menjadi penyebab dari keluhan ini berdasarkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik (antara lain pemeriksaan motorik, sensorik dan test-test khusus seperti Laseque test) dan pemeriksaan radiologik. Tanda Lasegue adalah salah satu tanda yang didapatkan pada pemeriksaan Laseque test berupa rasa nyeri menjalar yang dimulai dari bokong dan mengikuti persarafan nervus sciatic.

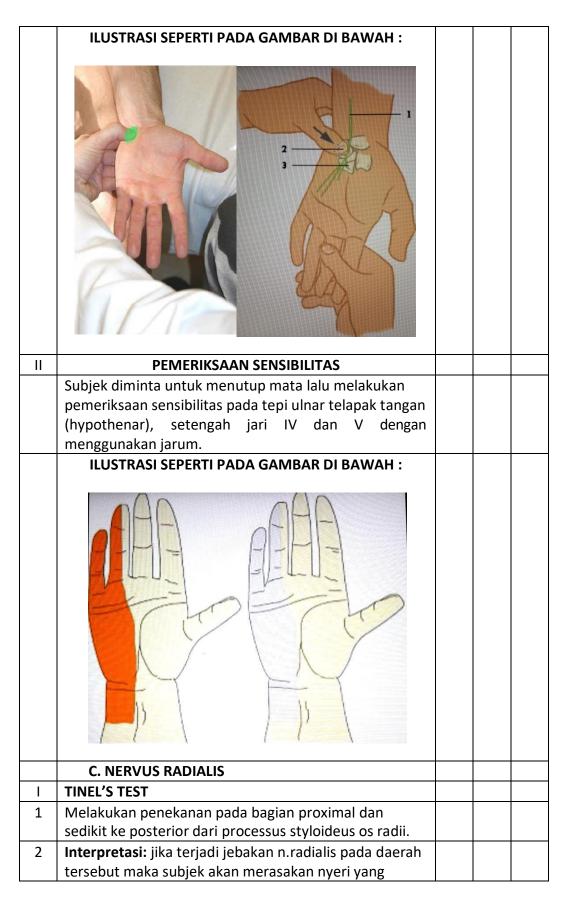
# PENUNTUN PEMBELAJARAN KETERAMPILAN PEMERIKSAAN SINDROMA JEBAKAN

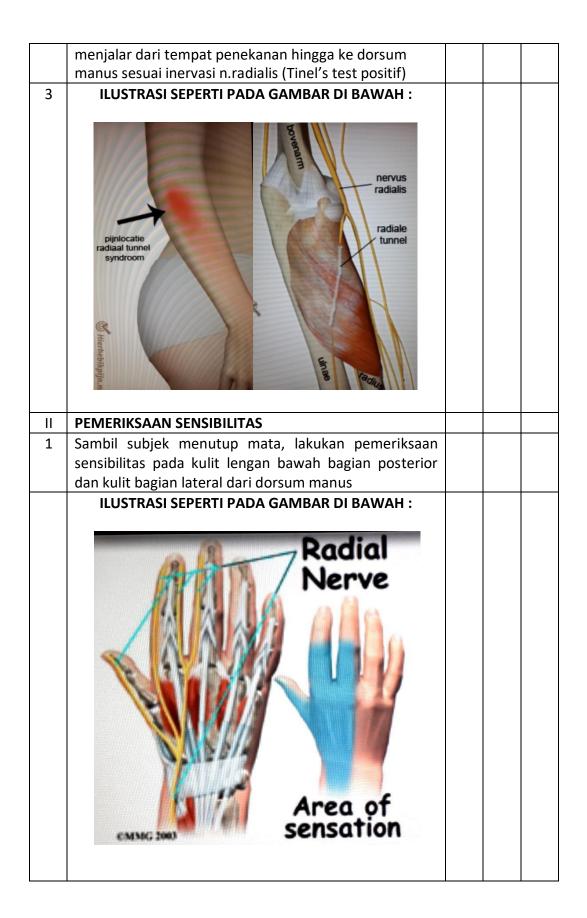
NO	LANGKAH KLINIK PEMERIKSAAN	KASUS		
NO	SINDROMA JEBAKAN		_	
	A. NERVUS MEDIANUS			3
<u> </u>	TINEL'S TEST			
1	Melakukan penekanan pada pertengahan ligamentum			
_	carpi transversum (volare)			
2	Interpretasi: Tinel's test positif jika timbul nyeri yang menjalar dari tempat penekanan hingga ke daerah sesuai inervasi nervus medianus (jari I, jari II, Jari III dan setengah jari IV)			
3	ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DI BAWAH :			
П	PHALEN'S TEST			
1	Melakukan hiperflexi pada pergelangan tangan dengan mempertemukan kedua punggung tangan (dorsum manus).			
2	Interpretasi: Jika timbul nyeri yang menjalar sesuai inervasi n.medianus berarti phalent's test positif yaitu terdapat penekanan n.medianus pada canalis carpi (carpal tunnel)			

3	Hiper-fleksi pada pergelangan tangan menimbulkan parestesia dan nyeri sepanjang perjalanan n. medianus.		
III	PEMERIKSAAN SENSIBILITAS		
1	Klien diminta untuk menutup mata kemudian melakukan pemeriksaan sensibilitas pada jari I, II, III dan½jariIVpadabagianvolarmanusdengan menggunakan jarum.		
2	Interpretasi: terdapat gangguan sensibilitas jika subjek		
	merasa kurang rasa atau tidak sama sekali		
	(hipestesi/anestesi)		
3	ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DI BAWAH :		



3	ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DI BAWAH :		
	ulnar nerve after re-routing  ulnar nerve (normal position)  medial epicondyle connective tissue band point of elbow		
	druk op de n. ulnaris in de sulcus kan tinteling geven in de hand (pinkzijde)		
	TINEL'S TEST (CARA LAIN)		
1	Tinel's test dapat juga dilakukan dengan melakukan penekanan pada tepi lateral os pisiformis (Guyan's canal).		
2	Interpretasi: jika terjadi jebakan n.ulnaris pada daerah Guyan's canal maka subjek akan merasakan nyeri yang menjalar dari tempat penekanan hingga ke jari V dan setengah jari IV (Tinel's test positif)		
3			





	D. NERVUS SCIATIKA (NERVUS ISKHIADIKUS)		
ı	LASEQUE'S TEST (STRAIGH LEG RAISE)		
1	Klien berbaring pada meja pemeriksaan dengan kedua tungkai diluruskan (diekstensikan).		
2	Kemudian mengangkat tungkai subjek sambil mempertahankan lutut tetaplurus. Pada orang nomal, subjek tidak merasakan nyeri dan tahanan hingga sudut 70°.		
3	Interpretasi: jika subjek merasakan nyeri menjalar dari bokong hingga ke tungkai sesuai dengan inervasi n.ischiadicus sebelum mencapai 70° dikatakan laseque's test positif yang biasanya didapatkanpada penderita herniasi discus L5, S1 atau S2.		
	INTERPRETASI SEPERTI PADA GAMBAR DI BAWAH:		

#### PEMERIKSAAN REFLEKS FISIOLOGIS

#### **PENGERTIAN**

Refleks adalah jawaban terhadap suatu perangsangan. Gerakan yang timbul namanya gerakan reflektorik. Semua gerakan reflektorik merupakan gerakan yang bangkit untuk penyesuaian diri, baik untuk menjamin ketangkasan gerakan volunter, maupun untuk membela diri. Bila suatu perangsangan dijawab dengan bangkitnya suatu gerakan, menandakan bahwa daerah yang dirangsang dan otot yang bergerak secara reflektorik terdapat suatuhubungan.

#### **DASAR TEORI**

Refleks neurologik bergantung pada suatu lengkungan (lengkung refleks) yang terdiri atas jalur aferen yang dicetus oleh reseptor dan sistem eferen yang mengaktifasi organ efektor, serta hubungan antara kedua komponen ini. Bila lengkung ini rusak maka refleks akan hilang. Selain lengkungan tadi didapatkan pula hubungan dengan pusat-pusat yang lebih tinggi di otak yang tugasnya memodifikasi refleks tersebut. Bila hubungan dengan pusat-pusat yang lebih tinggi di otak yang tugasnya memodifikasi refleks tersebut. Bila hubungan dengan pusat yang lebih tinggi ini terputus, misalnya karena kerusakan pada sistem piramidal, hal ini akan mengakibatkan refleksmeninggi.

Bila dibandingkan dengan pemeriksaan-pemeriksaan lainnya, misalnya pemeriksaan sensibilitas, maka pemeriksaan refleks kurang bergantung kepada kooperasi pasien. Ia dapat dilakukan pada orang yang kesadarannya menurun, bayi, anak, orang yang rendah inteligensinya dan orang yang gelisah. Dalam sehari-hari kita biasanya memeriksa 2 macam refleks fisiologis yaitu refleks dalam dan relekssuperfisial.

#### Refleks dalam (refleks regang otot)

Refleks dalam timbul oleh regangan otot yang disebabkan oleh rangsangan, dan sebagai jawabannya maka otot berkontraksi. Refleks dalam juga dinamai refleks regang otot (muscle stretch reflex). Nama lain bagi refleks dalam ini ialah refleks tendon, refleks periosteal, refleks miotatik dan refleksfisiologis.

# **Refleks superfisialis**

Refleks ini timbul karena terangsangnya kulit atau mukosa yang mengakibatkan berkontraksinya otot yang ada di bawahnya atau di sekitarnya. Jadi bukan karena teregangnya otot seperti pada refleks dalam. Salah satu contohnya adalah refleks dinding perut superfisialis (refleksabdominal).

#### Tingkat jawaban refleks

Jawaban refleks dapat dibagi atas beberapa tingkat yaitu:

(negatif) : tidak ada refleks samasekali
 ± :kurang jawaban, jawabanlemah

- + : jawabannormal

- ++ : jawaban berlebih, refleksmeningkat

#### **TUJUAN PEMBELAJARAN**

Mahasiswa memilki pengetahuan dan keterampilan mengenai cara pemeriksaan refleks baik refleks fisiologis maupun refleks patologis.

#### **SASARAN PEMBELAJARAN**

Setelah melakukan latihan keterampilan ini, mahasiswa:

- 1. Dapat melakukan persiapan alat/bahan denganbenar
- 2. Dapatmemberikanpenjelasanpadaklienataukeluarganyatentangapayang akan dilakukan, alat yang dipakai, bagaimana melakukan, apa manfaatnya, serta jaminan atas aspek keamananan dan kerahasiaan dataklien.
- 3. Dapat melakukan pemeriksaan refleks fisiologis dengan benar dantepat
- 4. Dapat melakukan pemeriksaan refleks patologis dengan benar dantepat

#### **MEDIA DAN ALAT BANTU**

- Penuntun Belajar
- HammerRefleks

# **METODEPEMBELAJARAN**

Demonstrasi kompetensi sesuai dengan Penuntun Belajar.

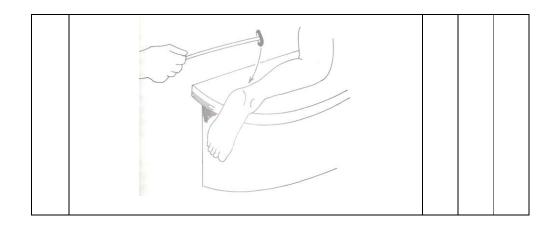
# PENUNTUN PEMBELAJARAN KETERAMPILAN PEMERIKSAAN REFLEKS FISIOLOGIS

# REFLEKS DALAM (REFLEKS REGANG OTOT)

NO	LANGKAH / KEGIATAN	KASUS		5
A. PE	MERIKSAAN REFLEK BISEPS	1	2	3
1	Mintalah klien berbaring telentang dengan santai			
2	Fleksikanlah lengan bawah klien di sendi siku			
3	Letakkanlah tangan klien di daerah perut di bawah			
	Umbilikus			
4	Letakkanlah ibu jari pemeriksa pada tendo biseps klien			
	lalu ketuklah tendo tersebut palu			
	ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DI BAWAH:			
	MERIKSAAN REFLEKS TRISEPS	1	2	3
1	Mintalah klien berbaring dengan santai			
2	Fleksikan lengan bawah klien di sendi siku dan tangan			
	sedikit dipronasikan			
3	Letakkanlah tangan klien di daerah perut di atas			
	umbilikus			
4	Ketuklah tendo otot triseps pada fosa olekrani			

	ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DI BAWAH :			
	MERIKSAAN REFLEKS BRAKHIORADIALIS	1	2	3
1	Mintalah klien berbaring dengan santai			
2	Posisikan lengan bawah klien dalam posisi setengah			
	fleksi dan tangan sedikit dipronasikan			
3	Mintalah klien untuk merelaksasikan lengan bawahnya			
	sepenuhnya			
4	Ketuklah pada processus styloideus			
	ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DI BAWAH :			
D. PI	EMERIKSAAN REFLEKS PATELLA	1	2	3
<b>D. P!</b>		1	2	3
	Mintalah klien berbaring telentang dengan santai	1	2	3
1	Mintalah klien berbaring telentang dengan santai Letakkan tangan pemeriksa di belakang lutut	1 1	2	3
1 2	Mintalah klien berbaring telentang dengan santai			

	ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DI BAWAH :			
	All			
-	MERIKSAAN REFLEKS ACHILLES	1	2	3
1	Mintalah klien berbaring dengan santai			
2	Fleksikan tungkai bawah sedikit, kemudian pegang kaki			
	pada ujungnya untuk memberikan sikap dorsofleksi			
3	ringan pada kaki Ketuklah pada tendo achilles			
4	Lakukan cuci tangan rutin			
	ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DI BAWAH :			
	CHSSS CHSSS			



#### PROSEDUR PEMASANGAN CERVICAL COLLAR/COLLAR NECK

#### A. Pengertian

Pemasangan neck collar adalah memasang alat neck collar untuk immobilisasi leher (mempertahankan tulang servikal). Salah satu jenis collar yang banyak digunakan adalah SOMI Brace (Sternal Occipital Mandibular Immobilizer). Namun ada juga yang menggunakan Xcollar Extrication Collar yang dirancang untuk mobilisasi (pemindahan pasien dari tempat kejadian kecelakaan ke ruang medis). Namun pada prinsipnya cara kerja dan prosedur pemasangannya hampir sama.

#### B. Tujuan

- 1. Mencegah pergerakan tulang servik yang patah (proses imobilisasi serta mengurangi kompresi pada radiks saraf)
- 2. Mencegah bertambahnya kerusakan tulang servik dan spinal cord
- 3. Mengurangi rasa sakit
- 4. Mengurangi pergerakan leher selama proses pemulihan

#### C. Indikasi

Digunakan pada pasien yang mengalami trauma leher, fraktur tulang servik.C collar di pasangkan untuk pasien 1 kali pemasangan. Penggunaan ulang C Collar tidak sesuai dengan standar kesehatan dan protap.

#### D. Prosedur

Persiapan

- 1. Alat:
  - Neck collar sesuai ukuran
  - Bantal pasir
  - Handschoen

#### 2. Pasien:

- Informed Consent

- Berikan penjelasan tentang tindakan yang dilakukan

Posisi pasien : terlentang, dengan posisi leher segaris / anatomi

3. Petugas: 2 orang

# Pelaksanaan (secara umum):

1) Petugas menggunakan masker, handschoen

2) Pegang kepala dengan cara satu tangan memegang bagian kanankepala mulai dari mandibula kearah temporal, demikian juga bagian sebelah kiri dengan tangan yang

lain dengan cara yang sama.

3) Petugas lainnya memasukkan neck collar secara perlahan ke bagian belakang leher

dengan sedikit melewati leher.

4) Letakkan bagian neck collar yang bertekuk tepat pada dagu.

5) Rekatkan 2 sisi neck collar satu sama lain

6) Pasang bantal pasir di kedua sisi kepala pasien

#### Hal-hal yang perlu diperhatikan:

1) Catat seluruh tindakan yang dilakukan dan respon pasien

2) Pemasangan jangan terlalu kuat atau terlalu longgar

# Waktu pemakaian:

Collar digunakan selama 1 minggu secara terus-menerus siang dan malam dan diubah secara intermiten pada minggu II atau bila mengendarai kendaraan. Harus diingat bahwa tujuan imobilisasi ini bersifat sementara dan harus dihindari akibatnya yaitu diantaranya berupa atrofi otot serta kontraktur. Jangka waktu 1-2 minggu ini biasanya cukup untuk mengatasi nyeri pada nyeri servikal non spesifik. Apabila disertai dengan iritasi radiks saraf, adakalanya diperlukan waktu 2-3 bulan.

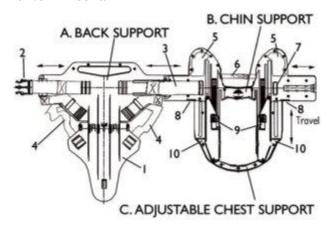
Hilangnya nyeri, hilangnya tanda spurling dan perbaikan defisit motorik dapat dijadikan indikasi pelepasan collar.

# Unit pelaksana/terkait:

- 1. Instalasi Gawat Darurat
- 2. Rekam Medik
- 3. Radiologi
- 4. I.P.S.R.

# • Bentuk Cervical Collar

# Bentuk X collar



#### A. BACK SUPPORT

- 1. Back Extension
- 2. Buckle and Buckle Strap
- 3. Right side strap
- 4. X Straps

#### **B. CHIN SUPPORT**

- 5. Color Coded Velcro
- 6. Chin Strap
- 7. Buckle Receiver
- 8. Upper Tabs

# C. ADJUSTABLE CHEST SUPPORT

- 9- Locking Buttons
- 10- Push Tabs

HARD CERVICAL COLLAR:

Restric cervical spine movement to promote recovery, latex free, non Toxic and hypo

allergenic Adjustable Bilateral Velcro hook and Loop fastener insure proper fit.

Bahan Plastozote foam mencegah iritasi kulit

Indikasi: Cedera Leher (Emergency), Wishplash Injury, Simple bone fracture,

dislocated bone fracture, vertebra dislocated cervical; after cervical vertebra stretch

treatment, cervical vertebra rheumatism joint inflammation caused bone dislocation risk,

neck degenerate diseases etc.

SOFT CERVICAL COLLAR

Support cervical

High quality foam

Removable

Washable

Indikasi: Cidera Leher ringan (mild neck injury)

32



Prosedur pemasangan X Collar (secara rinci)

# Untuk posisi netral

- 1. Sediakan Xcollar
- 2. Tarik, dan pastikan lebih panjang lalu buka lipatan sisi belakang
- 3. Sebelum memposisikan X Collar ke leher pasien, lakukan resusitasi manual (imobilisasi leher) terlebih dulu
- 4. Pegang X collar dengan 1 tangan dari atas punggung. X collar diposisikan sedekat mungkin dengan kulit atau punggung pasien. Hindari menempatkannya di lipatan pakaian
- 5. Lingkarkan Ccollar diseputar leher pasien, hubungkan penyangga (depan leher dan belakang) lalu kunci
- 6. Pas kan posisi C collar di sejajar garis dagu.
- 7. Saat menepatkan posisi collar di dagu dengan tangan kiri, sesuaikan sisi-sisi straps. Gunakan tangan kanan untuk memundurkan velcro sebelah kiri pasien

- 8. Sesuaikan sisi-sisi strap dan velcro sebelah kanan pasien. Agar memastikan kanan dan kiri simetris atau tidak maka gunakan kode warna sebagi skala pengalokasian di masing-masing sisi collar
- 9. Pada pemasangan vertikal, pegang sisi dagu dengan jari-jari untuk menekan tombol kuning biru diatas agar menyesuaikan dengan dada pasien, disebut juga dengan ACS (Adjustable Chest Support)
- 10. Pastikan c collar terletak dalam posisi netral pada leher
- 11. Kunci ACS dengan menekan tombol kunci kiri dan kanan
- 12. Untuk melengkapi aplikasi prosedur dan meningkatkan pemulihan pasien, maka strap X diagonal dipasang. Sambil menahan sisi kiri ACS dengan tangan kanan, Dorong sisi kiri strap X keluar dengan tangan kiri. Pastikan tepat pemasangannya
- 13. Lanjutkan pemasangan strap X ke sisi kanan pasien secara diagonal tepat pada bagian sisi velcro yang sewarna dengan warna X trap.
- 14. Lengkapi strap X bagian kanan pasien dengan prosedur yang sama dengan strap X sebelumnya dengan warna berbeda.
- 15. Gunakan tangan kanan untuk mendorong plester dan memegang sisi kana strap X
- 16. Untuk posisi nyaman

Langkah pertama sama pada gambar 1 sampai 6, untuk selanjutnyaPenyesuaian Strap dengan memutar sedikit kepala pasien ke sisi kanan, setelah itu geser sisi velcro sebelah kanan pasien. Begitu juga dengan sisi kiri pasien dengan metode yang sama dengan sebelumnya.

- 1. Sesuaikan jarak strap depan pada bagian dagu
- 2. kunci ACS dengan menekan tombol biru kuning
- 3. Pasang strap X mulai dari kanan pasien terlebih dulu (terdekat dengan leher bag. Depan
- 4. Pegang/ tahan penyangga velcro sebelah kanan pasien sementara tangan kanan memfiksasi strap X ke bagian kiri pasien
- 5. Ulangi prosedur sebelumnya
- 6. Sama dengan yang sebelumnya

# Untuk posisi supine:

- 1. Pada posisi supine, cara yang sama, dengan menmpatkan Back Support ke bagian belakang leher pasien
- 2. Letakkan mulai dari bagian atas ketika menyelipkan BS. Untuk selanjutnya sama dengan posisi netral sebelumnya.

# Melepas X collar:

- Untuk melepas Xcollar, pertama-tama lepaskan kedua straps X
- Sebelum membuka penyangga, perlahan-lahan lepaskan tekanan velcro Xcollar
- Buka buckle dan lepaskan collar dari pasien.

#### TEST KOORDINASI

#### **PENGERTIAN**

Kemampuan mensinergiskan secara normal faktor motorik, sensorik dalam melakukan gerakan normal. Serebelum digunakan untuk gerakan sinergistik tersebut, oleh sebab itu serebelum adalah pusat koordinasi. Gangguan koordinasi dapat disebabkan oleh disfungsi serebelum, sistem motorik, sistem ekstrapiramidal, gangguan psikomotor, gangguan tonus, gangguan sensorik (fungsi proprioseptik), sistem vestibular, dll. Gangguan koordinasi dibagi menjadi gangguan equilibratory dan nonequilibratory.

#### **TUJUAN BELAJAR**

Mahasiswa memilki pengetahuan dan keterampilan mengenai cara pemeriksaan fungsi koordinasi.

#### SASARAN PEMBELAJARAN

Setelah melakukan latihan keterampilan ini, mahasiswa:

- 1. Dapat mempersiapkan klien denganbaik
- 2. Dapat memberikan penjelasan pada klien atau keluarganya tentang apa yang akan dilakukan, alat yang dipakai, bagaimana melakukan, apa manfaatnya,sertajaminanatasaspekkeamananandankerahasiaandata klien.
- 3. Dapat melakukan pemeriksaan fungsi koordinasi dengan benar dantepat

#### **MEDIA DAN ALAT BANTU**

Penuntun Belajar.

#### **METODEPEMBELAJARAN**

Demonstrasi kompetensi sesuai dengan Penuntun Belajar.

# PENUNTUN PEMBELAJARAN KETERAMPILAN PEMERIKSAAN SISTEM KOORDINASI

NO.	LANGKAH KLINIK	KASUS		
	PEMERIKSAAN FUNGSI KOORDINASI		1	
	I. TES-TESEQUILIBRIUM  1.TES ROMBERG	1	2	2
		1	2	3
1	Klien diminta berdiri dengan kedua kaki saling merapat, pertama kali dengan mata terbuka,			
	kemudian dengan matatertutup.			
2	Tes ini untuk membedakan lesi propriseptif (sensori			
	ataxia) atau lesi cerebellum. Pada gangguan			
	propsrioseptif jelas sekali terlihat perbedaan antara			
	membuka dan menutup mata. Pada waktu membuka			
	mata klien masih sanggup berdiri tegak, tetapi begitu			
	menutup mata klien langsung kesulitan			
	mempertahankan diri dan jatuh. Pada lesi cerebellum			
	waktu membuka dan menutup mata klien kesulitan			
	berdiri tegak dan cenderung berdiri dengan kedua			
	kaki yang lebar (wide base)			
	2. TANDEM WALKING	1	2	3
1	Klien diminta berjalan pada satu garis lurus di atas			
	lantai,			
2	Tempatkan tumit yang satu didepan jari-jari kaki			
	berlawanan, baik dengan mata terbuka maupun mata			
	II. TES-TES NON EQUILIBRIUM			
	1. Finger to Nose test	1	2	3
1	Dengan posisi duduk/berbaring meminta klien	_		-
_	mengekstensikan lengannya.			
2.	Mintalah klien menyentuh ujung hidungnya dengan			
	jari telunjuknya dengan gerakan perlahan kemudian			
	dengan gerakan yang cepat.			
	2. Disdiadokinesia	1	2	3
1.	Klien diminta menggerakkan kedua tangannya			
	bergantian, pronasi dan supinasi dengan posisi siku			
	diam			
2.	Mintalah klien melakukan gerakan tersebut secepat			
	mungkin,baikdenganmataterbukamaupundengan			
	mataterututup			
	Gangguan diadokinesia disebut disdiadokinesia			
	SETELAH SELESAI PEMERIKSAAN			

1.	Jelaskanlah pada klien apa yang anda dapatkan pada		
	semua pemeriksaan yang telah dilakukan.		
2.	Ucapkanlah kata perpisahan dengan klien dan usahakanlah membesarkan hati klien dengan harapan-harapan.		
3.	Lakukanlah cuci tangan rutin.		

#### PEMERIKSAAN REFLEKS PATOLOGIS

#### **PENGERTIAN**

Refleks patologik adalah refleks-refleks yang tidak dapat dibangkitkan pada orang-rang yang sehat, kecuali pada bayi dan anak kecil. Kebanyakan merupakan gerakan reflektorik defendif atau postural yang pada orang dewasa yang sehat terkelola dan ditekan oleh akifitas susunan piramidalis. Anak kecil umur antara 4 – 6 tahun masih belum memiliki susunan piramidal yang sudah bermielinisasi penuh, sehingga aktifitas susunan piramidalnya masih belum sepmpirna. Maka dari itu gerakan reflektorik yang dinilai sebagai refleks patologik pada orang dewasa tidak selamanya patologik jika dijumpai pada anak- anak kecil, tetapi pada orang dewasa refleks patologikselalu merupakan tanda lesiUMN.

Refleks-refleks patologik itu sebagian bersifat refleks dalam dan sebagian lainnya bersifat refleks superfisialis. Reaksi yang diperlihatkan oleh refleks patologik itu sebagian besar adalah sama, akan tetapi mendapatkan julukan yang bermacam-macam karena cara membangkitkannya berbedabeda. Adapun refleks-refleks patologik yang sering diperiksa di dalam klinik antara lain refleks Hoffmann, refleks Tromner dan *ekstensor plantar response* atau tandaBabinski.

#### SASARAN BELAJAR

Mahasiswa memilki pengetahuan dan keterampilan mengenai cara pemeriksaan refleks patologis.

#### **SASARAN PEMBELAJARAN**

Setelah melakukan latihan keterampilan ini, mahasiswa:

- 1. Dapat melakukan persiapan alat/bahan denganbenar.
- 2. Dapat memberikan penjelasan pada klien atau keluarganya tentang apa yang akan dilakukan, alat yang dipakai, bagaimana melakukan, apa manfaatnya, serta jaminan atas aspek keamananan dan kerahasiaan data klien.
- 3. Dapat melakukan pemeriksaan refleks patologis dengan benar dantepat

#### **MEDIA DAN ALAT BANTU**

- Penuntun Belajar
- HammerRefleks

#### **METODEPEMBELAJARAN**

Demonstrasi kompetensi sesuai dengan Penuntun Belajar.

# PENUNTUN PEMBELAJARAN KETERAMPILAN PEMERIKSAAN REFLEKS PATOLOGIS

NO	LANGKAH / KEGIATAN	KASUS		
A. PE	MERIKSAAN REFLEKS HOFFMANN	1	2	3
1	Mintalah klienberbaring telentang atau duduk dengan santai			
2	Tangan klien kita pegang pada pergelangan dan jari- jarinya disuruh fleksi-entengkan			
3	Jari tengah penderita kita jepit di antara telunjuk dan jari tengah kita.			
4	Dengan ibu jari kita "gores kuat" ujung jari tengah klien			
	ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DI BAWAH:			
	INTERPRETASI:			
	Refleks positif (+), bila goresan kuat tadi mengakibatkan fleksi jari telunjuk, serta fleksi dan aduksi ibujari. Kadang disertai fleksi jari lainnya.			
B. PE	MERIKSAAN REFLEKS TROMNER	1	2	3
1	Mintalah klienberbaring telentang atau duduk dengan santai			
2	Tangan klien kita pegang pada pergelangan dan jari- jarinya disuruh fleksi-entengkan			
3	Jari tengah penderita kita jepit di antara telunjuk dan jari tengah (ibu jari) kita.			
4	Dengan jari tengah kita mencolek-colek ujung jari klien			

	ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DI BAWAH:			
	INTERPRETASI:			
	Refleks positif (+), bila goresan kuat tadi mengakibatkan fleksi jari telunjuk, serta fleksi dan aduksi ibujari. Kadang disertai fleksi jari lainnya.			
	MERIKSAAN REFLEKS BABINSKI (EXTENSOR PLANTAR PONSE)	1	2	3
1	Mintalah klien berbaring dan istirahat dengan tungkai			
1	diluruskan.			
2	Kita (pemeriksa) memegang pergelangan kaki klien supaya tetap pada tempatnya.			
3	Telapak kaki klien digores dengan menggunakan ujung gagang palu refleks secara perlahan dan tidak menimbulkan rasa nyeri untuk menghindari refleks menarik kaki.  Goresan dilakukan pada telapak kaki bagian lateral, mulai dari tumit menuju pangkal ibu jari.			
	ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DI BAWAH:			
	A. Caramenggores			
	B. Ekstensiibujarikakidanpengembanganjari-jari kaki			

	INTERPRETASI:		
Ī	Positif (+) jika didapatkan gerakan dorso fleksi ibu jari ,		
	yang dapat disertai mekarnya jari-jari lainnya.		

**BAB II SISTEM ENDOKRIN** 

PROSEDUR TINDAKAN PEMERIKSAAN GULA DARAH

Dalam kegiatan belajar praktikum ini akan di jelaskan bagaimana cara melakukan prosedur

tindakan pemeriksaan gula darah. Prosedur ini dilakukan terhadap pasien yang mengalami

gangguan regulasi gula darah karena akibat penyakit yang dialaminya khususnya penyakit yang

terkait dengan sistem endokrin.

Prosedur Tindakan Pemeriksaan Gula Darah

**Pengertian:** Pemeriksaan gula darah digunakan untuk mengetahui kadar gula darah seseorang.

Macam-macam: Kriteria diagnostik WHO untuk diabetes mellitus pada pemeriksaan gula

darah sedikitnya 2 kali pemeriksaan:

1. Glukosa plasma sewaktu  $\leq 200 \text{mg/dl}$  (11,1 mmol/L)

2. Glukosa plasma puasa  $\leq 140 \text{mg/dl}$  (7.8 mmol/L)

3. Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75gr

karbohidrat (2 jam post pradial (pp))  $\leq 200 \text{mg/dl}$ 

**Indikasi**: Klien tidak mengetahui proses penyakitnya

**Petugas:** 1. Mahasiswa

2. Perawat

Tujuan: 1. Untuk mengetahui kadar gula pada pasien

2. Mengungkapkan tentang proses penyakit dan pengobatannya

**Persiapan Alat:** 1. Glukometer

2. Kapas Alkohol

3. Hand scone

4. Stik GDA

5. Lanset

43

## 6. Bemgkok

## 7. Sketsel

Persiapan Lingkungan: Menjaga privacy klien

# Prosedur Kerja:

- 1. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien
- 2. Mencuci tangan
- 3. Pasang sketsel
- 4. Memakai handscone
- 5. Atur posisi pasien senyaman mungkin
- 6. Dekatkan alat disamping pasien
- 7. Pastikan alat bisa digunakan
- 8. Pasang stik GDA pada alat glukometer
- 9. Menusukkan lanset di jari tangan pasien
- 10. Menghidupkan alat glukometer yang sudah terpasang stik GDA
- 11. Meletakkan stik GDA dijari tangan pasien
- 12. Menutup bekas tusukkan lanset menggunakan kapas alkohol
- 13. Alat glukometer akan berbunyi dan hasil sudah bisa dibaca
- 14. Membereskan dan mencuci alat
- 15. Mencuci tangan

## **Evaluasi:**

- 1. Sabar
- 2. Teliti
- 3. Sopan- santun

## FORMAT PENILAIAN

No	Tindakan		Nilai	
		2	3	4
1	Persiapan Alat :			
	<ol> <li>Tidak Lengkap</li> </ol>			
	2. Kurang Lengkap			
	3. Lengkap			
2	Persiapan Pasien :			
	<ol> <li>Tidak Lengkap</li> </ol>			
	2. Kurang Lengkap			
	3. Lengkap			
3	Pelaksanaan Tindakan :			
	1. Tidak Tepat			
	2. Kurang Tepat			
	3. Tepat			

# **Keterangan:**

- 1. Tidak lengkap/tepat : bila hanya sebagian kecil dilakukan (< 50%)
- 2. Kurang lengkap/tepat : bila sebagian besar dilakukan (< 100%)
- 3. Lengkap/tepat : bila seluruhnya dilakukan (100%)

# **Tugas**

Setelah anda mempelajari kegiatan belajar 1 ini, silahkan anda mencoba prosedur tindakan pemeriksaan gula darah pada panthom terlebih dahulu, kemudian pada teman anda di laboratorium, dibawah bimbingan seseorang pembimbing. Lakukan prosedur tersebut minimal 3 kali sampai anda bisa. Semoga sukses.

#### TERAPI INJEKSI INSULIN

Dalam kegiatan belajar praktikum ini akan dijelaskan bagaimana cara melakukan prosedur tindakan terapi injeksi insulin. Prosedur ini dilakuan terhadap pasien yang mengalami gangguan regulasi gula darah karena akibat penyakit yang dialaminya khususnya penyakit yang terkait dengan sistem endokrin.

Tujuan dari pembelajaran ini adalah memberi pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa dalam melakukan prosedur tindakan terapi injeksi insulin sebagai dasar atau bekal sebelum melakukan asuhan keperawatan pada tahapan nyata di pelayanan kesehatan baik rumah sakit maupun klinik.

## a. Tujuan Pembelajaran Praktikum

- 1. Mahasiswa mampu mempersiapkan alat secara lengkap
- 2. Mahasiswa mampu melakukan Terapi Injeksi Insulin secara sistematis dan setiap langkah dilakukan dengan tepat

#### b. Dasar Teori

Insulin adalah hormon yang digunakan untuk mengobati diabetes mellitus . *Actrapid Novolet* adalah insulin *short acting* yang dikemas dalam bentuk pulpen insulin khusus yang berisi 3 cc insulin.

Tujuan pemeriksaan terapi injeksi insulin adalah untuk mengontrol kadar gula darah dalam pengobatan diabetes mellitus.

#### c. Bahan dan Peralatan

- 1. Spuit insulin/insulin pen (Actrapid Novolet)
- 2. Vial insulin
- 3. Kapas + alkohol/ alkohol swab
- 4. Handscoen bersih
- 5. Daftar/ formulir obat klien

## d. Petunjuk Umum

- 1. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
- 2. Baca dan pelajari dengan baik modul praktikum yang diberikan

- 3. Ikuti petunjuk yang terdapat dalam modul praktikum
- 4. Tanyakan pada dosen bila terdapat hal-hal yang kurang dimengerti atau dipahami
- 5. Mengkaji program/instruksi medik tentang rencana pemberian terapi injeksi insulin (prinsip 6 benar : Nama klien, obat/ jenis insulin, dosis, waktu, cara pemberian, dan pendokumentasian)
- 6. Mengkaji cara kerja insulin yang akan diberikan, tujuan, waktu kerja, dan masa efek puncak insulin, serta efek samping yang mungkin timbul
- 7. Mengkaji tanggal kadarluarsa insulin
- 8. Mengkaji adanya tanda dan gejala hipoglikemia atau alergi terhadap *human* insulin
- 9. Mengkaji riwayat medic dan riwayat alergi
- 10. Mengkaji keadekuatan jaringan adipose, amati apakah ada pengerasan atau penurunan jumlah jaringan
- 11. Mengkaji tingkat pengetahuan klien prosedur dan tujuan pemberian terapi insulin
- 12. Mengkaji obat-obatan yang digunakan waktu makan dan makanan yang telah dimakan klien

## e. Keselamatan Kerja

- 1. Pusatkan perhatian pada pekerjaan yang diperlukan
- 2. Susun dan letakkan peralatan/ bahan pada tempat yang mudah dijangkau
- 3. Pakailah bahan, peralatan dan perlengkapan sesuai dengan funsgsinya
- 4. Perhatikan setiap langkah pengkajian umum sistem endokrin

## f. Langkah Kerja

No	Langkah Pengerjaan dan Key Point	Ilustrasi Gambar		
1	Menyiapkan alat dan bahan			
2	Menyapa pasien serta memperkenalkan diri			
3	Menjelaskan tujuan terapi injeksi insulin			
4	Cuci tangan efektif secara 7 langkah, menggunakan sabun dibawah air mengalir dan dikeringkan dengan handuk bersih dan kering			
5	Memakai handscoen bersih			
6	Mengatur posisi senyaman mungkin			

7	Pasang gorden/sampiran untuk menjaga privasi	
	klien (jika diperlukan)	
8	Mengambil vial insulin dan aspirasi sebanyak	
	dosis yang diperlukan untuk klien (berdasarkan	
	daftar obat klien/ instruksi medik)	
9	Memilih lokasi suntikan. Periksa apakah	
	dipermukaan kulitnya terdapat kebiruan,	
	inflamasi, atau edema	
10	Melakukan rotasi tempat/ lokasi penyuntikan	
	insulin. Lihat catatan perawat sebelumnya	
11	Mendensifeksi area penyuntikan dengan kapas	
	alcohol/alcohol swab, dimulai dari bagian	
	tengah secara sirkuler ± 5 cm	
12	Mencubit kulit tempat area penyuntikan pada	
	klien yang kurus dan regangkan kulit pada klien	
	yang gemuk dengan tangan yang tidak dominan	
13	Menyuntikan insulin secara subcutan dengan	
	tangan yang domin secara lembut dan perlahan	
14	Mencabut jarum dengan cepat, tidak boleh di	
	massage, hanya dilakukan penekanan pada area	
	penyuntikan dengan menggunakan kapas	
	alkohol	
15	Membuang spuit ke tempat yang telah	
	ditentukan dalam keadaan jarum yang sudah	
	tertutup dengan tutupnya	
16	Merapihkan klien dan membereskan alat-alat	
17	Melepaskan handscoen	
18	Membereskan peralatan yang telah digunakan	
	sesuai dengan prinsip PI	
19	Cuci tangan efektif secara 7 langkah	

	menggunakan sabun dibawah air mengalir dan
	dikeringkan dengan handuk bersih dan kering
20	Mendokumentasikan kegiatan yang telah
	dilakukan
	Key point:
	Catat waku, nama obat, cara pemberian, rute
	pemberian dan reaksi kli

# g. Evaluasi Praktikum

- 1. Mahasiswa mampu mempersiapkan alat secara lengkap
- 2. Mahasiswa mampu melakukan terapi injeksi insulin secara sistematis dan setiap langkah dilakukan dengan tepat
- 3. Mahasiswa memperhatikan tingkat kenyamanan pasien dan privasinya selama prosedur dilakukan
- 4. Mahasiswa wajib berlatih dengan menggunakan panduan modul praktikum pada jam praktikum mandiri

# MERAWAT LUKA DEKUBITUS

PENGERTIAN	Luka dekubitus adalah luka yang terjadi pada	
TENGERITAN	daerah penonjolan tulang akibat tekanan. Luka	
	dekubitus paling sering terjadi pada klien	
	dengan gangguan mobilitas,tetapi juga bisa	
	terjadi pada daerah tubuh yang dipasang alat	
	kesehatan yang terlalu kencang, contohnya	
	restraint atau gips. Ada 4 derajat luka	
	dekubitus, dan perawatan tergantung derajat	
	• <i>Derajat 1</i> kulit masih utuh. Ada di kulit	
	pada penonjolan tulang	
	Perawatan : cegah kelanjutan ke derajat	
	lebih tinggi	
	• Derajat 2 sudah ada pembukaan tipis	
	pada kulit. Bias ada gelembung	
	Perawatan : cuci dan tutupi luka sesuai	
	protap. Cegah kelanjutan ke derajat lebih tinggi.	
	• <i>Derajat 3</i> luka berlobang sudah	
	sedalam jaringansubkutan dan terdapat	
	fasia. Terdapat kehilangan jaringan	
	Perawatan : pertahankan luka dalam	
	keadaan basah, isi semua ruangan	
	kososng, keluarkan exudat dan cegah	
	infeksi. Cegah lanjutan ke derajat yang	
	lebih tinggi	
	• Derajat 4 luka berlobang sudah	
	sedalam otot, tulang dan sendi. Terjadi	
	kehilangan jaringan besar. Bias tembus	
	di bawah kulit sampai jauh.	
	Perawatan : sama dengan derajat 3	
TUJUAN	a. Menghindarkan luka dari infeksi yang lebih luas	
	b. Menciptakan rasa nyaman bagi klien	
	c. Mempercepat proses penyembuhan	
	luka	
KEBIJAKAN	Perawat dalam merawat luka dekubitus	
DD CGEDY ID	menggunakan tehnik steril	
PROSEDUR	PERSIAPAN ALAT	
	Luka derajat 2 persiapan alat sama dengan	
	protap "Cuci Luka Bersih" atau "Cuci Luka Kotor" tergantung daerah luka	
	Luka derajat 3 dan 4 persiapan alat sama dengan protap "Kompres Luka"	
	LANGKAH-LANGKAH	
	LANGNAH-LANGNAH	

Luka derajat 2 , langkah-langkah sama dengan protap "Cuci Luka Bersih" atau "Cuci Luka Kotor" tergantung daerah luka Luka derajat 3 dan 4 sama dengan protap "Kompres Luka"

## **PERHATIAN**

- a. Lebih baik mencegah terjadinya luka dekubitus daripada merawat. Klien yang mempunyai gangguan mobilisasi, posisi di ubah Q2H.
- b. Bekerja dengan teliti dengan memperhatikan tehnik steril
- c. Peka terhadap respon klien
- d. Bersikap ramah, sabar dan sopan

#### PEMERIKSAAN PITTING EDEMA

# **TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM (TIU)**

Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan fisikedema secara sistematis dan benar.

# **TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS (TIK)**

Setelah melakukan latihan keterampilan ini, mahasiswa:

- 1. Dapat melakukan persiapan pasien dengan benar
- 2. Dapat memberikan penjelasan pada penderita atau keluarganya tentang apa yang akan dilakukan, bagaimana melakukan, apa manfaatnya, serta jaminan atasaspek keamananan dan kerahasiaan data pasien.
- Dapat menjelaskan kepada pasien atau keluarganya tentang hak-hak pasien, misalnya tentang hak pasien untuk menolak tindakan yang akan dilakukan tanpa kehilangan hak untuk mendapat pelayanan.
- 4. Dapat menentukan tipe edema.
- 5. Dapat menentukan penyakit atau kelainan yang menimbulkan edema.

#### PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN

- Daftar panduan belajar pemeriksaan fisik edema
- Manekin utuh seluruh tubuh
- Tempat tidur pemeriksaan pasien
- Air mengalir
- Sabun cair
- Larutan antiseptik
- Lap kering, handuk kecil atau tissue

## **METODE PEMBELAJARAN**

- 1. Demonstrasi sesuai dengan daftar panduan belajar
- 2. Ceramah
- 3. Diskusi
- 4. Partisipasi aktif dalam skill lab (simulasi)
- 5. Evaluasi melalui check list / daftar tilik dengan sistem skor

## **INDIKASI**

Dugaan menderita:1

- 1. Sindroma nefrotik
- 2. Gagal jantung kongestif
- 3. Sirosis hepatis
- 4. Oklusi vena
- 5. Hipotiroidisme
- 6. Limfedema

#### **ACUAN**

## **Informed Consent**

**Tujuan pengambilan pemeriksaan :** untuk mengetahui penyebab yang mendasari timbulnya edema sehingga dapat diberikan terapi yang sesuai.

# Persiapan pasien

Pasien diminta berbaring dan membebaskan kedua tungkai dari pakaian/kaos kaki.

# Cara pemeriksaan:

Inspeksi : edema dapat ditemukan pada palpebra, ekstremitas, atau pada vulva (wanita) atau skrotum (pria).

Palpasi: regio tibia bagian anterior diberi tekanan ringan dengan ibu jari selama kurang lebih 10 detik lalu dilepaskan. Pada pitting edema akan timbul indentasi kulit yang ditekan, dan akan kembali secara perlahan-lahan. Pada non-pitting edema tidak akan terjadi indentasi.

Pada pasien yang sudah berbaring lama maka cairan akan berkumpul di bagian terendah, biasanya pada daerah punggung dan sakrum. Pasien dapat dimiringkan atau didudukkan, lalu dilakukan penekanan ringan sama seperti pada ekstremitas.<sup>1, 2</sup>

## **DESKRIPSI KEGIATAN**

Kegiatan	Waktu	Deskripsi
1. Pengantar	5 menit	Pengantar
2. Pemeriksaan fisik edema	30 menit	<ol> <li>Mengatur posisi manekin di atas tempat tidur pasien.</li> <li>Dosen memberikan contoh bagaimana cara melakukan pemeriksaan fisik edema mulai dari inspeksi dan palpasi. Mahasiswa menyimak/mengamati peragaan dengan menggunakan Penuntun Belajar.</li> <li>Memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk bertanya dan dosen memberikan penjelasan tentang aspekaspek yang penting</li> </ol>
3. Praktek bermain peran dengan Umpan Balik	100 menit	<ol> <li>Diperlukan minimal1orang instruktur untuk mengamati setiap langkah yang dilakukan oleh setiap mahasiswa.</li> <li>Setiap mahasiswa berpraktek melakukan langkah-langkah pemeriksaan fisik edema secara bergantian.</li> <li>Instruktur berkeliling diantara mahasiswa dan melakukan supervisi menggunakan ceklist.</li> <li>Instruktur memberikan pertanyaan dan umpan balik kepada setiap mahasiswa</li> </ol>
4. Curah Pendapat/Diskusi	15 menit	Curah Pendapat/Diskusi : Apa yang dirasakan mudah? Apa yang sulit? Apa yang dapat dilakukan oleh dokter agar pasien merasa lebih nyaman?

		<ol> <li>Instruktur membuat kesimpulan dengan menjawab pertanyaan terakhir dan memperjelas hal-hal yang masih belum dimengerti.</li> </ol>
Total waktu	150 menit	

# PENUNTUN PEMBELAJARAN

## **TEKNIK PEMERIKSAAN PITTING EDEMA**

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan kriteria sebagai berikut:

- 1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
- 2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen
- 3. Mahir: Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan daan efisien.

# PENUNTUN PEMBELAJARAN

#### **PEMERIKSAAN PITTING EDEMA**

NO.	LANGKAH / KEGIATAN						
MENYI	1	2	3				
1.	Sapalah klien atau keluarganya dengan ramah dan perkenalkan diri anda, serta tanyakan keadaannya. Klien dipersilakan duduk.						
2.	Berikan informasi umum pada klien atau keluarganya tentang pemeriksaan fisik edema,tujuandan manfaatuntuk keadaan klien.						
3.	Berikan jaminan pada klien atau keluarganya tentang keamanan atas tindakan yang anda lakukan						

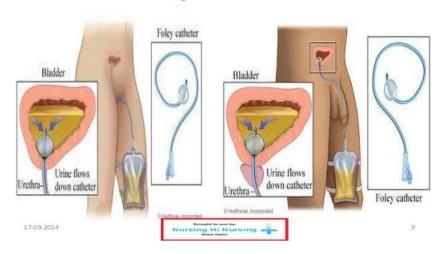
4.	Berikan jaminan pada klien atau keluarganya tentang kerahasiaan yang diperlukan klien			
5.	Jelaskan pada klien tentang hak-hak klien atau keluarganya, misalnya tentang hak untuk menolak tindakan pemeriksaan fisik edema tanpa kehilangan hak akan pelayanan lain.			
6.	Mintalah kesediaan klien untuk pemeriksaan fisik edema			
PERSIAF	PAN PASIEN	1	2	3
7.	Persilakan pasien membebaskan tungkai dari pakaian/kaos kaki			
8.	Persilakan pasien untuk baring di tempat tidur pemeriksaan			
9.	Lakukanlah cuci tangan rutin			
10.	Berdirilah disebelah kanan pasien			
PEMERI	KSAAN FISIK EDEMA	1	2	3
11.	Inspeksi bagian tubuh yang biasanya terjadi edema yaitu kelopak mata, keempat ekstremitas, regio lumbo sakral pada pasien yang berbaring lama, vulva pada wanita atau skrotum pada pria			
12.	Tekan secara ringan regio tibia yang edema dengan ibu jari selama kurang lebih 10 detik			
13.	Pada pasien yang sudah berbaring lama, tekan secara ringan regio sakrum yang edema dengan ibu jari selama kurang lebih 10 detik			
14.	Lakukan penilaian apakah terjadi edema pitting atau non-pitting			
15.	Lakukan cuci tangan rutin			
16.	Jelaskan kepada pasien hasil pemeriksaan dan kemungkinan penyebabnya, dan jelaskan rencana pemeriksaan selanjutnya			

#### **BAB III SISTEM PERKEMIHAN**

## MEMASANG KATETER Definisi

Memasukan selang kateter ke dalam kandung kemih melewati uretra.

# **Foley Catheter**



Gambar: posisi kateter dan selang kateter

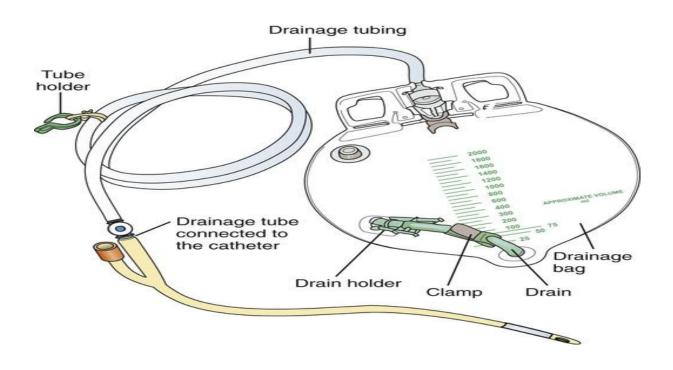
#### Jenis kateter:

- 1. *Intermittent Catheter* adalah kateter yang digunakan untuk mengalirkan isi kandung kemih dalam jangka waktu yang pendek (sekitar 5-10 menit)
- 2. Retention / indwelling catheher adalah kateter yang di masukkan kedalam kandung kemih klien untuk jangka waktu tertentu. Biasanya dilakukan pada pasien yang akan dlakukan operasi, injuri kandung kemih atau infeksi kandung kemih. Pemasangan kateter dilakukan untuk drainase sementara atau permanent, kompresi kandung kemih atau untuk irigasi kandung kemih.
- 3. *Folley catheher* adalah kateter yang paling umum dilakukan. Pada ujung selang kateter terdapat balon yang dapat diisi dengan cairan steril (misalnya NaCI 0,9%) yang berguna untuk mencegah selang kateter kluar dari kandung kemih. Pada ujung yang lain terdapat dua lumen (selang kecil) yang berguna untuk mengisi balon dan lumen yang lainnya sebagai

saliran yang mengalirkan urin. Bahkan beberapa kateter mempunyai lumen ketiga yang berfungsi sebagai tempat melakukan iregasi kateter.

4. *Suprapubic catheter* adalah kateter yang dimasukkan ke dalam kandung kemih melalui proses insisi pembedahan.

Bagian kateter seperti digambarkan berikut ini:



## Tujuan

- 1. Meningkatkan rasa nyaman klien akibat distensi abdomen
- 2. Menghitung sisa urin (residu) dalam kandung kemih
- 3. Sebagai media pemeriksaan specimen urin
- 4. Mengosongkan kandung kemih secara optimal sebelum tindakan pembedahan
- 5. Memfasilitasi pengukuran outpuit urin yang lebih akurat. Hal ini biasanya dibutuhkan pada klien yang membutuhkn pengukuran urin tiap jam.
- 6. Mencegah urin mengkontaminasi bekas insisi bedah setelah operasi perineal.
- 7. Membantu klien yang mengalami inkontinensia ketika cara lain gagal dilakukan (seperti mengurangi minum di malam hari atau menawarkan urinal lebih sering)

#### Indikasi

Efektif dilakukan pada pasien yang:

#### 1. Distensi abdomen

- 2. Akan mengalami operasi atau tindakan pemedahan atau post operasi (dimana dikhawatirkan akan membasahi daerah operasi)
- 3. Decompresi kandung kemih selama atau setelah tindakan operasi
- 4. Klien dengan inkontinensia (dimana tidak ad acara ataupun solusi yang lain)
- 5. Membutuhkan pengukuran urin yang lebih akurat
- 6. Mengalami retensi urin yang akut
- 7. Mengalami obstruksi seperti pembesaran prostat, striktur uretra, prolapse organ pelvis,
- 8. Mengalami penyakit terminal, koma.

## Kontraindikasi

Klien yang mengalami retensi urin yang masih dapat dilakukan dengan cara selain pemasangan kateter (misalnya kateter kondom)

## Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Perhatikan jenis kelamin dan usia klien untuk menentukan ukuran katetr. Tabel dibawah ini dapat membantu untuk menentukan ukuran kateter.

Tabel: ukuran kateter berdasarkan jenis kelamin dan usia klien

Ukuran Kateter	Klien
8 – 10	Anak-anak
14 – 16	Wanita dewasa
20 - 22	Laki-laki dewasa

- 2. Pada beberapa kelompok klien memerlukan ukuran selang kateter lebih kecil dari biasanya, yaitu pada klien dengan infeksi kandung kemih atau pada wanita hamil.
- 3. Banyaknya isi balon kateter adalah 5 30cc. baca etiket di plastic pembungkus selang kateter. Balon berguna untuk memfiksasi kateter didalam kandung kemih. Hati-hati terhadap pengisian balon yang terlalu besar, karna akan menyebabkan spasma otopt kandung kemih, sakit kepala, kram abdomen bagian bawah, injuri kandung kemih dan uretra, keringat yang berlebihan, dan *automatic dyseflexia*.
- 4. Kolaborasi dengan dokter sesegera mungkin jika setelah pemasangan kateter tidak terdapat urin yang keluar lewat selang kateter.
- 5. Pada pasien dengan usia anak-anak, berilah penjelasan pada orang tua mengapa pemasangan kateter dilakukan.
- 6. Pemasangan kateter dalam waktu yang lama dapat menyebabkan beberapa komplikasi, seperti : batu kandung kemih, septikemia, hematuria, kerusakan integrasi kulit, infeksi

- saluran perkemihan, pendarahan atau bahkan jika pemakaian bertahun-tahun dapat menyebabkan kanker kandung kemih.
- 7. Perawat harus berhati-hati pada saat pemasangan kateter, terutama jika selang kateter berukuran besar karena akan menyebabkan kerusakan atau ruptur uretra.
- 8. Jangan paksa atau jangan teruskan tindakan jika jika terdapat halangan/hambatan ketika memasukkan kateter.
- 9. Jangan teruskan tindakan jika ujung selang kateter sudah terkena labia atau area lain yang tidak steril.
- 10. Pilihlah jenis selang kateter yang aman bagi pasien dan tidak menimbulkan alergi. Selang kateter yang terbuat dari Latex agak lebih mahal tetapi paling cock untuk pemakaian jangka pendek. Selang yang terbuat dari Silicon atau Telfon paling cocok untuk jangka Panjang (lebih dari 1 minggu) karena jenis ini dapat menurunkan resiko iritasi dan gesekan (Glen-rose Rehabilitation Hospital, 2005).
- 11. Kantong urin harus selalu diletakkan pada level dibawah kandung kemih karena memanfaatkan gravitasi yang akan menyebabkan urin turun kebawah menuju kantong urin.

## Pengkajian

- 1. Kaji status klien:
  - a. Kapan waktu terakhir psien berkemih yang mengindikasikan isi kandung kemih penuh.
  - b. Tingkat kesadaran sebagai dasar menilai tingkat kemampuan pasien untuk kooperatif terhadap tindakan
  - c. Kemampuan mobilisasi dan fisik pasien sebagai dasar apakah perawat memerlukan bantuan perawat lain.
  - d. Jenis kelamin dan usia klien untuk menentukan ukuran kateter.
  - e. Distensi kandung kemih karena umumnya mengakibatkan rasa nyeri.
  - f. Keadaan patofisiologis lain yang memungkinkan perawat mengalami kesulitan pada saat memasukkan keteter, seperti pembesaran kelenjar prostat pada pria. Obstruksi akan menghambat masuknya kateter melewati uretra menuju kandung kemih.
  - g. Alergi terhadap jenis karet kateter (lateks, silicon, telfon), cairan antiseptik yang digunakan, dan jelly (pelumas)
- 2. Kaji ulang catatan kolaborasi dokter tentang tujuan pemasangan kateter, seperti persiapan pembedahan, irigasi kandung kemih, pemeriksaan specimen urin atau pengukuran urin sisa (residual).
- 3. Kaji tingkat pengetahuan pasien terhadap tujuan pemasangan kateter.

## Masalah Keperawatan Yang Terkait

- 1. Nyeri
- 2. Retensi Urin

## Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi masalah pasien, salah satu intervensi yang dapat dikolaborasikan dengan tim medis adalah memasang kateter.

## Implementasi Tindakan Keperawatan

## Persiapan alat

- Bak steril yang berisi:
  - 1 pinset silurgis
  - 2 pinset anatomis
  - 5 depper
  - 1 bengkok
  - 2 kom kecil
  - 4 lembar kassa
  - duk bolong
- Kateter steril
- Urine bag dan gantungannya
- 1 pasang sarung tangan steril
- Spuit steril ukuran 10cc atau 20cc
- Cairan steril (aqua destilata) untuk mengisi balon
- Mangkok kecil berisi kapas sublimat
- Cairan desinfektan (savlon, betadine)
- Jelly
- Perlak pengalas
- Bengkok bersih
- Selimut ekstra
- Plester dan gunting
- Orentang dalam tempatnya
- Sampiran

## Persiapan Lingkungan

Jaga privasi pasien

## Persiapan Pasien

Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan

## Langkah-langkah:

- 1. Cuci tangan
- 2. Pasang sarung tangan bersih
- 3. Melepaskan pakaian bawah klien dan pasang selimutklien
- 4. Membungkus kaki klien dengan sudut selimut dan bagian tengah menutupi daerah pubic (jika selimt lebar) ata membuka selimut sampai keatas pubic
- 5. Memasang perlak (pengalas) pada bagian bawah tempat tidur
- 6. Bantu klien untuk posisi dorsal recumbent (wanita) atau supine (pria

- 7. Membuka set steril
- 8. Mengeluarkan kateter di spuit dari bungkusnya kemudian diletakkan dalam area steril
- 9. Menuang cairan desinfektan pada kom kecil
- 10. Menuang jelly pada kassa steril
- 11. Memakai sarung tangan steril (tangan dominan/ kanan saja)
- 12. Isi spuit dengan aquadestilata (cairan steril). Spuit di tangan dominan yang sudah terpasang sarung tangan steril, sedangkan aquadestilata di tangan non dominan. Letakkan spuit kembali ke area steril
- 13. Memakai sarung tangan steril untuk tangan non dominan / kiri
- 14. Memasang duk bolong steril pada daerah genital
- 15. Memberi ujung kateterdengan jelly (pelicin)
- 16. Meletakkan bengkok steril diantara 2 tungkai pasien
- 17. Mengambil kassa steril dengan pinset steril, lalu kassa dibasahi larutan desinfektan
- 18. Buka daerah meatus

#### Wanita

Buka labia mayora dengan jari telunjuk dan ibu jari tangan kiri perawat (tangan kiri dapat dion-kan atau dilapisi dengan kassa steril jika masih mau dipertahankan kesterilannya) dan bersihkan dengan tangan kanan yang masih steril dari arah atas kebawah 1x usap.

#### Pria

Pegang penis dengan sudut 90°. Pegang bagian bawah glands penis dengan ibu jari dan telunjuk, preputulum di tarik ke bawah. Bersihkan dengan arah melintang dari meatus kea rah keluar

19. Masukkan kateter melalui uretra ke kandung kemih sampai keluar urin dari ujung kateter yang diletakkan dalam bengkok steril :

Wanita: 5-7 cm s.d urin keluar

Pria: 18-20 cm s.d urin keluar

- 20. Isi galon dengan aquadestilata (cairan steril)
- 21. Menarik sedikit kateter untuk mengecek balon sudah berfungsi
- 22. Melepaskan duk bolong
- 23. Ambil pengalas dengan bokong klien
- 24. Membuka urine bag dan sambung dengan kateter
- 25. Gantung urine bag dengan posisi lebih rendah dari vesika urinaria
- 26. Memfiksasi kateter dengan plester. Laki-laki di daerah abdomen dan wanita da samping paha
- 27. Merapihkan alat dan klien
- 28. Membuka sarung tangan
- 29. Cuci tangan Dokumentasi

## Sikap

- 30. Melakukan tindakan dengan sistematis
- 31. Komunikatif dengan klien
- 32. Percaya diri

# FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

# **KETERAMPILAN: PEMASANGAN KATETER**

Nama Mahasiswa:....

ASPEK YANG TERJADI	DILAKUKAN			KET			
	Tgl:		Tgl	:	Tgl	:	
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Persiapan alat							
Bak steril yang berisi :							
- 1 pinset silurgis							
- 2 pinset anatomis							
- 5 depper							
- 1 bengkok							
- 2 kom kecil							
- 4 lembar kassa							
- duk bolong							
Kateter steril							
<ul> <li>Urine bag dan gantungannya</li> </ul>							
<ul> <li>1 pasang sarung tangan steril</li> </ul>							
Spuit steril ukuran 10cc atau 20cc							
Cairan steril (aqua destilata) untuk mengisi							
balon							
<ul> <li>Mangkok kecil berisi kapas sublimat</li> </ul>							
Cairan desinfektan (savlon, betadine)							
• Jelly							
Perlak pengalas							
Bengkok bersih							
Selimut ekstra							
Plester dan gunting							
Orentang dalam tempatnya							
• Sampiran							
Persiapan Lingkungan							
2. Jaga privasi pasien							
Persiapan Pasien							
3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan							
dilakukan							
Langkah-langkah:							

				1	
	Cuci tangan				
5.	Pasang sarung tangan bersih				
6.	Melepaskan pakaian bawah klien dan pasang				
	selimut klien				
7.	Membungkus kaki klien dengan sudut selimut				
	dan bagian tengah menutupi daerah pubic (jika				
	selimut lebar) atau membuka selimut sampai				
	keatas pubic				
8	Memasangan perlak (pengalas) pada bagian				
0.	bawah tempat tidur				
O	Bantu klien untuk posisi dorsal recumben				
٦.	(wanita) dan supine (pria)				
10	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
	Membuka set steril				
11.	Mengeluarkan kateter dan spuit dari				
	bungkusnya kemudian diletakkan dalam area				
	steril				
	Menuang cairan desinfektan pada kom kecil				
	Menuang jelly pada kassa steril				
14.	Memakai sarung tangan (tangan dominan atau				
	kanan saja )				
15.	Isi spuit dengan aqua destilata (cairan steril).				
	Spuit di tangan dominan yang sudah terpasang				
	sarung tangan steril, sedangankan aquadestilata				
	ditangan non dominan. Letakkan spuit kembali				
	di area steril				
16.	Memakai sarung tangan steril untuk tangan non				
	dominan / kiri				
17.	Memasang duk bolong steril pada daerah				
	genital				
18.	Memberi pada ujung kateter dengan jelly				
	(pelicin)				
19.	Meletakkan bengkok steril diantara 2 tungkai				
	pasien				
20.	Mengambil kassa steril dengan pinset steril,				
	lalu kassa dibasahi larutan disinfektan.				
21.	Buka daerah meatus :				
	Wanita				
	Buka labia mayora dengan jari telunjuk dan				
	ibu jari tangan kiri perawat (tangan kiri dapat				
	di-on-kan atau dilapisi dengan kassa steril jika				
	masih mau dipertahankan kesterilannya) dan				
	bersihkan dengan tangan kanan yang masih				
	steril dari atas kebawah 1x usap				
	•				
	Pria:				

	Pegang penis dengan sudut 90°. Pegang daerah				
	dibawah glands penis dengan ibu jari dan				
	telunjuk, preputulum ditarik kebawah.				
	Bersihkan dengan arah melintang dari meatus				
	kearah keluar.				
22					
22.	Masukkan kateter melalui uretra ke kandung				
	kemih sampai keluar urin dari ujung kateter				
	yang diletakkan dalam bengkok steril :				
	Wanita: 5-7 cm s.d urin keluar				
22	Pria: 18- 20cm s.d urin keluar				
	Isi balon dengan aquadestilata (cairan steril)				
24.	Menarik sedikit kateter untuk mengecek balon				
	sudah berfungsi				
	Melepas duk bolong				
	Ambil pengalas dari bokong klien				
27.	Membuka urine bag dan sambung dengan				
	kateter				
28.	Gantung urine bag dengan posisi lebih rendah				
	dari vesika urinaria				
29.	Memfiksasi kateter dengan plaster. Laki-laki di				
	daerah abdomen dan wanita disamping paha				
30.	Merapihkan alat dan klien				
31.	Membuka sarung tangan				
32.	Cuci tangan				
33.	Dokumentasi				
Sika	np :	_	_		
34.	Melakukan tindakan dengan sistematis				
35.	Komunikatif dengan klien				
36.	Percaya diri				

# **Keterangan:**

• Ya : 1 (dilakukan dengan benar )

• Tdk : 0 (tidak dilakukan / dilakukan dengan tidak /kurang benar)

# Kriteria Penilaian:

Baik sekali : 100
 Baik : 81 – 99
 Kurang/TL : ≤ 80

•

Nilai = <u>Jumlah Tindakan yang Dilakukan (Ya)</u> x 100 = .....

Tanggal:		Tanggal:		Tanggal:		
Nilai:	Nil	ai :		Nilai :		
Pembimbing:	Pei	mbimbing:		Pembimbing:		
Mahasiswa	Ma	hasiswa :		Mahasiswa		

# Contoh Dokumentasi Implementasi Tindakan Keperawatan

Nama : Ny. A (35 tahun) Ruang Anggrek RS Peduli Sesama

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Keperawatan dan Respon	Paraf & Nama
16 April 2009	12.00	2	Memasang kateter ukuran 15 Fr, jumlah	
			cairan dalam balon kateter 25cc.	
			Respon: kateter terpasang dalam keadaan	
			paten, jumlah urin yang keluar setelah	
			pemasangan 300cc, warna kuning	
			kemerahan, klien merasa nyeri minimal di	
			area pemasanagn kateter	Raka

## **Evaluasi Formatif**

- 1. Evaluasi kandung kemih dengan cara palpasi kandung kemih dan tanya klien apakah klien lebih nyaman
- 2. Evaluasi karaktek urin (jumlah,warna) yang tertampung dalam kantung urin (urin bag)
- 3. Evaluasi adanya sumbatan di selang kateter atau penghubung antara selang kateter dengan selang kantung urin.



#### **MELEPAS KATETER**

#### **Definisi**

Melepaskan selang kateter dari dalam kandung kemih

## Tujuan

- 1. Membuat klien merasa lebih nyaman
- 2. Menghindari adanya infeksi di saluran perkemihan karena pemakaian kateter dalam jangka waktu yang lama

#### Indikasi

Efektif dilakukan pada:

- 1. Klien yang tidak memerlukan kembali pemakaian kateter
- 2. Klien yang mampu BAK secara normal
- 3. Klien yang sudah terpasang kateter lebih dari 7 hari dan direncanakan kateter dipasang kembali

#### Kontraindikasi

Tidak ada

#### Hal-hal yang Perlu Diperhatikan

- 1. Jika balon belum benar-benar kempes sebelum mengeluarkan selang kateter, maka akan menyebabkan trauma dan bengkak pada meatus uretra dan kemungkinan akan terjadi pula retensi urin
- 2. Kolaborasi dengan dokter jika klien belum juka bisa BAK dalam waktu 8 jam setelah kateter dilepaskan, atau klien mengeluh nyeri dan terdapat distensi abdomen.

#### Pengkajian

- 1. Kaji kembali catatan kolaborasi dokter tentang alasan pelepasan kateter, apakah memang akan dipasang kembali atau tidak
- 2. Kaji dan lihat kembali catatan yang menginformasikan waktu pemasangan kateter. Pemasangan kateter dalam waktu lama akan menyebabkan hilangnya fungsi otot kandung kemih
- 3. Kaji tingkat pengetahuan klien terhadap prosedur dan alasan mengapa kateter perlu dilepaskan

## Masalah Keperawatan yang Terkait

#### Risiko infeksi

# Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut, salah satu intervensi yang dapat dikolaborasikan dengan tim medis adalah melepas kateter

## Implementasi Tindakan Keperawatan

## Persiapan Alat

- Pengalas
- Bengkok
- Spuit 10 cc
- Sampiran
- Sarung tangan bersih
- Selimut mandi
- Klem

## Persiapan Lingkungan

Jaga privasi klien

## Persiapan Klien

- 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
- 2. Beri klien posisi supine (pria), dorsal recumbent (wanita)

## Langkah-langkah:

- 1. Perawat cuci tangan
- 2. Pakai sarung tangan
- 3. Ganti selimut klien dengan selimut mandi
- 4. Pasang pengalas
- 5. Klem kateter
- 6. Buka plester dan kasa pada bagian penis (jika laki-laki). Jika wanita maka tindakan ini tidak diperlukan
- 7. Masukkan spuit 10 cc ke selang kateter, kemudian keluarkan cairan yang berada di balon kateter secara perlahan-lahan
- 8. Anjurkan klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam
- 9. Keluarkan selamg kateter secara perlahan-lahan saat klien inspirasi
- 10. Rapikan alat dan klien
- 11. Lepaskan sarung tangan
- 12. Cuci tangan

# 13. Dokumentasi

# Sikap:

- 1. Melakukan tindakan dengan sistematis
- 2. Komunikatif dengan klien
- 3. Percaya diri

# FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

# KETERAMPILAN: MELEPASKAN KATETER PADA PRIA DAN WANITA

Nama Mahasiswa:....

ASPEK KETERAMPILAN YANG		DILAKUKAN						
DINILAI	T	gl:	T	gl:	T	gl:		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk		
1	2	3	4	5	6	7	8	
1. Persiapan Alat :								
<ul> <li>Pengalas</li> </ul>								
Bengkok								
• Spuit 10cc								
Sampiran								
Sarung tangan bersih								
Selimut mandi								
• Klem								
2. Persiapan Lingkungan								
2. Jaga privasi klien								
3. Persiapan Klien								
3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan								
dilakukan								
4. Beri klien posisi supine (pria) dorsal								
recumbent (wanita)								
Langkah-langkah:								
5. Perawat cuci tangan								
6. Pakai sarung tangan								
7. Ganti selimut klien dengan selimut								
mandi								
8. Pasang pengalas								
9. Klem kateter								
10. Buka plaster dan kasa pada bagian penis								
(jika klien laki-laki), jika wanita maka tindakan ini tidak diperlukan								
11. Memasukkan spuit 10cc ke selang								
kateter, kemudian keluarkan cairan yang								
berada di balon kateter secara perlahan-								
lahan								
12. Anjurkan klien untuk melakukan								
relaksasi nafas dalam								
13. Keluarkan selang kateter secara								
perlahan-lahan saat klien inspirasi								
14. Rapikan alat dan klien								
15. Lepaskan sarung tangan								
16. Cuci tangan								

17. Dokumentsi				
Sikap:				
18. Melakukan tindakan dengan sistematis				
19. Komunitatif dengan klien				
20. Percaya diri				

# **Keterangan:**

• Ya : 1 (dilakukan dengan benar)

• Tdk : 0 (tidak dilakukan / dilakukan dengan tidak / kurang benar )

# Kriteria Penilaian

Baik sekali : 100
 Baik : 81 – 99
 Kurang / TL : ≤ 80

Nilai = <u>Jumlah Tindakan yang Dilakukan (Ya) x 100 = .....</u>

20

Tanggal:	Tanggal:	Tanggal:
Nilai :	Nilai :	Nilai :
Pembimbing:	Pembimbing:	Pembimbing:
Mahasiswa	Mahasiswa:	Mahasiswa

# Contoh Dokumentasi Implementasi Tindakan Keperawatan

Nama : Ny. A (35 tahun) Ruang Anggrek RS Peduli Sesama

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Keperawatan dan Respon	Paraf & Nama
16 April 2009	12.00	2	Melepaskan kateter ukuran 15 Fr, jumlah cairan dalam balon kateter yang dikeluarkan sebanyak 25cc. Respon: klien merasa nyeri minimal di area pemasangan kateter	
				Raka

## **Evaluasi Formatif**

- 1. Evaluasi apakah klien mengalami rasa nyeri saat berkemih setelah kateter dilepaskan
- 2. Evaluasi keaadan kulit, apakah terjadi iritasi kulit di sekitar pemasangan kateter atau di area fiksasi kateter

### MELAKUKAN PERAWATAN KATETER

### **Definisi**

Perawatan kateter adalah suatu proses pembersihan area pemasangan kateter dan selang kateter bagian luar dengan mengeluarkan cairan desinfektan, termaksud didalamnya kegiatan memeriksa kepatenan dari selang kateter itu sendiri



## Tujuan

- 1. Membuat klien merasa lebih nyaman
- 2. Menurunkan resiko infeksi saluran perkemihan
- 3. Memeriksa kepatenan selang kateter
- 4. Mengetahui karakteristik urin klien : warna, urin, bau

#### Indikasi

Setiap klien yang terpasang kateter

#### Kontraindikasi

Tidak ada

## Hal-hal yang Perlu Diperhatikan:

- 1. Jika balon kateter bocor, maka kempeskan balon, keluarkan isinya dan lepaskan selang kateter
- 2. Terkadang dapat juga terjadi sumbatan dalam selang kateter. Tanda yang paling umum adalah aliran urin menjadi sangat pelan, urin tidak mengalir dalam waktu 2 jam walaupun klien sudah minum banyak, kadang tercium bau urin, dan terjadi tekanan di abdomen bagian bawah

- 3. Anjurkan klien untuk meminum adekuat 8-12 gelas (2000-3000 cc per hari).minum adekuat dapat mengencerkan dan memperlancar aliran urin, meminimalisir adanya sedimen dan batu, serta mengurangi resiko infeksi
- 4. Jangan gunakan bedak powder atau lation dibagian perineum karena akan meningkatkan pertumbuhan mikroorganisme

## Pengkajian

- 1. Kaji berapa lama kateter akan dipasang
- 2. Kaji keadaan kulit di area meatus uretra
- 3. Kaji adanya keluhan nyeri ata rasa tidak nyaman
- 4. Kaji adanya alergi terhadap cairan antiseptic
- 5. Kaji suhu badan klien
- 6. Kaji intake cairan yang dikomsumsi klien. Jika klien kurang intake cairan adekuat maka akan meningkatkan resiko infeksi dan pertumbuhan bakteri
- 7. Kaji karakteristik urin : warna, jumlah, dan bau
- 8. Kaji tingkat pengetahuan klien tentang perawatan kateter

## Masalah Keperawatan yang Terkait

- 1. Kekurangan volume cairan
- 2. Risiko infeksi
- 3. Nyeri

## Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah melakukan peraatan kateter

### Implementasi Tindakan Keperawatan

### Periapan Alat:

- Bak instrumen steril yang berisi:
  - o Duk bolong
  - Kain kassa atau depper secukupnya
  - o Pinset anatomis (2 buah)
  - o Pinset silurgis (1 buah)
  - o Kom kecil (2 buah)
  - o Kapas lidi (2 buah)
- Cairan desinfektan
- Bengkok
- Plester

- Gunting perban
- Cairan NaCl 0.9 %
- Selimut mandi
- Korentang pada tempatnya
- Perlak pengalas
- Sampiran
- Sarung tangan steril
- Pinset bersih

## Persiapan Lingkungan:

Jaga privasi klien

### Persiapan Klien:

- 1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
- 2. Beri klien posisi dorsal recumbent (wanita) dan supine (pada pria) Catatan : posisi ini dilakukan di urutan langkah-langkah

### Langkah-langkah:

- 1. Cuci tangan
- 2. Pasang sarung tangan bersih
- 3. Pasang perlak pengalas di baawah bokong klien
- 4. Ganti selimut klien dengan selimut mandi. Ekspose bagian perineal saja
- 5. Letakkan bengkok di samping klien
- 6. Buka kassa yang melindungi penis pria dengan menggunakan bantuan pinset bersih (jika diperlukan). Jika pada wanita tidak terpasang kassa
- 7. Buka set steril dengan menggunakan Teknik aseptic
- 8. Isi kom dengan cairan NaCl 0,9% dan betadin 70%
- 9. Pasang sarung tangan steril
- 10. Pasang duk bolong di daerah perineum
- 11. Peras kassa atau depper steril. Pisahkan pinset untuk memeras dengan pinset yang digunakan ke klien
- 12. Bersihkan area perineal. Catat keadaan perineal (adakah tanda-tanda infeksi : warna, bau, ada pembekakan, konsitensi cairan lendir)

**Pria:** Pegang penis dengan mantap arah 90° dan tarik preputium dengan menggunakan tangan non dominan. Bersihkan penis dan arah meatus uretra ke arah gland penis dengan tangan dominan.

wanita: buka labia mayora dengan tangan dominan lalu bersihkan dengan tangan dominan dari arah atas ke bawah. Lakukan hal ini sama pada labi minora dan meatus uretra

- 13. Bersihkan selang kateter dari area meatus uretra (±10 cm) dengan cairan desinfektan
- 14. Pasang kassa kering dibagian penis pria dengan posisi menyilang sehingga ujung penis benar-benar tertutup. Pada wanita tidak perlu dilakukan

15. Fiksasi selang kateter pada posisi yang aman dan nyaman

Pria: di abdomen

Wanita : di paha bagian atas

- 16. Periksa kepatenan selang kateter dan kantong urin (posisi kantong urin harus lebih rendah dari vesika urinaria klien, kantong urin digantung disamping tempat tidur, pastikan tidak dalam keadaan ter-klem, kantong urin dikosongkan kembali jika terisi penuh atau paling tidak tiap 8jam)
- 17. Angkat pengalas bokong
- 18. Pasang kembali selimut klien
- 19. Rapihkan alat dan klien
- 20. Lepaskan sarung tangan
- 21. Cuci tangan
- 22. Dokumentasi

## Sikap:

- 23. Melakukan tindakan dengan sistematis
- 24. Komunikatif dengan klien
- 25. Percaya diri

# FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

# KETERAMPILAN: MELAKUKAN PERAWATAN KATETER (PRIA & WANITA)

Nama Mahasiswa:.....

ASPEK KETERAMPILAN YANG		DILAKUKAN					
DINILAI	T	gl:	T	gl:	T	gl:	
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Persiapan Alat							
Bak instrument steril yang berisi :							
- duk bolong							
- kain kassa atau depper secukupnya							
- pinset anatomis (2 buah)							
- pinset silurgis (1 buah)							
- kom kecil (2 buah) - kapas lidi (2 buah)							
<ul> <li>Cairan desinfektan</li> </ul>							
Bengkok							
Plester							
<ul><li>Gunting perban</li></ul>							
<ul><li>Guitting perban</li><li>Cairan NaCI 0,9 %</li></ul>							
• Selimut mandi							
<ul><li> Korentang pada tempatnya</li><li> Perlak pengalas</li></ul>							
1 0							
<ul><li>Sampiran</li><li>Sarung tangan steril</li></ul>							
Pinset bersih							
• Finset bersin							
2. Persiapan Lingkungan							
2. Jaga privasi klien							
Persiapan Klien							
3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan							
dilakukan							
4. Beri klien posisi dorsal recumbent (pada							
wanita) dan supine (pada laki-laki)							
Catatan : posisi ini dilakukan diurutan							
langkah-langkah							
Langkah-langkah:							
5. Cuci tangan							
6. Pasang sarung tangan bersih							
7. Pasang perlak perlak pengalas dibawah							
bokong klien							

8. Ganti selimut klien dengan selimut	
mandi. Ekspose bagian perineal saja	
<ol><li>Letakkan bengkok disamping klien</li></ol>	
10. Buka kassa yang melindungi penis pria	
dengan menggunakan bantuan pinset	
bersih (jika diperlukan). Jika pada wanita	
tidak terpasang kassa	
11. Buka set steril dengan menggunakan	
tehnik aseptic	
12. Isi kom dengan cairan NaCI 0,9% dan	
betadin 70%	
13. Pasang sarung tangan steril	
14. Pasang duk bolong di daerah perineum	
15. Peras kassa atau depper steril. Pisahkan	
oinset untuk memeras dengan pinset	
yang digunakan ke klien	
16. Bersihkan area perineal. Catat keadaan	
perineal (adakah tanda-tanda infeksi :	
warna, bau, ada pembengkakan,	
konsistensi cairan lendir)	
<b>Pria</b> : pegang penis arah 90° dan tarik	
preputium dengan menggunakan tangan	
non dominan. Bersihkan penis dari arah	
meatus kea rah gland penis dengan	
tangan dominan .	
Wanita: buka labia mayora dengan	
tangan non dominan lalu bersihkan	
dengan tangan dominan dari arah atas	
kebawah. Lakukan hal yang sama pada	
labia minora dan meatus uretra	
17. Bersihkan selang kateter dari area meatus	
uretral (± 10cm) dengan cairan	
desinfektan	
18. Pasang kassa kering dibagian penis pria	
dengan posisi menyilang sehingga ujung	
penis benar-benar tertutup. Pada wanita,	
tidak perlu dilakukan	
19. Fiksasi selang kateter pada posisi yang	
aman dan nyaman	
Pria: di abdomen	
Wanita: di paha bagian atas	
20. Periksa kepatenan selang kateter dan	
kantong urin (posisi kantong uring harus	
lebih rendah dari vesika urinaria klien,	
kantong urin digantung disamping tempat	
tidur, pastikan tidak dalam keadaan ter-	
-	 

klem, kantong urin dikosongkan kembali				
jika berisi penuh atau paling tidak tiap 8				
jam)				
21. Angkat pengalas bokong				
22. Pasang kembali selimut pasien				
23. Rapihkan alat dan klien				
24. Lepaskan sarung tangan				
25. Cuci tangan				
26. Dokumentasi				
Sikap:				
27. Melakukan tindakan dengan sistematis				
28. Komunikatid dengan klien				
29. Percaya diri				

# **Keterangan:**

• Ya : 1 (dilakukan dengan benar)

• Tdk : 0 (tidak dilakukan / dilakukan dengan tidak / kurang benar )

# Kriteria Penilaian

Baik sekali : 100
 Baik : 81 – 99
 Kurang / TL : ≤ 80

Nilai = <u>Jumlah Tindakan yang Dilakukan (Ya) x 100 = .....</u>

29

Tanggal:		Tanggal:		Tanggal:		
Nilai :		Nilai:		Nilai:		
Pembimbing:		Pembimbing:		Pembimbing:		
Mahasiswa		Mahasiswa:		Mahasiswa		



Gambar: selang kateter dan kantong urin

# Contoh Dokumentasi Implementasi Tindakan Keperawatan

Nama : Ny. A (35 tahun) Ruang Anggrek RS Peduli Sesama

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Keperawatan dan Respon	Paraf & Nama
16 April 2009	12.00	2	Melakukan perawatan kateter (perawatan kateter sebelumnya dilakukan 2 hari yang lalu) Respon: klien merasa nyeri minimal di area pemasangan kateter, tidak ada tandatanda infeksi di area meatus uretra, urin berwarna kuning jernih, jumlah 500 cc	Raka

# **Evaluasi Formatif**

- 1. Evaluasi kondisi uretra
- 2. Evaluasi karakter urin : warna, jumlah dan bau (jika memungkinkan)
- 3. Evaluasi temperatur badan klien
- 4. Evaluasi apakah klien mengalami nyeri

#### MEMASANG KONDOM KATETER

#### **Definisi**

Memasang alat yang sangat lembut dan dipakai untuk melapisi penis kemudian disambungkan dengan selang kantong urin. Kondom kateter dinilai lebih nayaman dipakai dan aman digunakan daripada selang kateter. Kondom kateter dapat dipakai pada klien laki-laki yang mengalami inkontinensia urin ataupun pada klien yang koma sekalipun asalkan masih dapata mngosongkan kandung urin secara spontan dan komplit (tidak ada urin residu). Sebagai pelengkap untuk melapisi penis, maka dibutuhkan juga plester elastis yang dipasang melingkari penis bagian atas.



**Gambar:** pemasanagn kondom kateter (kiri), bentuk kondom kateter (kanan)

### **Tujuan**

- 1. Membuat klien merasa nyaman, terutama pada klien inkontinensia yang masih mampu BAK secara spontan
- 2. Merupakan media untuk pemeriksaan urin
- 3. Memungkinkan klien untuk lebih bebas beraktivitas tanpa takut basah karena urin
- 4. Mencegah iritasi kulit, karena kulit yang terkena urin pada klien inkontinensia

#### Indikasi

Efektif dilakukan pada klien dengan masalah inkontinensia yang mampu BAK secara spontan

#### Kontraindikasi

Tidak ada

## Hal-hal yang perlu diperhatikan

- 1. Kondom kateter harus diganti setiap hari tetapi diobservasi minimal minimal tiap 4 jam untuk mendeteksi apakah ada masalah atau tyidak
- 2. Jangan lupa untuk membersihkan meatus uretra dan penis pada saat mengganti kondom kateter. Lakukan juga pemeriksaan integritas kulit area tersebut
- 3. Lakukan komunikasi efektif pada saat melakukan pemasangan kondom kateter meskipun pada klien dengan kesadaran koma karena kemungkinan klien dapat mendengar

## Pengkajian

- 1. Kaji kemampuan klien untuk BAK secara spontan dan teratur
- 2. Kaji tingkat kesadaran klien sehingga dapat dipakai sebagai dasar perawat untuk mengajari klien memakai kondom kateter
- 3. Kaji kondisi penis sebagai dasar untuk membandingkan keadaan kulit setelah pemasangan kondom kateter
- 4. Kaji tingkat pengetahuan klien terhadap tujuan dari pemasangan kondom kateter

## Masalah Keperwatan yang Terkait

- 1. Risiko kerusakan integritas kulit
- 2. Kerusakan integritas kulit
- 3. Defisit perawatan diri: toileting secara mandiri
- 4. Total inkontinensia

## Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi maslaah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah memasang kondom kateter

## Implementasi Tindakan Keperawatan

## Persiapan Alat:

- Kondom Kateter
- Gunting
- Plaster
- Sarung tangan bersih
- Bengkok
- Skerem
- Urine bag dan lem pengikatnya
- Selimut

### Persiapan Lingkungan:

Jaga privasi klien, dengan cara memasang sekerem

## Persiapan Klien:

- 1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
- 2. Beri klien posisi supine

## Langkah-langkah:

- 1. Cuci tangan
- 2. Pakai sarung tanagn bersih
- 3. Lepaskan pakaian bawah klien
- 4. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut
- 5. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali
- 6. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan
- 7. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urine bag
- 8. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas glands penis
- 9. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5 cm antara ujung gland penis dan ujung kondom
- 10. Pasang kembali pakaian bawah klien
- 11. Ikat urine bag disamping tempat tidur klien. Urine bag harus lebih endah dari kandung kemih
- 12. Rapihkan alat dan klien
- 13. Lepaskan sarung tangan
- 14. Cuci tangan
- 15. Dokumentasi

## Sikap;

- 1. Melakukan tindakan dengan sistematis
- 2. Komunikatif dengan klien
- 3. Percaya diri

# FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

# **KETERAMPILAN: MEMASANG KONDOM KATETER**

Nama Mahasiswa: ....

Tgl : Tgl	ASPEK KETERAMPILAN YANG		Γ	OILAF	KUKA	N		KET
1	DINILAI	T	gl:	T	gl:	T	gl:	
1. Persiapan Alat:  • Kondom kateter  • Gunting  • Plester  • Sarung tangan bersih  • Bengkok  • Urin bag dan lem pengikatnya  • Selimut  Persiapan lingkungan:  2. Jaga privasi klien, dengan cara memasang sekeram  Persiapan klien:  3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan  4. Beri klien posisi supine  Langkah-langkah:  5. Cuci tangan  6. Pakai sarung tangan bersih  7. Lepaskan pakaian bawah klien  8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut  9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali  10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan  11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag  12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom  13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm		Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
Kondom kateter     Gunting     Plester     Sarung tangan bersih     Bengkok     Urin bag dan lem pengikatnya     Selimut  Persiapan lingkungan:     Jaga privasi klien, dengan cara memasang sekeram  Persiapan klien:     Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan     Beri klien posisi supine  Langkah-langkah:     Cuci tangan     Pakai sarung tangan bersih     Lepaskan pakaian bawah klien     Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut     Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali     Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan     Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag     I. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom     13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm	1	2	3	4	5	6	7	8
Gunting Plester Sarung tangan bersih Bengkok Urin bag dan lem pengikatnya Selimut  Persiapan lingkungan: Jaga privasi klien, dengan cara memasang sekeram  Persiapan klien: Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan Beri klien posisi supine  Langkah-langkah: Cuci tangan Pakai sarung tangan bersih Lepaskan pakaian bawah klien Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali Degang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag Likatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom Jis Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm	1. Persiapan Alat :							
<ul> <li>Plester</li> <li>Sarung tangan bersih</li> <li>Bengkok</li> <li>Urin bag dan lem pengikatnya</li> <li>Selimut</li> <li>Persiapan lingkungan:</li> <li>2. Jaga privasi klien, dengan cara memasang sekeram</li> <li>Persiapan klien:</li> <li>3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>4. Beri klien posisi supine</li> <li>Langkah-langkah:</li> <li>5. Cuci tangan</li> <li>6. Pakai sarung tangan bersih</li> <li>7. Lepaskan pakaian bawah klien</li> <li>8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut</li> <li>9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali</li> <li>10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan non dominan</li> <li>11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag</li> <li>12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom</li> <li>13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm</li> </ul>	Kondom kateter							
Sarung tangan bersih Bengkok Urin bag dan lem pengikatnya Selimut  Persiapan lingkungan: 2. Jaga privasi klien, dengan cara memasang sekeram  Persiapan klien: 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi supine  Langkah-langkah: 5. Cuci tangan 6. Pakai sarung tangan bersih 7. Lepaskan pakaian bawah klien 8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut 9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali 10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan 11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm	Gunting							
Bengkok Urin bag dan lem pengikatnya Selimut  Persiapan lingkungan: 2. Jaga privasi klien, dengan cara memasang sekeram  Persiapan klien: 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi supine  Langkah-langkah: 5. Cuci tangan 6. Pakai sarung tangan bersih 7. Lepaskan pakaian bawah klien 8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut 9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali 10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan 11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm	• Plester							
<ul> <li>Urin bag dan lem pengikatnya</li> <li>Selimut</li> <li>Persiapan lingkungan:</li> <li>Jaga privasi klien, dengan cara memasang sekeram</li> <li>Persiapan klien:</li> <li>Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>Beri klien posisi supine</li> <li>Langkah-langkah:</li> <li>Cuci tangan</li> <li>Pakai sarung tangan bersih</li> <li>Lepaskan pakaian bawah klien</li> <li>Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut</li> <li>Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali</li> <li>Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan</li> <li>Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag</li> <li>Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom</li> <li>Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm</li> </ul>	Sarung tangan bersih							
• Selimut  Persiapan lingkungan: 2. Jaga privasi klien, dengan cara memasang sekeram  Persiapan klien: 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi supine  Langkah-langkah: 5. Cuci tangan 6. Pakai sarung tangan bersih 7. Lepaskan pakaian bawah klien 8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut 9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali 10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan 11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm	Bengkok							
• Selimut  Persiapan lingkungan: 2. Jaga privasi klien, dengan cara memasang sekeram  Persiapan klien: 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi supine  Langkah-langkah: 5. Cuci tangan 6. Pakai sarung tangan bersih 7. Lepaskan pakaian bawah klien 8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut 9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali 10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan 11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm	Urin bag dan lem pengikatnya							
2. Jaga privasi klien, dengan cara memasang sekeram  Persiapan klien: 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi supine  Langkah-langkah: 5. Cuci tangan 6. Pakai sarung tangan bersih 7. Lepaskan pakaian bawah klien 8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut 9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali 10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan 11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
2. Jaga privasi klien, dengan cara memasang sekeram  Persiapan klien: 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi supine  Langkah-langkah: 5. Cuci tangan 6. Pakai sarung tangan bersih 7. Lepaskan pakaian bawah klien 8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut 9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali 10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan 11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm	Persiapan lingkungan :							
Persiapan klien:  3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan  4. Beri klien posisi supine  Langkah-langkah:  5. Cuci tangan  6. Pakai sarung tangan bersih  7. Lepaskan pakaian bawah klien  8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut  9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali  10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan  11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag  12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom  13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi supine  Langkah-langkah: 5. Cuci tangan 6. Pakai sarung tangan bersih 7. Lepaskan pakaian bawah klien 8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut 9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali 10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan 11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm	memasang sekeram							
dilakukan 4. Beri klien posisi supine  Langkah-langkah: 5. Cuci tangan 6. Pakai sarung tangan bersih 7. Lepaskan pakaian bawah klien 8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut 9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali 10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan 11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm	Persiapan klien :							
4. Beri klien posisi supine  Langkah-langkah: 5. Cuci tangan 6. Pakai sarung tangan bersih 7. Lepaskan pakaian bawah klien 8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut 9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali 10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan 11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
Langkah-langkah:  5. Cuci tangan  6. Pakai sarung tangan bersih  7. Lepaskan pakaian bawah klien  8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut  9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali  10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan  11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag  12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom  13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm	dilakukan							
<ul> <li>5. Cuci tangan</li> <li>6. Pakai sarung tangan bersih</li> <li>7. Lepaskan pakaian bawah klien</li> <li>8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut</li> <li>9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali</li> <li>10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan</li> <li>11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag</li> <li>12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom</li> <li>13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm</li> </ul>	4. Beri klien posisi supine							
6. Pakai sarung tangan bersih 7. Lepaskan pakaian bawah klien 8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut 9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali 10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan 11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
<ul> <li>7. Lepaskan pakaian bawah klien</li> <li>8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut</li> <li>9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali</li> <li>10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan</li> <li>11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag</li> <li>12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom</li> <li>13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm</li> </ul>								
8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut  9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali  10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan  11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag  12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom  13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
dengan selimut  9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali  10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan  11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag  12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom  13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali 10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan 11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
keringkan kembali  10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan  11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag  12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom  13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan 11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan  11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag  12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom  13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan  11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag  12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom  13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
dengan tangan dominan  11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag  12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom  13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm	_							
ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm								
amara muny yianu nama umiy	antara ujung gland penis dan ujung							

penis				
14. Pasang kembali pakaian bawah klien				
15. Ikat urin bag disamping tempat tidur				
klien. Urin bag harus lebih rendah dari				
kandung kemih				
16. Rapihkan alat dan klien				
17. Lepaskan sarung tangan				
18. Cuci tangan				
19. Dokumentasi				
Sikap:				
20. Melakukan tindakan dengan sistematis				
21. Komunikatif dengan klien				
22. Percaya diri				

# **Keterangan:**

• Ya : 1 (dilakukan dengan benar)

• Tdk : 0 (tidak dilakukan / dilakukan dengan tidak / kurang benar )

# Kriteria Penilaian

Baik sekali : 100
 Baik : 81 – 99
 Kurang / TL : ≤ 80

Nilai = <u>Jumlah Tindakan yang Dilakukan (Ya) x 100 = .....</u>

29

Tanggal:	Tanggal:	Tanggal:		
Nilai:	Nilai :		Nilai:	
Pembimbing:	Pembimbing	g:	Pembimbing:	
Mahasiswa	Mahasiswa:		Mahasiswa	

# Contoh Dokumentasi Implementasi Tindakan Keperawatan

Nama : Ny. A (35 tahun) Ruang Anggrek RS Peduli Sesama

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Keperawatan dan Respon	Paraf & Nama
16 April 2009	12.00	2	Melakukan pemasangan kondom kateter Respon: tidak ada tanda-tanda infeksi dan iritasi pada daerah meatus uretra dan kulit sekitar penis, urin mengalir lancar, warna kuning jernih, jumlah 500 cc	
				Raka

## **Evaluasi Formatif**

- 1. Evaluasi aliran drainase urin
- 2. Evaluasi keadaan kulit di sekitar penis terhadap tanda-tanda infeksi dan iritasi
- 3. Evaluasi sirkulasi gland penis untuk menentuka apakah plester elastik dipasang terlalu ketat / kencang

#### **BLADDER TRAINING**

Dalam kegiatan belajar praktikum ini akan dijelaskan bagaimana cara melakukan prosedur tindakan *Bladder Training*. Prosedur ini dilakukan terhadap pasien yang mengalami gangguan berkemih karena akibat penyakit yang dialaminya khususnya penyakit yang terkait dengan system perkemihan. Tujuan dari pembelajaran ini adalah memberi pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa dalam melakukan produser tindakan *Bladder Training* sebagai dasar atau bekal sebelum melakukan asuhan keperawatn pada tatanan nyata di pelayanan kesehatan baik Rumah Sakit maupun klinik.

#### A. PENGERTIAN

Bladder Training adalah salah upaya untuk mengembalikan fungsi kandung kencing yang mengalami gangguan ke keadaan normal atau ke fungsi optimal neurogenik. Bladder training merupakan salah satu terapi yang efektif diantara terapi non farmakologis.

#### B. TUJUAN

Tujuan dari *bladder training* adalah untuk melatih kandung kemih dan mengembalikan pola normal perkemihan dengan menghambat atau menstimulus pengeluaran air kemih. Terapi ini bertujuan memperpanjang interval berkemih yang normal dengan berbagai teknik distraksi atau teknik relaksasi sehingga frekeunsi berkemih dapat berkurang, hanya 6-7 kali per hari atau 3-4 jam sekali. Melalui latihan, penderita diharapkan dapat menahan sensasi berkemih.

Tujuan yang dapat di capai dalam sumber yang lain adalah:

- 1. Kilen dapat mengontrol berkemih
- 2. Klien dapat mengontrol buang air besar
- 3. Menghindari kelembaban dan iritasi pada kulit lansia
- 4. Menghindari isolasi social bagi klien

#### C. INDIKASI

Indikasi dilakukannya Bladder Training adalah sebagai berikut:

- 1. Orang yang mengalami masalah dalam hal perkemihan
- 2. Klien dengan kesulitan memulai atau menghentikan aliran urine
- 3. Orang dengan pemasangan kateter yang relative lama
- 4. Klien dengan inkontinentia urine

### D. PENGKAJIAN

Sebelum anda melakukan tindakan ini, maka anda harus melakukan pengkajian antara lain:

#### 1. Pola berkemih

Info ini memungkinkan perawat merencanakan sebuah program yang sering memakan waktu 2 minggu atau lebih untuk dipelajari.

Ada tidaknya ISK atau penyakit penyebab
 Bila terdapat ISK atau penyakit yang lainnya maka harus diobati dalam waktu yang sama.

## E. PELAKSANAAN

- 1. Tentukan pola berkemih pasien dan dorong untuk berkemih pada saat itu. Ciptakan jadwal berkemih regular dan bntu pasien untuk mempertahankannya, baik pasien merasakan keinginan untuk berkemih ataupun tidak. (contoh: sesaat setelah bangun, tiap 1 hingga 2 jam selama siang ahri, sebelum tidur, setiap 4 jam pada malam hari). Rangkaian peregangan-relaksasi dalam jadwal tersebut dapat meningkatkan tonus otot dan control volunter, intruksikan pasien untuk mempraktikkan nafas dalam hingga rasa keinginan berkemih berkurang atau hilang.
- **2.** Ketika pasien sudah mampu merasakan dapat mengontrol berkemih, jangka waktu bisa diperpanjang tanpa adanya inkontinensia.
- **3.** Atur asupan cairan, terutama pada siang hari, unutk membantu mengurangi kebutuhan berkemih pada malam hari.
- **4.** Dorong pasien untuk minum antara pukulm 06.00-18.00
- **5.** Hindari konsumsi berlebihan dari jus sitrus, minuman berkabonasi (khususnya minuman dengan pemanis buatan), alcohol dan minuman yang mengandung kafein, karena dapat mengiritasi bladder, meningkatkan resiko inkontinensia.
- **6.** Bila pasien mendapatkan terapi diuretik, jadwalkan pemberian pada pagi hari.
- 7. Jelaskan pada pasien untuk minum air secara adekuat, hal ini dibtuhkan untuk memastikan produksi urine adekuat yang dapat menstimulasi reflex berkemih.
- **8.** Gunakan pengalas untuk mempertahankan tempat tidur dan linen tetap kering. Hindari penggunaan diaper, menghindari persepsi boleh mengompol.
- 9. Bantu pasien dengan program latihan untuk meningkatkan tonus otot dasar panggul.
- **10.** Berikan reward positif untuk mendorong kemampuan berkemih. Puji pasien bila dapat melakukan berkemih di toilet dan mempertahankan untuk tidak mengompol.

# FORMAT PENILAIAN

No.	Tindakan		Nilai					
		2	3	4				
1.	Persiapan alat:							
	1. Tidak lengkap							
	2. Kurang lengkap							
	3. Lengkap							
2.	Persiapan pasien :							
	1. Tidak lengkap							
	2. Kurang lengkap							
	3. lengkap							
3.	Pelaksanaan tindakan :							
	1. Tidak tepat							
	2. Kurang tepat							
	3. Tepat							

# **Keterangan:**

- 1. Tidak lengkap/tepat : bila hanya sebagian kecil dilakukan (<50%)
- 2. Kurang lengkap/tepat : bila sebagian besar dilakukan (<100%)
- 3. Lengkap/tepat : bila seluruhnya dilakukan (100%)

#### BAB IV SISTEM MUSKULOSKELETAL

### PENGKAJIAN SISTEM MUSKULOSKELETAL

### **PENDAHULUAN**

Praktik laboratorium merupakan tahapan pembelajaran untuk membekali keterampilan kepada mahasiswa tentang kompetensi tertentu yang dilakukan di laboratorium sebagai dasar sebelum anda melakukan keterampilan tersebut pada pasien di tatanan pelayanan kesehatan.

Salah satu kasus penyakit sistem Muskuloskeletal yang perlu dilakukan praktik laboratorium adalah kasus gangguan mobilitas baik secara aktif maupun pasif. Kegiatan praktikum laboratorium sistem Muskuloskeletal yang dibahas dalam modul ini adalah keterampilan dalam Pemeriksaan Kekuatan Otot, *Range of Motion (ROM)*, Merawat Pasien dipasang Traksi dan Gips, Melatih Pasien dengan menggunakan alat bantu jalan, kursi roda, kruck dan tripot.

Setelah anda mempelajari materi panduan praktikum ini dengan sungguh-sungguh, di akhir proses pembelajaran, anda diharapkan akan dapat melakukan bagaimana melaksanakan keterampilan dalam Pemeriksaan Kekuatan Otot, *Range of Motion (ROM)*, Merawat Pasien dipasang Traksi dan Gips, Melatih Pasien dengan menggunakan alat bantu jalan, kursi roda, kruck dan tripot dengan baik dan benar. Agar dapat memahami modul ini dengan mudah, maka panduan praktikum ini membahas beberapa topik yaitu: Prosedur Pemeriksaan Kekuatan Otot, *Range of Motion (ROM)*, Merawat Pasien dipasang Traksi dan Gips, Melatih Pasien dengan menggunakan alat bantu jalan, kursi roda, kruck dan tripot.

PRAKTIKUM PENGKAJIAN SISTEM MUSKULOSKELETAL

#### A. DATASUBJEKTIF

1. KeluhanUtama

Persendian

Nyeri

Nyeri adalah masalah yang paling umum dari gangguan muskuloskeletal. Penting untuk mengetahui lokasi dari nyeri, kualitasmaupuntingkatkeparahannyadanwaktuterjadinya. nyeri. Disamping itu perlu diperoleh informasi mengenaikondisi yang memperberat maupun yang meringankan keluhan. Termasuk juga apakah ada keluhan lain yang menyertai nyeri seperti demam dan sakittenggorokan.

#### Kekakuan

Pada penyakit rheumatoid arthritis, kekakuan pada persendian biasanya terjadi pada pagi hari dan setelah periodeistirahat.

- Pembengkakan, panas dan kemerahan padasendi, keluhan ini dikaji untuk mengetahui apakah terdapat inflamasi akut
- Keterbatasangerak

Penurunan rentang gerak biasanya muncul pada masalah persendian

- Otot
- Nyeri Nyeri pada otot biasanya dirasakan seperti "KRAM" atau kejang pada otot
- KelemahanOtot.
   Perlu diketahui lama terjadinya keluhan, lokasi apakah terdapat distropi pada otot tersebut.
   Kelemahan Otot dapat diindikasikan sebagai adanya gangguan muskuloskeletal atau neurology.
- Tulang
  - Nyeri.

Pada fraktur karakteristik nyeri tajam dan keluhan semakin parah jika ada pergerakan. Meskipun demikian keluhan nyeri pada tulang biasanya tumpul dan dalam yang juga mengakibatkan gangguanpergerakan.

 Deformitas
 Keluhan ini dapat terjadi karena trauma dan juga mempengaruhi rentang gerak. Ini perlu dikaji dengan lebih teliti dan data yang terkait dengan waktu terjadinya trauma serta penanganan yang dilakukan perlu diidentifikasi secara cermat.

- PengkajianFungsional
  Pengkajian ini terkait dengan kemampuan pasien dalam melakukana aktivitas sehari-hari (
  ADL). Yang meliputi personal hygiene, eliminasi berpakaian dan berhias, makan kemampuan
  mobilisasi serta kemampuanberkomunikasi.
- 2. Riwayat Kesehatan danPengobatan
- Tanyakan pada klien mengenai masalah kesehatan yang pernah dialaminya, khususnya yang terkait dengan ganguan muskuloskeletal. Informasi ini akan memberi data dasar pada saat pemeriksaan fisik. Misalnya cedera yang pernah dialami klien mungkin akan mempengaruhi nilai rentang gerak pada persendian dan ekstremitas pada saat dilakukan pemeriksaan fisik. Demikian juga nyeri persendian yang terjadi setelah menderita penyakit kerongkongan yang mungkin mengindikasikan adanya demam rhematik
- Data tentang imunisasi juga diperlukan ( tetanus dan polio ), karena kekakuan pada persendian maupun kejang pada otot dapat juga disebabkan oleh tetanus dan polio. Kondisi seperti ini hampir mirip denganarthritis.
- Pada wanita paruh baya perlu juga ditanyakan mengenai riwayat menopause serta apakah pasien tersebut mendapat terapi estrogen pengganti atau tidak. Wanita yang mengalami menopause lebih awalbiasanyaberisikomenderitaosteoporosiskarenapenurunan kadar estrogen dalam tubuh yang mengakibatkan penurunan kepadatan tulang.
- Selainpenyakitmuskuloskeletal,adanyapenyakitlainsepertiDM, anemia dan sistemik lupus eritematosus, juga perlu dikaji. Karena hal ini juga dapat menjadi resiko terjadinya masalah muskuloskeletal seperti osteoporosis dan osteomyelitis.
- 3. RiwayatKeluarga
  Dapatkan informasi mengenai penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga seperti
  riwayat rheumatoid arthritis, gout atau osteoporosis. Kondisi ini cenderung terjadi pada
  hubungan keluarga.
- 4. RiwayatSosial
  Hal- hal yang dikaji disini meliputi pekerjaan yang berisiko terhadap terjadinya gangguan muskuloskeletal. Termasuk juga aktivitas yang rutin dilakukan, pola diet/ kebiasaan mengkonsumsi makanan maupun minuman keras, berat badan, serta penanganan yang biasanya dilakukan jika terdapat keluhan. Overfield (1995) dalam Weber menyatakan bahwa pria memiliki

tulang yang lebih padat setelah pubertas dan orang kulit hitam mempunyai tulang yang lebih padat dari orang kulit putih. Ia juga menyebutkan bahwa orang Cina, Jepang, dan Eskimo memiliki kepadatan tulang yang lebih rendah dari pada orang kulit putih, tetapi pada wanita Polynesia kepadatan tulangnya 20 % lebih tinggi dari wanita kulitputih.

#### B. DATAOBJEKTIF

- a. PemeriksaanFisik,
- 1. Persiapanklien

Persiapkan ruangan senyaman mungkin. Berikan informasi yang jelas kepada klien tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, bila perlu

didemonstrasikan terlebih dulu mengenai gerakan yang akan dilakukan. Beberapa posisi mungkin mengakibatkan ketidaknyamanan pada klien, oleh karena itu hindarkan aktivitas yang tidak perlu dan berikan periode istirahat pada waktu pemeriksaan jika diperlukan. Pencahayaan yang baik pada di ruangan pemeriksaan juga sangat penting.

Inspeksi Observasi kulit dan jaringan terhadap adanya perubahan warna, pembengkakan, massa, maupun deformitas. Catat ukuran dan bentuk dari persendian. Pembengkakan yang terjadi dapat dikarenakan adanya cairan yang berlebih pada persendian, penebalan lapisan sinovial, inflamasi dari jaringan lunak maupun pembesaran tulang. Deformitas yang terjadi termasuk dislokasi, subluksasi, kontraktur ataupun ankilosis. Perhatikan juga postur tubuh dan gaya berjalan klien, misalnya gaya berjalan spastik hemiparese ditemukan pada klien stroke, tremor pada klien parkinson, dan gaya berjalan pincang. Jika klien berjalan pincang, maka harus diobservasi apakah hal tersebut terjadi oleh karena kelainan organik pada tubuh sejak bayi atau oleh karena cedera muskuloskeletal. Untuk dapat membedakannya dengan melihat bentuk kesimetrisan pinggul, bila tidak simetris artinya gaya berjalan bukan karena cedera muskuloskeletal.

#### • Palpasi

Lakukan palpasi pada setiap sendi termasuk keadaan suhu kulit, otot, artikulasi dan area pada kapsul sendi. Normalnya sendi tidak teraba lembek pada saat dipalpasi, demikian jugapada membran sinovial. Dan dalam jumlah yang sedikit, cairan yang terdapat pada sendi yang normal juga tidak dapat diraba. Apabila klien mengalami fraktur, kemungkinan krepitasi dapat

ditemukan, tetapi pemeriksaan ini tidak dianjurkan karena dapat memperberat rasa nyeri yang dirasakan klien.

### 2. Rentang Gerak (ROM)

- Buatlah tiap sendi mencapai rentang gerak normal penuh, Pada kondisi normal sendi harus bebas dari kekakuan, ketidakstabilan, pembengkakan, atauinflamasi.
- Bandingkansendiyangsamapadakeduasisitubuhterhadap keselarasan.
- Uji kedua rentang gerak aktif dan pasif untuk masing-masing kelompok sendi otot mayor yangberhubungan.
- Jangan paksa sendi bergerak ke posisi yangmenyakitkan.
- Beri klien cukup ruang untuk menggerakkan masing-masing kelompok otot sesuai rentanggeraknya.
- Selama pengkajian terhadap rentang gerak, kekuatan dan tegangan otot, inspeksi juga memgenai adanya pembengkakan, deformitas, dan kondisi dari jaringan sekitar, palpasi atau observasi terjadinya kekakuan, ketidakstabilan, gerakan sendi yang tidak biasanya, sakit, nyeri, krepitasi dannodul-nodul.
- Bila sendi tampak bengkak dan inflamasi, palpasilahkehangatannya
- Selama pengukuran rentang gerak pasif, minta klien agar rilek dan memungkinkan pemeriksa menggerakkan sendi secara pasif sampai akhir rentang gerak terasa. Pemeriksa membandingkan rentang gerak aktif dan pasif yang harus setara untuk masing-masing sendi dan diantara sendi-sendi kontralateral. Dalam keadaan normal dapat bergerak bebas tanpa sakit ataukrepitasi.
- Bila diduga terjadi penurunan gerakan sendi, gunakan sebuah goniometer untuk pengukuran yang tepat mengenai derajat gerakan. (Caranya tempatkan goniometer pada tengah siku dengan lengan melebar disepanjang lengan bawah dan lengan atas klien. Setelah klien memfleksikan lengan, goniometer akan mengukur derajat fleksisendi).
- Ukursudutsendisebelumrentanggeraksendisecarapenuhatau pada posisi netral dan ukur kembali setelah sendi bergerak penuh. Bandingkan hasilnya dengan derajat normal gerakan sendi.
- Tonus dan kekuatan otot dapat diperiksa selama pengukuranrentang gerak sendi.
- Tonus dideteksi sebagai tahanan otot saat ekstremitas rilek secara pasif

digerakkan melalui rentang geraknya. Tonus otot normal menyebabkan tahanan ringan dan data terhadap gerakan pasif selamanya rentanggeraknya.

- Periksa tiap kelompok otot untuk mengkaji kekuatan otot dan membandingkan pada kedua sisi tubuh. Caranya minta klien membentuk suatu posisi stabil. Minta klien untuk memfleksikan otot yang akan diperiksa dan kemudian menahan tenaga dorong yang dilakukan pemeriksa terhadap fleksinya . Periksa seluruh kelompok otot mayor. Bandingkan kekuatan secara bilateral, dalam keadaan normal kekuatan otot secara bilateral simetris terhadap tahanan tenaga dorong, lengan dominan mungkin sedikit lebih kuat dari lengan yang tidak dominan.
- Bersamaan dengan tiap manuver : minta klien membentuksuatu posisi kuatnya. Berikan peningkatan tenaga dorong secara bertahap terhadap kelompok otot.
- Klien menahan dorongan dengan usaha untukmenggerakkan sendinya berlawanan dengan dorongan tersebut.
- Klien menjaga tahanan tersebut agar tetap ada sampai diminta untuk menghentikannya.
- Sendi seharusnya bergerak saat pemeriksa memberi variasi kekuatan tenaga dorong terhadap kelompok otottersebut.
- Bila kelemahan otot terjadi, periksa ukuran otot dengan menempatkan pita pengukur di sekitar lingkar otot tubuh tersebut dan membandingkannya dengan sisi yangberlawanan.

## Tes Kekuatan Otot

Pemeriksaan kekuatan otot dapat dilakukan dengan menggerakkan tiap ekstremitas (pergerakan penuh) dalam menahan tahanan. Lakukan tindakan ini dengan menggunakan beberapa tahanan yang bervariasi. Apabila klien tidak mampu melakukan gerakan untuk melawan tahanan yang diberikan pemeriksa, maka klien untuk meggerakan ekstremitas dalam melawan gravitasi. Jika hal ini tidak dapat dilakukan, usahakan/ bantu klien untuk melakukan rentang gerak secara pasif. Apabila cara ini juga tidak berhasil, maka perhatikan dan rasakan (palpasi) kontraksi otot pada saat klien berusahamenggerakkannya.

Pemeriksaan Phalen (Phalen's test)

Minta klien untuk melakukan fleksi 90o pada kedua pergelangan tangan, dan kedua punggung tangan saling merapat ( bersentuhan ). Pertahankan posisi ini selama 60 detik. Normal tidak ada keluhan, tetapi pada " Carpal Tunnel Syndrome ", tangan akan kebas dan terasa seperti terbakar. Carpal Tunnel syndrome adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan

/ penekanan saraf pada pergelangan tangan.

Tanda Tinel (Tinel's Sign)
Lakukan perkusi langsung pada nervus yang berada di bagian tengah dari pergelangan tangan. "
Tinel's Sign " positif apabila sewaktu perkusi dilakukan klien merasa seperti terbakar ataupun merasa geli pada area.

pergelangan tangan, dan sekitarnya. Ini juga dapat ditemukan pada "Carpal Tunnel Syndrome".

- Tanda bulge (Bulge Sign)
  Lakukan gerakan (seperti masase) dengan agak kuat pada bagian medial paha bagian dalam ke
  arah lutut lebih kurang 2-3 kali, kemudian tahan. Tangan yang lain menahan pada sisi yang
  berlawanan. Perhatikan bagian tengah dari lutut pada daerah yang agak cekung terhadap adanya
  tonjolan yang jelas dari gelombang cairan. Normalnya tonjolan tersebut tidak ada ("Bulge Sign"
  negative).
- Pemeriksaanballotemen
  Pemeriksaan ini dapat digunakan apabila terdapat sejumlah cairan pada area patela. Gunakan tangan kiri untuk menekan rongga suprapatelar. Dengan jari tangan kanan dorong patella dengan tajam ke arah femur. Apabila tidak terdapat cairan maka patella yang terdorong akan kembali ke posisi semula.
  - Pemeriksaan McMurray (McMurray's test)
    Pemeriksaan ini dilakukan apabila klien melaporkan adanya riwayat trauma yang diikuti dengan rasa nyeri pada lutut dan kesulitan dalam menggerakkannya. Klien dibaringkan dengan posisi supine, dan pemeriksa berdiri di sisi klien pada bagian yang akan diperiksa. Sokong tumit kaki dan fleksikan lutut dan pinggul. Tangan yang lain memegang lutut. Kemudian rotasikan kaki dari dalam ke luar dan sebaliknya, lalu sambil menahantumit kaki dan memegang lutut dorong tumit tersebut kea rah kepala. Setelah itu secara perlahan lutut diluruskan. "McMurray's test" positif apabila terdengar atau terasa bunyi "klik" pada lutut. Normalnya kaki dapat diluruskan kembali dengan lembut tanpa kekakuan dan tanpanyeri.
- Pemeriksaan LaSegue (LaSegue's test)
  Berikan posisi supine pada klien, kemudian angkat salah satu tungkai bawah dan tungkai yang

lain tetap lurus di atas tempat tidur. Lalu dorsofleksikantelapak/pergelangankaki.Dilakukanpadakeduakaki secara bergantian. Hasilnya positif apabila klien mengeluhkan nyeri sewaktu pemeriksaan. Keluhan ini biasanya terjadi pada hernia nucleus pulposus (HNP)

Pemeriksaan Diagnostik dan Laboratorium

- PemeriksaanDiagnostik
  Pemeriksaan diagnostik pada sistem musculoskeletal dapat digunakan sebagai pendukung untuk
  menegakkan diagnosa penyakit pasien. Adapun pemeriksaan ini meliputi:
- BoneX-Ray
  X-Ray merupakan salah satu jenis pemeriksaan yang dapat memberikan gambaran kondisi keadaan tulang sesorang, apakah ada fraktur, infeksi tulang seperti osteomiletis, kelainan bawaan, destruksi sendi pada klien arthritis, osteoporosis tahap lanjut atau tumor baik fase awal atau yang telah metastase.Gambaran X-Ray pada klien osteoporosis tampak terjadi dimineralisasi yang ditunjukkan dengan adanya radiolusensni tulang, vertebra torakalis berbentuk baji sedangkan vertebra lumbalis menjadi bikonkaf.

Selain itu, dengan X-Ray juga dapat memonitor perkembangan penyembuhan fraktur. Film radiograpis dapat memperlihatkan adanya cairan sendi, pembengkakan dan kalsifikasi jaringan lunak .Bila ditemukan tanda kalsifikasi pada jaringan lunak dapat menunjukkan adanya peradangan kronis yang merubah bursa atau tendon di area tersebut,karena X-Ray tidak mampu melihat secara langsung keaadaan kartilago dan tendon, begitu juga fraktur kartilago, sprain, cederaligamentum.

Umumnya untuk mendapatkan gambaran yang akurat diperlukan duasudut yang berbeda, yaitu anterior-posterior dan lateral. Sebelum dilakukan pemeriksaan X-Ray ada beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh seorang perawat, antara lain:

- Menjelaskan tujuan dan gambaran prosedurtindakan.
- Tidak perlu puasa atau pemberian sedasi, kecuali biladiperlukan.
- Bagi anak-anak, umumnya merasa takut dengan peralatan yang besar dan asing serta ia merasa terisolasi dari orang tuanya, pastikan pada bagian radiology kemungkinan orang tua dapat mendampiringi anaknya pada saatprosedur.
- Informasikan pada klien, prosedur ini tidak menyebabkan rasa nyeri, tetapi mungkin merasa kurang nyaman terhadap papan pemeriksaan yang keras dan dingin.
- Sokong dengan hati-hati bagian yang cidera dengan caramemegang

ekstremitas dengan lembut pada papanpemeriksaan.

• Lindungi testis, ovarium, perut ibu hamil dengan pelindung khusus terhadap radiasi selamaprosedur.

## CT-ScaN

Computed Tomography digunakan untuk mengidentifikasi lokasi dan luasnya cedera yang sulit teridentifikasi oleh pemeriksaan lain. Sehingga CT Scan mempunyai tujuan untuk mengevaluasi cedera ligament, tendon dan tulang serta dapat mengetahui adanya tumor secara spesifik. Bagiklien yang diamputasi pemeriksaan ini berfungsi untuk mengidentifikasi lesi neoplastik , osteomielitis dan pembentukan hematoma. Pemeriksaan ini dapat atau tidak menggunakan zat kontras. Waktu yang digunakan kurang lebih 60menit.

Yang perlu diperhatikan oleh perawat selama prosedur pelaksanaan adalah:

- Jelaskan tujuan dan gambaran tindakan, seperti klien akandibaringkan di medan magnet, kemudian dimasukkan dalam sebuah tabung. Informasikan pada klien, prosedur ini tidak menyebabkan rasa nyeri, tetapi mungkin merasa kurang nyaman terhadap papan pemeriksaan yang keras dan dingin.
- Anjurkan klien melepas semua bahan metal seperti : ikat pinggang, arloji, kartu kredit, karena ini akan mempengaruhi hasil scaning dan medan magnet dapat merusak fungsi benda-bendatersebut.
- Informasikanbahwaperubahanposisidapatmenyebabkanperubahan hasil scan. Sehingga anak-anak sering diberikan obat penenang sebelum prosedur dilakukan.
- MRI (Magnetic Resonance Imaging). MRI merupakan teknik scaning diagnostic yang non invasive dan menggunakan medan magnet. Pemeriksaan ini dapat memberikan informasi tentang tulang, sendi , kartilago, ligament dan tendon. Klien dengan keluhan nyeri leher dan pinggang dapat diketahui dengan MRI untuk melihat kemungkinan adanya herniasi. Kelebihan dari MRI adalah klien tidak terpapar oleh ionion radiasi. MRI penting dalam pengkajian untuk mengetahui perbaikan dari suatu pembedahanortopedik.

Hal yang perlu diperhatikan perawat pada pemeriksaan MRI ini adalah:

- Tidak ada pembatasan input baik makan maupun minum sebelum tindakan.
- Jelaskan tujuan dan gambaran tindakan, seperti klien akan dibaringkan di medan magnet, kemudian dimasukkan dalam sebuahtabung.

- Kemungkinan klien merasakan keidaknyamanan seperti pusing, tingling pada gigi yang mengandung tambalan metal. Sebenarnya klien yang menggunakan implant logam tidak dianjurkan untukMRI.
- Anjurkanklienmelepassemuabahanmetalseperti:ikatpinggang, arloji, kartu kredit, karena ini akan mempengaruhi hasil scaning dan medan magnet dapat merusak fungsi benda-benda tersebut.
- Bagi klien claustrophobia mungkin merasa takut berada di tabung yang tertutup oleh karena itu perlu penjelasan dan bila memungkinkan mesin tidakditutup.
- Informasikanbahwaperubahanposisidapatmenyebabkanperubahan hasil scan. Sehingga anak-anak sering diberikan obat penenang sebelum prosedur dilakukan.
- Didalamtabungpemeriksaan,klienakanmendengarkansuaramesin yang mungkin membuat rasa tidak nyaman atau takut. Sehingga salah satu solusinya klien dapat mengunakan earplug atau di ruang tersebut diperdengarkan alunan musik.
- Untuk kenyamanan, anjurkan klien mengosongkan bladder sebelum pemeriksaan.
- Pemeriksaan ini memerlukan waktu 30-90 menit. Kontraindikasi MRIadalah o Klien obesitas (BB > 150 kg) karena meja pemeriksaan tidak mampu menyokong berat badanklien.
- o Klien yang memakaki implant logam seperti : pacemaker, infuse pump, implant telinga dalam, klien ortopedik dengan pemasangan screw dan plat, karena magnet logam tersebut dapat memindahkan ion magnet ke tubuh klien dan dapat menimbulkancedera.
- Angiography
  Merupakan teknik pemeriksaan untuk mengetahui kondisi struktur vaskuler. Arteriografi dilakukan dengan cara memasukkan zat kontras radioopak melalui arteri. Setelah diinjeksi area tersebut di foto rongent. Hal ini untuk mengetahui sirkulasi/ perfusi jaringan apakah masih baik atau buruk. Biasanya dilakukan untuk mengetahui perfusi jaringan pada areayangakandiamputasi.Setelahdilakukantindakankliendianjurkan

untuk istirahat kurang lebih 12 – 24 jam dan dibebat elastis guna mencegah terjadinya perdarahan paskainjeksi.

# Atroscopy

Dapat digunakan untuk mengetahui adanya robekan pada kapsul sendi atau ligament penyangga lutut, bahu, tumit, pinggul, pergelangan tangan dan temporomandibular. Pemeriksaan ini merupakan tindakan endoskopi yang memungkinkan pandangan langsung ke dalam ruang sendi. Setelah dilakukan pemeriksaan ini, klien dianjurkan istirahat kurang lebih 12 – 24 jam dan diberikan bebat elastis pada area pemeriksaan. Sebelum dilakukan prosedur ini, terutama bila pemeriksaan pada bagian sendi ekstremitas bawah, pastikan klien mampu menggunakan alat Bantu jalan seperti crucht. Crucht digunakan oleh klien hingga klien mampu menunjukkan kemampuan berjalan tanpa pincang. Setelah dilakukan pemeriksaan ini maka yang perlu diperhatikan perawat adalah pengkajian TTV, status neurovaskuler pada area kaki : cek pulse, warna, temperature, dan sensasi serta observasi tanda-tanda infeksi, termasuk panas, bengkak, nyeri, kemerahan dan pengeluaran cairan. Potensial komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh pemeriksaan iniadalah:

- Infeksi (tindakan ini harus dilakukan dengan steril dan di kamar operasi).
- Tromboplebitis yang dapat disebabkan oleh karena immobilisasi yang lama.
- Hemartrosis (perdarahan dalam sendi) yang dapat disebabkan oleh aspirasi karenajarum.
- Cedera sendi oleh karenapembedahan.
- Rupturesinovial.

o

o

Hal-hal yang harus diketahui oleh perawat adalah:

- o Klien sebaiknya tidak diberikan obat-obat peroral sampai tengah malam pada hari dimana prosedur tindakandilakukan.
- o Pada umumnya tindakkan ini menggunakan anestesi spinal atau general anestesi. Khususnya apabila pembedahan pada lutut diperlukan.
- o Sebelum pemeriksaan pada lutut, rambut halus sekitar 6 inci dibawah dan di atas lutut harus dibersihkan.
  - Klien ditempatkan pada meja operasi dengan posisi supinasi. Kaki klien ditinggikan kemudian dibalut dengan pembalut elastis dari ibu jari sampai ke paha bagian bawah guna meminimalkan vaskularisasi ke bagiandistal.
  - Sebuah tourniquet ditempatkan pada tungkai proksimal klien. Kemudian kaki dibuat lebih rendah, sehingga lutut membentuk sudut 45°.

- o Pembalut elastis dilepas lalu segera buat incici kecil di lutut, kemudian alat atroskopi dimasukkan di sela persendian lutut untuk melihat keadaan di dalam sendi lutut tersebut.
- o Setelah pemeriksaan dilakukan atroskope dilepas dandilakukan irigasi didaerah persendian, luka dibersihkan dan ditutup dengan kassa steril.
- o Prosedur ini dilakukan di ruang operasi oleh ahli ortopedikyang memerlukan waktu 30 menit 2jam.
- o Kontraindikasi:
- Klien dengan ankylosis, karena tidak memungkinkan benda-benda untuk bergerak pada sendi yang kaku oleh karenaperlekatan.
- Klien dengan luka infeksi karena resikosepsis.
- BoneDensitometry

Merupakan pemeriksaan untuk mengetahui kadar mineral dalam tulang dan kepadatannya untuk mendiagnosa penyakitosteoporosis.

Faktor-faktor yang mempengaruhi/ mengganggu hasil densitometri tulang adalah:

- Barium.Biladilakukanpemeriksaanpaskapemberiabariumhasilnya tidak terlalu bermakna kecuali setelah 10 hari dari waktu pemasukan zat kontras ini.
- Pengapuran pada vertebra posterior, arthritissclerosis.
- Aneurisme pada aorta abdominal yang disebabkan oleh karena pengapuran.
  - Penggunaan alat-alat metal, sehinga alat —alat ini harus dilepas sebelumpemeriksaan.
- Riwayat fraktur tulang yang mana telah mengalami proses penyembuhan. Hal-hal yang perlu diperhatikan oleh perawat adalah:
- Klien tidak perlu puasa atau diberikansedasi.
- Pemeriksaan ini memerlukan waktu 30 40menit.
- Jelaskan pada klien bahwa ia akan dibarinkan pada sebuah matras pemeriksaan dengan kaki yang disokong dengan sebuah bantalan agar pelvis dan lumal tetap pada posisidatar.
- Sebuah alat "generator potton" akan ditempatkan didekatmeja pemeriksaan yang nantinya dimasukkan perlahan dibawah lumbal. Sedangkan X-Ray detector akan berada diatas area yang akan diperiksa.
- Gambaran lumbal dan tulang pinggul dengan mengunakan kamera yang dihubungkan dengan monitoringcomputer.

• Kaki atau tangan yang tidak dominant dimasukkan ke dalam penjepit dan hasilnya akan diperlihatkan melalui computer baik hasil pada bagian paha, pinggul, lumbal atau bagian tangan sendiri. Komputerakanmenghitungjumlahpottonyangtidakdapatdiserap

oleh tulang. Ini disebut BMC = Bone Mineral Content. BMD (Bone Mineral Density) mempunyai rumus : BMD = BMC (gm/ cm $^3$ ) / permukaan area tulang. Kemudian dari data tersebut akan dianlisa oleh ahli radiology. Nilai Normal : -1.0)

- Osteopenia : 1.0 –2,5 ( SD di bawah normal 1.0 2.5 ) Osteoporosis : > 2,5 ( SD di bawah normal 12 mg/dl
- Asam urat urine 250 750 mg / hari atau 1,48 4,43 mmol/ hari Pada kasus Gout dan artritis akan megalami peningkatan dari nilai normal
- SGOT 10-40  $\Box$  / ml (SI : 0,08 0,32  $\Box$  mol -1/ l ) Meningkat akibat kerusakan otot.
- HbDarahLK:13–18mg/dlPR:12–16mg/dlMenurunbila terjadi perdarahan akibat trauma.
- Leukosit 4300 10.800/ mm3Meningkat
- Kalsium Serum 8,5 10,5 mg /dl Menurun pada Osteomalacia, Paget, tumor tulang yang telah metastase serta klien yang immobilisasilama,
- Kreatinin Kinase ( CK ) < 100 mg/ hari Meningkatakibat kerusakan otot
- Hormon Paratiroid  $< 10 \square l \text{ equiv} / \text{ml (SI : } < 10 \text{ ml equiv} / 1) \text{ Meningkat}$
- Tiroid (TSH)  $0.5 3.5 \square u / ml$  (SI: 0.5 3.5 mU/l) Meningkat
- Fosfor 3,0 4,5 mg/dlMeningkat

## **RANGE OF MOTION (ROM)**

### A. PENGERTIAN ROM (RANGE OF MOTION)

ROM (Range Of Motion) adalah istilah baku untuk menyatakan batas atau batasan gerakan sendi yang normal dan sebagai dasar untuk menetapkan adanya kelainan ataupun untuk menyatakan batas gerakan sendi yang abnormal. ROM (Range Of Motion) adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif maupun pasif.

### B. MANFAAT ROM (RANGE OF MOTION)

ROM sangat penting walaupun kita sedang sakit, cedera atau harus istirahat di tempat tidur atau di kursi roda (Kozier, 2008). Manfaat dari ROM adalah :

- 1. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan
- 2. Mengkaji tulang otot dan sendi
- 3. Mencegah terjadinya kelakuan sendi
- 4. Memperlancar sirkulasi darah

Namun jika menurut Potter and Perry, 2006 tujuan dari ROM adalah :

- 1. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot
- 2. Mempertahankan fungsi jantung dan pernafasan

3. Mencegah kontraktur dan kekakuan pada sendi

# C. JENIS ROM (RANGE OF MOTION)

Ada dua jenis ROM, yaitu ROM aktif dan ROM pasif

## 1. Aktif ROM (Range Of Motion)

### a. Pengertian

Merupakan pergerakan yang dilakukan oleh orang itu sendiri secara mandiri

## b. Tujuan

- 1) Meminimalisasi efek immobilisasi
- 2) Meningkatkan sirkulasi darah dan cairan synovial
- 3) Memberikan kekuatan yang cukup pada otot
- 4) Memberikan pengaruh kinesthesia

#### c. Indikasi

Kontraksi aktif dari otot menurun. Kekuatan otot 75%

#### d. Kontraindikasi

- 1) Nyeri berat
- 2) Sendi kaku atau tidak dapat bergerak
- 3) Stroke

## e. Prosedur Pelaksanaan

Perawat memberikan bimbingan dan intruksi atau motivasi kepada klien untuk menggerakan persendian-persendian tubuh sesuai dengan rentang geraknya masing-masing.

## 2. Pasif ROM (Range Of Motion)

## a. Pengertian

Merupakan pergerakan yang dilakukan oleh seseorang yang dibantu orang lain. Hal ini dilakukan dikarenakan seseorang tidak punya kemampuan untuk melakukan pergerakan secara mandiri (Kozier, 2008)

## b. Tujuan

- 1) Mempertahankan fungsi sendi otot sebaik mungkin
- 2) Mempertahankan area sendi tetap fleksibel
- Kondisi yang tidak memungkinkan melakukan ROM secara mandiri.

#### c. Indikasi

- 1) Orang yang keterbatasan fisik
- 2) Pasien yang terimobilisasi di tempat tidur maupun di kursi roda
- Kondisi yang tidak memungkinkan melakukan ROM secara mandiri

#### d. Prosedur Pelaksanaan

## 3. **Prosedur Umum**

- a. Cuci tangan untuk mencegah transfer organisme
- b. Jaga privasi klien dengan menutup pintu atau memasang sketsel
- Beri penjelasan kepada klien mengenai apa yang akan anda kerjakan dan minta klien untuk dapat kerjasama
- d. Atur ketinggian tempat tidur klien yang sesuai agar memudahkan perawat dalam bekerja, terhindar dari masalah pada penjajaran tubuh dan pergunakan selalu prinsip-prinsip mekanik tubuh
- e. Posisikan klien dengan posisi supinasi dekat dengan perawat dan buka

bagian tubuh yang akan digerakkan

- f. Letakkan kedua kaki dan letakkan kedua lengan pada masing-masing sisi tubuh
- g. Kembalikan pada posisi awal setelah masing-masing gerakan. Latihan gerakan dapat diulang hingga 3 kali, hingga klien merasakan lebih membaik
- h. Selama latihan pergerakan, kaji:
  - Kemampuan untuk menoleransi gerakan
  - Rentang gerak ROM dari masing-masing persendian yang bersangkutan
- i. Setelah latihan pergerakan, kaji denyut nadi dan ketahanan tubuh terhadap latihan
- j. Catat dan laporkan setiap masalah yang tidak diharapkan atau perubahan pada pergerakan klien, misalnya ada kekakuan dan kontraktur

#### 4. **Prosedur Khusus**

Latihan gerakan ROM dilakukan di daerah sendi : leher, lengan, siku,bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki

a. Gerakan leher

Ambil bantal dibawah kepala klien

1) Fleksi dan ekstensi leher

Letakkan satu tangan di bawah kepala klien, dan tangan yang lainnya di atas dagu klien

Fleksi : Gerakan kepala ke depan sampai menyetuh dada (45°)

Ekstensi : kembalikan ke posisi semula tanpa di sangga oleh bantal (45°)

- 2) Fleksi lateral leher
  - Letakkan kedua tangan pada pipi klien

• Gerakkan kepala klien ke arah kanan dan kiri (40-45°)

#### b. Gerakan bahu

 Mulai masing-masing gerakan dari lengan klien
 Pegang lengan dibawah siku dengan tangan kiri perawat dan pegang pergelangan tangan klien dengan tangan kanan perawat

2) Fleksi dan ekstensikan bahu

Fleksi : menaikkan lengan dengan posisi disamping tubuh ke depan ke atas  $(180^{\circ})$  . Ekstensi : mengembalikan lengan klien ke posisi di samping tubuh  $(180^{\circ})$ 

3) Abdusikan bahu dan adduksikan bahu

Abduksi : gerakkan lengan menjauhi tubuh dan menuju kepala klien sampai tangan di atas kepala (180°)

Adduksi : menurunkan lengan klien ke samping tubuhnya sampai tangan yang bersangkutan menyentuh tangan pada sisi sebelahnya (320°)

4) Rotasikan bahu internal dan eksternal

Rotasi internal : letakkan lengan di samping tubuh klien sejajar dengan bahu, siku membentuk sudut 90° dengan kasur. Gerakkan lengan ke bawah hingga telapak tangan menyentuh kasur

Rotasi eksternal : kemudian gerakan lengan ke atas hingga punggung tangan menyentuh tempat tidur (90°)

## c. Gerakan siku

1) Fleksi dan ekstensikan siku

Fleksi : bengkokkan siku hingga jari-jari tangan menyentuh dagu (150°)

Ekstensi : luruskan kembali ke tempat semula (150°)

2) Pronasi dan supinasikan siku

Genggam tangan klien seperti orang yang sedang berjabat tangan Supinasi : memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas (70-90°)

# d. Gerakan pergelangan tangan

- 1) Fleksi pergelangan tangan
  - Genggam telapak dengan satu tangan, tangan lainnya menyangga lengan bawah
  - Bengkokkan pergelangan tangan ke depan (80-90°)
- 2) Ekstensi pergelangan tangan
  - Dari posisi fleksi, tegakkan kembali pergelangan tangan ke posisi semula (80-90°)
- 3) Fleksi radial/radial deviation (abduksi)
- Fleksi ulnar /ulnar deviation (adduksi)
   Bengkokkan pergelangan tangan secara lateral ke arah jari kelima (30-50°)
- e. Gerakan jari-jari tangan
  - 1) Fleksi, bengkokkan jari-jari dan ibu jari ke arah telapak tangan (tangan menggengam)
  - 2) Ekstensi, dari posisi fleksi,kembalikan ke posisi semula (buka genggaman tangan)
  - 3) Hiperektensi, bengkokkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin (30-60°)
  - 4) Abduksi, buka dan pisahkan jari-jari tangan (30°)
  - 5) Adduksi, dari posisi abduksi, kembalikan ke posisi semula (30°)
  - 6) Oposisi, sentuhan masing-masing jari tangan ke ibu jari
- f. Gerakan pinggul dan lutut

Untuk melakukan gerakan ini, letakkan satu tangan dibawah lutut klien dan tangan yang lainnya di bawah mata kaki klien

- 1) Fleksi dan ekstensi lutut dan pinggul
  - Fleksi : angkat kaki dan bengkokkan lutut. Gerakkan lutut ke atas menuju dada sejauh mengkin (90-120°)
- 2) Abduksi dan adduksi kaki

Abduksi : gerakan kaki ke samping menjauhi tubuh klien (30-50°)

Adduksi : mengerakkan kaki kembali ke posisi medial dan melebihi jika mungkin (30-50°)

3) Rotasikan pinggul internal dan eksternal

Rotasi internal: putar kaki dan tungkai ke arah dalam (90°)

Rotasi eksternal : putar kaki dan tungkai ke arah luar (90°)

- g. Gerakan kaki dan pergelangan kaki
  - 1) Dorsofleksi telapak tangan
    - Letakkan satu tangan di bawah tumit
    - Tekan kaki klien dengan lengan anda untuk mengerakkannya ke arah kaki (120-130°)
  - 2) Fleksi plantar telapak kaki
    - Letakkan satu tangan pada punggung telapak kaki dan tangan lainnya berada pada tumit
    - Dorong telapak kaki menjauh dari kaki (120-130°)
  - 3) Fleksi dan ekstensi jari-jari kaki
    - Letakkan satu tangan pada punggung kaki klien, letakkan tangan lainnya pada pergelangan kaki

Fleksi: bengkokkan jari-jari kaki ke bawah (30-60°)

Ekstensi: kembalikan lagi pada posisi semula (30-60°)

- 4) Inversi dan eversi telapak kaki
  - Letakkan satu tangan di bawah tumit, dan tangan yang lainnya di atas punggung kaki

Inversi: putar telapak kaki ke samping dalam (medial)

Eversi: putar telapak kaki ke samping luat (lateral)

h. Gerakan hiperekstensi

Bantu klien untuk berubah pada posisi pronasi disisi tempat tidur dekat dengan perawat

- 1) Hiperekstensi leher
  - Letakkan satu tangan di atas dahi, tangan yang lainnya pada kepala bagian belakang

- Gerakkan kepala ke belakang (10°)
- 2) Hiperekstensi bahu
  - Letakkan satu tangan di atas bahu klien dan tangan yang yang lainnya di bawah siku klien
  - Tarik lengan ke atas dan ke belakang
- 3) Hiperekstensi pinggul
  - Letakkan satu tangan di atas pinggul. Tangan yang lainnya menyangga kaki bagian bawah
  - Gerakkan kaki ke belakang dari persendian pinggul (30-50°)

## 5. Hal-hal yang harus diperhatikan

- a. ROM harus dikerjakan minimal 2 kali sehari
- b. ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien
- Dalam merencanakan program latihan ROM, perhatikan umur pasien, diagnosa, TTV dan lamanya tirah baring
- d. Bagian-bagian tubuh yang dapat di lakukan latihan ROMadalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki
- e. ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagianbagian yang di curigai mengalami proses penyakit
- f. Melakukan ROM harus sesuai waktunya, misalnya setelah mandi atau setelah perawatan rutin telah dilakukan

## Format Penilaian

No	Tindakan	Nilai		
		1	2	3
1	Persiapan Alat :			
	1. Tidak lengkap			
	2. Kurang lengkap			
	3. Lengkap			
2	Persiapan Pasien :			

	1. Tidak lengkap		
	2. Kurang lengkap		
	3. Lengkap		
3	Pelaksanaan Tindakan:		
	1. Tidak tepat		
	2. Kurang tepat		
	3. Tepat		

# **Keterangan:**

- 1. Tidak lengkap/tepat : bila hanya sebagian kecil dilakukan (<50%)
- 2. Kurang lengkap/tepat : bila sebagian besar dilakukan (<100%)
- 3. Lengkap/tepat : bila seluruhnya dilakukan (100%)

# MERAWAT PASIEN DIPASANG TRAKSI DAN GIPS

## A. TRAKSI

## 1. Definisi

Traksi adalah tahanan yang dipakai dengan berat atau alat lain untuk menangani kerusakan atau gangguan tulang dan otot.

Traksi adalah suatu pemasangan gaya tarikan pada bagian tubuh. Traksi digunakan untuk meminimalkan spasme otot; untuk mereduksi, mensejajarkan dan mengimmobilisasi fraktur; untuk mengurangi deformitas dan menambah ruang antara dua permukaan patahan tulang. Traksi diberikan dengan arah dan besaran

yang tepat untuk mendapatkan efek terapeutik. Sedangkan faktor-faktor yang mengganggu keefektifan tarikan traksi harus dihilangkan. (Smeltzer and Bare, 2001)

Kadang, traksi harus diasang dengan arah lebih dari satu untuk mendapatkan garis tarikan yang diinginkan. Dengan cara ini, bagian garis tarikan yang pertama berkontraksi terhadap garis tarikan yang kedua. Garis-garis tarikan tersebut dikenal dengan vektor gaya. Resultan gaya tarikan yang sebenarnya terletak ditempat di antara kedua garis tarikan tersebut. Efek traksi yang dipasang harus dievaluasi dengan sinar-X dan mungkin dilakukan penyesuaian. Bila otot dan jaringan lunak sudah rileks, berat yang digunakan harus diganti untuk memperoleh gaya tarikan yang diinginkan.

## 2. Prinsip traksi efektif:

- a. Kontraksi harus dipertahankan agar traksi tetap efektif
- b. Traksi harus berkesinambungan agar reduksi dan imobilisasi fraktur efektif.
- c. Traksi kulit pelvis dan serviks sering digunakan untuk mengurangi spasme otot dan biasanya diberikan sebagai traksi intermiten
- d. Traksi skelet tidak boleh terputus.
- e. Pemberat tidak boleh diambil kecuali bila traksi dimaksudkan intermiten. Setiap faktor yang dapat mengurangi tarikan atau mengubah garis resultanta tarikan harus dihilangkan.
- f. Tubuh pasien harus dalam keadaan sejajar dengan pusat tempat tidur ketika traksi dipasang.
- g. Tali tidak boleh macet.
- h. Pemberat harus tergantung bebas dan tidak boleh terletak pada tempat tidur atau lantai.
- Simpul pada tali atau telapak kaki tidak boleh menyentuh katrol atau kaki tempat tidur.
- j. Selalu dikontrol dengan sinar roentgen( Brunner & suddarth,2001 ).

### 3. Tujuan

Tujuan dari pemasangan traksi pada klien yang mengalami gangguan muskuloskeletal adalah mobilisasi tulang belakang servikal, reduksi dislokasi/subluksasi, distraksi interforamina vertebrae, mengurangi deformitas, dan mengurangi rasa nyeri.

Traksi digunakan untuk meminimalkan spasme otot, untuk mereduksi, mensejajarkan, dan mengimobilisasi fraktur, untuk mengurangi deformitas, untuk menambah ruang diantara dua permukaan antara patahan tulang. Traksi harus diberikan dengan arah dan besaran yang diinginkan untuk mendapatkan efek terapeutik, tetapi kadang-kadang traksi harus dipasang dengan arah yang lebih dari satu untuk mendapatkan garis tarikan yang diinginkan. (Barbara, 1998)

Tujuan lain dari pemasangan traksi adalah untuk dapat mempertahankan panjang ekstermitas kegarisan (aligment) maupun keseimbangan (stability) pada patah tulang, memungkinkan pergerakan sendi dan mempertahankan kesegarisan fragmen- fragmen patah tulang, kejang-kejang otot pada tulang / sendi akibat patah tulang dapat diatasi, dan mengurangi pembengkakan-pembengkakan pada tungkai.

### 4. Klasifikasi

Menurut jenisnya traksi, meliputi:

- a. Traksi lurus atau langsung. Traksi ini memberi gaya tarikan dalam satu garis lurus dengan bagian tubuh berbaring di tempat tidur. Contohnya, traksi ekstensi Buck dan traksi pelvis.
- b. Traksi suspensi seimbang. Traksi ini memberi dukungan pada ekstremitas yang sakit di atas tempat tidur, sehingga memungkinkan mobilisasi pasien sampai batas tertentu tanpa terputusnya gaya tarikan.

Menurut cara pemasangannya traksi, sebagai berikut:

#### a. Traksi Kulit

Traksi kulit digunakan untuk mengontrol sepasme kulit dan memberikan imobilisasi . Traksi kulit apendikuler ( hanya pada ektermitas digunakan pada orang dewasa) termasuk " traksi ektensi Buck, traksi russell, dan traksi Dunlop".

#### b. Traksi Buck

Ektensi buck ( unilateral/ bilateral ) adalah bentuk traksi kulit dimana tarikan diberikan pada satu bidang bila hanya imobilisasi parsial atau temporer yang diinginkan . Digunakan untuk memberikan rasa nyaman setelah cidera pinggulsebelum dilakukan fiksasi bedah (Smeltzer & Bare, 2001).

Traksi buck merupakan traksi kulit yang paling sederhana, dan paling tepat bila dipasang untuk anak muda dalam jangka waktu yang pendek. Indikasi yang paling sering untuk jenis traksi ini adalah untuk mengistirahatkan sendi lutut pasca trauma sebelum lutut tersebut diperiksa dan diperbaiki lebih lanjut (Wilson, 1995).

Mula- mula selapis tebal semen kulit, tingtura benzoid atau pelekat elastis dipasang pada kulit penderita dibawah lutut. Kemudian disebelah distal dibawah lutut diberi stoking tubular yang digulung, kemudian plester diberikan pada bagian medikal dan lateral dari stoking tersebut lalu stoking tersebut dibungkus lagi dengan perban elastis.

Ujung plester traksi pada pergelangan kaki di hubungkan dengan blok penyebar guna mencegah penekanan pada maleoli. Seutas tambang yang diikat ketengah blok penyebar tersebut kemudian dijulurkan melalui kerekan pada kaki tempat tidur. Jarang dibutuhkan berat lebih dari 5 lb. penggunaan traksi kulit ini dapat menimbulkan banyak komplikasi. Ban perban elastis yang melingkar dapat mengganggu sirkulasi yang menuju kekaki penderita, yang sebelumnya sudah menderita penyakit vaskular. Alergi kulit terhadap plester juga dapat menumbuhkan masalah. Kalau tidak dirawat dengan baik mungkin akan menimbulkan ulserasi akibat tekanan pada maleolus. Traksi berlebih dapat merusak kulit yang rapuh pada orang yang berusia lanjut. Bahkan untuk

peenderita dewasa lebih disukai traksi pin rangka, terutama bila perawatan harus dilakukan selama beberapa hari.

#### c. Traksi Russell

Dapat digunakan pada fraktur plato tibia, menyokong lutut yang fleksi pada penggantung dan memberikan gaya tarik horizontal melalui pita traksi balutan elastis ketungkai bawah. Bila perlu, tungkai dapat disangga dengan bantal agar lutut benar- benar fleksi dan menghindari tekanan pada tumit (Smeltzer & Bare, 2001).

Masalah yang paling sering dilihat pada traksi Russell adalah bergesernya penderita kebagian kaki ketempat tidur, sehingga kerekan bagian distal saling berbenturan dan beban turun kelantai. Mungkin perlu ditempatkan blok-blok dibawah kaki tempat tidur sehingga dapat memperoleh bantuan dari gaya tarik bumi (Wilson, 1995).

Walaupun traksi rangka seimbang dapat digunakan untuk menangani hampir semua fraktur femur, reduksi untuk fraktur panggul mungkin lebih sering diperoleh dengan memakai traksi Russell dalam keadaan ini paha disokong oleh beban. Traksi longitudinal diberikan dengan menempatkan pin dengan posisi tranversal melalui tibia dan fibula diatas lutut. Efek dari rancangan ini adalah memberikan kekuatan traksi ( berasal dari gaya tarik vertikal beban paha dan gaya tarik horizontal dari kedua tali pada kaki ) yang segaris dengan tulang yang cidera dengan kekuatan yang sesuai. Jenis traksi paling sering digunakan untuk memberi rasa nyaman pada pasien yang menderita fraktur panggul selama evaluasi sebelum operasi dan selama persiapan pembedahan.

Meskipun traksi Russell dapat digunakan sebagai tindakan keperawatan yang utama dan penting untuk patah tulang panggul pada penderita tertentu tetapi pada penderita usia lanjut dan lemah biasanya tidak dapat mengatasi bahya yang akan timbul karena berbaring terlalu lama ditempat tidur seperti dekubitus, pneumonia, dan tromboplebitis.

### d. Traksi Dunlop

Adalah traksi pada ektermitas atas. Traksi horizontal diberikan pada lengan bawah dalam posisi fleksi.

### e. Taksi Kulit Bryant

Traksi ini sering digunakan untuk merawat anak kecil yang mengalami patah tulang paha. Traksi Bryant sebaiknya tidak dilakukan pada anak-anak yang berat badannya lebih dari 30 kg. kalau batas ini dilampaui maka kulit dapat mengalami kerusakan berat.

#### f. Traksi Skelet

Traksi skelet dipasang langsung pada tulang. Metode traksi ini digunakan paling sering untuk menangani fraktur femur, tibia, humerus dan tulang leher. Kadang- kadang skelet traksi bersifat seimbang yang menyokong ekstermitas yang terkena, memungkinkan gerakan pasien sampai batas- batas tertentu dan memungkinkan kemandirian pasien maupun asuh keperawatan sementara traksi yang efektif tetap dipertahankan yang termasuk skelet traksi adalah sebagai berikut (Smeltzer & Bare, 2001).

## g. Traksi Rangka Seimbang

Traksi rangka seimbang ini terutama dipakai untuk merawat patah tulang pada korpus femoralis orng dewasa. Sekilas pandangan traksi ini tampak komplek, tetapi sesunguhnya hanyalah satu pin rangka yang ditempatkan tramversal melalui femur distal atau tibia proksimal. Dipasang pancang traksi dan tali traksi utama dipasang pada pancang tersebut.

Ektermitas pasien ditempatkan dengan posisi panggul dan lutut membentuk sekitar 35°, kerekan primer disesuaikan sedemikian sehingga garis ketegangan koaksial dengan sumbu longitudinal femur yang mengalami fraktur. Beban yang cukup berat dipasang sedemikian rupa mencapai panjang normalnya. Paha penderita disokong oleh alat parson yang dipasang pada bidai tomas alat parson dan ektermitas itu sendiri dijulurkan dengan tali, kerekan dan beban yang sesuai sehingga kaki tergantung bebas diudara.

Dengan demikian pemeliharaan penderita ditempat tidur sangat mudah. Bentuk traksi ini sangat berguna sekali untuk merawat berbagai jenis fraktur femur. Seluruh bidai dapat diadduksi atau diabduksi untuk memperbaiki deformitas angular pada bidang medle lateral fleksi panggul dan lutut lebih besar atau lebih kecil memungkinkan perbaikan lateral posisi dan angulasi alat banyak memiliki keuntungan antara lain traksi elefasi keaksial.

Longitudinal pada tulang panjang yang patah, ektermitas yang cidera mudah dijangkau untuk pemeriksaan ulang status neuro vascular, dan untuk merawat luka lokal serta mempermudah perawatan oleh perawat. Seperti bentuk traksi yang mempergunakan pin rangka, pasien sebaiknya diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya peradangan atau infeksi sepanjang pin, geseran atau pin yang kendor dan pin telah tertarik dari tulang(Wilson, 1995).

#### h. Traksi 90-90-90

Traksi 90-90-90 sangat berguna untuk merawat anak- anak usia 3 tahun sampai dewasa muda. kontrol terhadap fragmen – fragmen pada fraktur tulang femur hamper selalu memuaskan dengan traksi 90-90-90 penderita masih dapat bergerak dengan cukup bebas diatas tempat tidur.

#### 5. Indikasi

Indikasi penggunaan traksi kulit adalah:

- a. fraktur femur dan beberapa fraktur suprakondiler humeri anak-anak.
- b. reduksi tertutup dimana manipulasi dan imobilisasi tidak dapat dilakukan.
- c. sebagai pengobatan sementara pada fraktur sambil menunggu terapi definitif.
- d. Fraktur-fraktur yang sangat bengkak dan tidak stabil misalnya fraktur suprakondiler humeri pada anak-anak.
- e. spasme otot atau pada kontraktur sendi misalnya sendi lutut dari panggul.
- f. kelainan-kelainan tulang belakang seperti hernia nukleus pulposus (HNP) atau spasme otot-otot tulang belakang.

Indikasi penggunaan traksi tulang antara lain:

- a. Apabila diperlukan traksi yang lebih berat dari 5 kg.
- b. Traksi pada anak-anak yang lebih besar.
- c. Pada fraktur yang bersifat tidak stabil, oblik atau komunitif.
- d. Fraktur-faktur tertentu pada daerah sendi.
- e. Fraktur terbuka dengan luka yang sangat jelek dimana fiksasi eksterna tidak dapat dilakukan.
- f. Dipergunakan sebagai traksi langsung pada traksi yang sangat berat misalnya dislokasi panggul yang lama sebagai persiapan terapi definitif.

Namun secara umum indikasi penggunaan traksi berdasarkan klasifikasinya sebagai berikut :

- a. Traksi rusell digunakan pada pasien fraktur pada plato tibia.
- b. Traksi buck, indikasi yang paling sering untuk jenis traksi ini adalah untuk mengistirahatkan sendi lutut pasca trauma sebelum lutut tersebut diperiksa dan diperbaiki lebih lanjut.
- c. Traksi Dunlop merupakan traksi pada ektermitas atas. Traksi horizontal diberikan pada humerus dalam posisi abduksi, dan traksi vertical diberikan pada lengan bawah dalm posisi flexsi.
- d. Traksi kulit Bryani sering digunakan untuk merawat anak kecil yang mengalami patah tulang paha.
- e. Traksi rangka seimbang ini terutama dipakai untuk merawat patah tulang pada korpus pemoralis orang dewasa.
- f. Traksi 90-90-90 pada fraktur tulang femur pada anak-anak usia 3 thn sampai dewasa muda.

(Barbara, 1998)

#### 6. Kontraindikasi

a. Hipermobilitas : Hipermobilitas pada sendi tidak boleh diberikan teknik ini kecuali dengan pertimbangan bahwa fisioterapis dapat menjaga dalam batasan

- gerak yang normal pada sendi tersebut. Selain itu tidak boleh diaplikasikan pada pasien yang mempunyai potensial nekrose pada ligament dan kapsul sendi.
- b. Efusi Sendi : Efusi sendi tidak boleh dilakukan mobilisasi. Hal ini dikarenakan pada kapsul yang ditraksi akan mengalami penggelembungan karena menampung cairan dari luar. Keterbatasan ini berasal dari perubahan yang terjadi dari laur dsan respon otot terhadap nyeri bukan karena pemendekan otot.
- c. Inflamasi : Pada tahap ini tidak boleh dilakukan traksi karena menimbulkan nyeri serta memperberat kerusakan pada jaringan.
- d. Fraktur humeri dan osteoporosis
- e. Keseleo akut, strain, dan peradangan
- f. Ketidakstabilan tulang belakang
- g. Kehamilan
- h. Hernia hiatus
- i. Claustrophobia

## 7. Komplikasi

Secara umum, berikut komplikasi yang biasa terjadi pada klien dengan traksi dengan cara pencegahannya:

### a. Dekubitus

Kulit pasien diperiksa sesering mungkin mengenai tanda tekanan atau lecet. Perhatian khusus diberikan pada tonjolan tulang. Perlu diberikan intervensi awal untuk mengurangi tekanan. Perubahan posisi pasien perlu sering dilakukan dan memakai alat pelindung kulit sangat membantu. Bila risiko kerusakan kulit sangat tinggi, seperti pada pasien trauma ganda atau pada pasien lansia yang lemah, perawat harus berkonsultasi dengan dokter mengenai penggunaan tempat tidur khusus untuk membantu mencegah kerusakan kullit. Bila telah terbentuk ulkus akibat tekanan, perawat harus berkonsultasi dengan dokter mengenai penanganannya.

## b. Kongesti paru/pneumonia.

Paru pasien diauskultasi untuk mengetahui status pernapasannya. Pasien diajari untuk menarik napas dalam dan batuk-batuk untuk membantu pengembangan penuh paru-paru dan mengeluarkan skresi paru. Bila riwayat pasien dan data dasar pengkajian menunjukkan bahwa pasien mempunyai resiko tinggi mengalami komplikasi respirasi, perawat harus berkonsultasi dengan dokter mengenai penggunaan terapi khusus. Bila telah terjadi masalah respirasi, perlu diberikan terapi sesuai resep.

## c. Konstipasi dan anoreksia.

Penurunan motilitas gastrointestinal menyebabkan anorekksia dan konnstipasi. Diet tnggi serat dan tinggi cairan dapat membantu merangsanng motilitas gaster. Bila telah terjadi konstipasi, perawat dapat berkonsultasi dengan dokter mengenai penanganannya, yang mungkin meliputi pelunak tinja, laksatif, supositoria, dan enema. Untuk memmperbaiki nafsu makan pasien, harus dicatat makanan apa yang disukai pasien dan dimasukkan dalam program diet, sesuai kebutuhan.

## d. Stasis dan infeksi saluran kemih.

Pengosongan kandung kemih yang tak tuntas Karena posisi pasien di tempat tidur dapat mengakibatkan stasis dan infeksi saluran kemih. Selain itu pasien mungkin merasa bahwa menggunakan pispot di tempat tidur kurang nyaman dan membatasi cairan masuk untuk mengurangi frekuensi berkemih. Perawat harus memantau masukan cairan dan sifat kemih. Perawat harus mengajar pasien untuk meminum cairan dalam jumlah yang cukup dan berkemih tiap 2 sampai 3 jam sekali. Bila pasien memperlihatkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih, perawat segera berkonsultasi dengan dokter mengenai penanganan masalah ini.

### e. Trombosi vena profunda.

Stasis vena terjadi akibat imobilitas. Perawat harus mmengajar pasien untuk malakuka latihan tumit dan kaki dalam batas terapi traksi secara teratur sepanjang hari untuk mencegah terjadinya trombosis vena provunda (DVT). Pasien didorong untuk meminum air untuk mencegah dehidrasi dan hemokonsenntrasi yang menyertainya, yang akan mengakibatkan stasis. Perawat memantau pasien terhadap terjadinya tanda DVT dan melaporkan hasil temuannya segera mungkin ke dokter untuk evaluasi definitive dan terapi.

Selain yang telah disebutkan diatas, beberapa komplikasi yang mungkin terjadi adalah penyakit trombo emboli dan abersi (infeksi dan alergi pada kulit) pada traksi kulit, sedangkan pada traksi skeletal antara lain Infeksi (misalnya infekis melalui kawat/pin yang digunakan); kegagalan penyambungan tulang (nonunion) akibat traksi yang berlebihan; luka akibat tekanan (misalnya Thomas splint pada tuberositas tibia) dan Parese saraf akibat traksi yang berlebihan (overtraksi) atau bila pin mengenai saraf.

### 8. Persiapan alat

- a. Skin traksi kit
- b. k/p pisu cukur
- c. k/p balsam perekat
- d. k/p alat rawat luka
- e. katrol dan pulley
- f. beban
- g. K/p Bantalan conter traksi
- h. k/p bantal kasur
- i. gunting
- j. bolpoint untuk penanda/ marker

## Traksi kulit

a. Bantal keras (bantal pasir )

- b. Bedak kulit
- c. Kom berisi air putih
- d. Handuk
- e. Sarung tangan bersih

## Traksi skeletal

- a. Zat pembersih untuk perawatan pin
- b. Set ganti balut
- c. Salep anti bakteri (k/p)
- d. Kantung sampah infeksius
- e. Sarung tangan steril
- f. Lidi kapas
- g. Povidone Iodine (k/p)
- h. Kassa steril
- i. Piala ginjal

# 9. Persiapan pasien

- a. Mengatur posisi tidur pasien supinasi
- b. Bila ada luka dirawat dan ditutup kassa
- c. Bila banyak rambut k/p di cukur
- d. Anestesi
- e. Ukur TD, nadi dan RR

# 10. Persiapan lingkungan

- a. Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan.
- b. Menyiapkan posisi pasien sesuai kebutuhan.
- c. Menyiapkan lingkungan aman dan nyaman

## 11. Langkah-langkah prosedur

- a. Mencuci tangan
- b. Memakai handscone
- c. Beri tanda batas pemasangan plester gips menggunakan bolpoint
- d. k/p beri balsam perekat
- e. Ambil skintraksi kit lalu rekatkan plester gips pada bagian medial dan lateral kaki secara simetris dengan tetap menjaga immobilisasi fraktur
- f. Pasang katrol lurus dengan kaki bagian fraktur
- g. Masukkan tali pada pulley katrol
- h. Sambungkan tali pada beban ( 1/7 BB = maksimal 5 kg
- i. k/p pasang bantalan contertraksi atau bantal penyangga kaki
- j. Atur posisi pasien nyaman dan rapikan
- k. Beritahu pasien bahwa tindakan sudah selesai dan pesankan untuk manggil perawat bila ada keluhan
- I. Buka tirai/ pintu
- m. Alat dikembalikan, dibersihkan dan dirapikan
- n. Sarung tangan dilepas
- o. Mencuci tangan

## Traksi Kulit

- a. Cuci tangan dan pasang sarung tangan
- b. Cuci, keringkan dan beri bedak kulit sebelum traksi dipasang kembali
- c. Lepas sarung tangan
- d. Anjurkan klien untuk menggerakkan ekstremitas distal yang terpasang traksi
- e. Berikan bantalan dibawah akstremitas yang tertekan
- f. Berikan penyokong kaku (foot plates) dan lepaskan setiap 2 jam lalu anjurkan klien latihan ekstremitas bawah untuk fleksi, ekstensi dan rotasi
- g. Lepas traksi setiap 8 jam atau sesuai instruksi

#### Traksi Skeletal

- a. Cuci tangan
- b. Atur posisi klien dalam posisi lurus di tempat tidur untuk mempertahankan tarikan traksi yang optimal
- c. Buka set ganti balut, cairan pembersih dan gunakan sarung tangan steril
- d. Bersihkan pin serta area kulit sekitar pin, menggunakan lidi kapas dengan teknik menjauh dari pin (dari dalam ke luar)
- e. Beri salep anti bakteri jika diperlukan sesuai protokol RS
- f. Tutup kassa di lokasi penusukan pin
- g. Lepas sarung tangan
- h. Buang alat alat yang telah dipakai ke dalam plastik khusus infeksius
- i. Cuci tangan
- j. Anjurkan klien menggunakan trapeze untuk membantu dalam pergerakan di tempat tidur selama ganti alat dan membersihkan area punggung/ bokong
- k. Berikan posisi yang tepat di tempat tidur

#### 12. Perawatan

- a. Berikan tindakan kenyamanan (contoh: sering ubah posisi, pijatan punggung)
   dan aktivitas terapeutik
- b. Berikan obat sesuai indikasi contoh analgesik relaksan otot.
- c. Berikan pemanasan lokal sesuai indikasi.
- d. Beri penguatan pada balutan awal/ pengganti sesuai dengan indikasi, gunakan teknik aseptic dengan tepat.
- e. Pertahankan linen klien tetap kering, bebas keriput.
- f. Anjurkan klien menggunakan pakaian katun longgar.
- g. Dorong klien untuk menggunakan manajemen stress, contoh: bimbingan imajinasi, nafas dalam.
- h. Kaji derajat imobilisasi yang dihasilkan

i. Identifikasi tanda atau gejala yang memerlukan evaluasi medik, contoh: edema,
 eritema

#### 13. Evaluasi

- a. Hasil yang diharapkan setelah dilaksanakan intervensi keperawatan:
  - Menunjukan tidak ada tanda iritasi kulit, ekstremitas warna normal, dan hangat, tidak bengkak, dan nadi teraba.
  - Menunjukan tidak terdapat tanda infeksi: suhu dibawah 37oC, jumlah sel darah putih 5000-10.000/mm3, tidak ada nyeri pada luka, tidak ada tanda kemerahan dan drainase pada sisi pin.
  - Menggunakan mekanisme koping efektif
  - Menyebutkan peningkatan kenyamanan:
  - Kadang-kadang meminta analgesia oral
  - Melakukan aktivitas perawatan diri, memerlukan sedikit bantuan pada saat memenuhi kebutuhan sehari-hari.
  - Pola eliminasi defekasi teratur, dan perut lemas.
  - Klien mengerti dengan program terapi, klien menunjukkan pemahaman terhadap program terapi (menjelaskan tujuan traksi, berpartisipasi dalam rencana perawatan).
  - Klien mengekspresikan perasaan dengan aktif, dan tingkat ansietas klien menurun.
  - > Nyeri berkurang, klien mampu mengubah posisi sendiri sesering mungkin sesuai kemampuan traksi, klien dapat beristirahat nyenyak.
  - Mobilitas klien meningkat, klien melakukan latihan yang dianjurkan, menggunakan alat bantu yang aman.
  - Tidak ditemukan adanya dekubitus dan nyeri tekan. Kulit tetap utuh, atau tidak terjadi luka tekan lebih luas.

## **B. GIPS**

#### 1. Definisi

Gips dalam bahasaa latin disebut kalkulus, dalam bahasa ingris disebut plaster of paris, dan dalam belanda disebut gips powder. Gips merupakan mineral yang terdapat di alam berupa batu putih tang mengandung unsur kalsium sulfat dan air. Gips adalah alat imobilisasi eksternal yang kaku yang di cetak sesuai dengan kontur tubuh tempat gips di pasang (brunner & sunder, 2000).

Gips adalah balutan ketat yang digunakan untuk imobilisasi bagian tubuh dengan mengunakan bahan gips tipe plester atau fiberglass. Jadi gips adalah alat imobilisasi eksternal yang terbuat dari bahan mineral yang terdapat di alam dengan formula khusus dengan tipe plester atau fiberglass. Indikasi pemasangaan gips adalah klien dislokasi sendi, fraktur, penyakit tulang spondilitis TBC, pasca operasi, skliosis, spondilitis TBC, dan lain-lain (Barbara Engram, 1999).

Gips merupakan alat fiksasi untuk penyembuhan patah tulang. Gips memiliki sifat menyerap air dan bila itu terjadi akan timbul reaksi eksoterm dan gips akan menjadi keras. Sebelum menjadi keras, gips yang lembek dapat dibalutkan melingkari sepanjang ekstremitasdan dibentuk sesuai dengan bentuk ekstremitas. Gips yang dipasang melingkari ekstremitas disebut gipas sirkuler sedangkan jika gips dipasang pada salah satu sisi ekstremitas disebut gips bidai.

Gips adalah alat imobilisasi eksternal yang kaku yang di cetak sesuai dengan kontur tubuh tempat gips di pasang gips adalah balutan ketat yang digunakan untuk imobilisasi bagian tubuh dengan mengunakan bahan gips tipe plester atau fiberglass. Jadi gips adalah alat imobilisasi eksternal yang terbuat dari bahan mineral yang terdapat di alam dengan formula khusus dengan tipe plester atau fiberglass.

#### 2. Tujuan

Untuk mengimobilisasi bagian tubuh dalam posisi tertentu dan memberikan tekanan yang merata pada jaringan lunak yang terletak didalamnya. Tujuan pemasangan gips antara lain:

- a. Imobilisasi kasus dislokasi sendi
- b. Fiksasi fraktur yang telah di reduksi
- c. Koreksi cacat tulang
- d. Imobilisasi padakasus penyakit tulang setelah dilakukan operasi
- e. Mengoreksi deformitas

#### 3. Klasifikasi

- a. Gips lengan pendek. Gips ini dipasang memanjang dari bawah siku sampai lipatan telapak tangan, dan melingkar erat didasar ibu jari.
- b. Gips lengan panjang. Gips ini dipasang memanjang. Dari setinggi lipat ketiak sampai disebelah prosimal lipatan telapak tangan. Siku biasanya di imobilisasi dalam posisi tegak lurus.
- c. Gips tungkai pendek. Gips ini dipasang memanjang dibawah lutut sampai dasar jari kaki, kaki dalam sudut tegak lurus pada posisi netral.
- d. Gips tungkai panjang, gips ini memanjang dari perbatasan sepertiga atas dan tengah paha sampai dasar jari kaki, lutut harus sedikit fleksi.
- e. Gips berjalan. Gips tungkai panjang atau pendek yang dibuat lebih kuat dan dapat disertai telapak untuk berjalan.
- f. Gips tubuh. Gips ini melingkar di batang tubuh.
- g. Gips spika. gips ini melibatkan sebagian batang tubuh dan satu atau dua ekstremitas (gips spika tunggal atau ganda)
- h. Gips spika bahu. Jaket tubuh yang melingkari batang tubuh, bahu dan siku
- i. Gips spika pinggul. Gips ini melingkari batang tubuh dan satu ekstremitas bawah (gips spika tunggal atau ganda)

#### 4. Indikasi

- a. Untuk pertolongan pertama pada faktur (berfungsi sebagai bidal).
- b. Imobilisasi sementara untuk mengistirahatkan dan mengurangi nyeri misalnya gips korset pada tuberkulosis tulang belakang atau pasca operasi seperti operasi pada skoliosis tulang belakang.
- c. Sebagai pengobatan definitif untuk imobilisasi fraktur terutama pada anak-anak dan fraktur tertentu pada orang dewasa.
- d. Mengoreksi deformitas pada kelainan bawaan misalnya pada talipes ekuinovarus kongenital atau pada deformitas sendi lutut oleh karena berbagai sebab.
- e. Imobilisasi untuk mencegah fraktur patologis.
- f. Imobilisasi untuk memberikan kesempatan bagi tulang untuk menyatu setelah suatu operasi misalnya pada artrodesis.
- g. Imobilisas setelah operasi pada tendo-tendo tertentu misalnya setelah operasi tendo Achilles.
- h. Dapat dimanfaatkan sebagai cetakan untuk pembuatan bidai atau protesa.

## 5. Kelebihan dan Kekurangan

Kelebihan pemasangan Gips:

- a. Mudah didapatkan.
- b. Murah dan mudah dipergunakan oleh setiap dokter.
- c. Dapat diganti setiap saat.
- d. Dapat dipasang dan dibuat cetakan sesuai bentuk anggota gerak.
- e. Dapat dibuat jendela/lubang pada gips untuk membuka jahitan atau perawatan luka selam imobiliasi.
- f. Koreksi secara bertahap jaringan lunak dapat dilakukan membuat sudut tertentu.
- g. Gips bersifat rediolusen sehingga pemeriksaan foto rontgen tetap dapat dilakukan walaupun gips terpasang.
- h. Merupakan terapi konservatif pilihan untuk menghindari operasi.

## Kekurangan pemasangan Gips:

- a. Pemasangan gips yang ketat akan memberikan gangguan atau tekanan pada pembuluh darah, saraf atau tulang itu sendiri.
- Pemasangan yang lama dapat menyebabkan kekakuan pada sendi dan mungkin dapat terjadi.
- c. Alergi dan gatal-gatal akibat gips.
- d. Berat dan tidak nyaman dipakai oleh penderita.

# 6. Persiapan alat

Persiapan alat –alat untuk pemasangan gips:

- a. Bahan gips dengan ukuran sesuai ekstremitas tubuh yang akan di gips
- b. Baskom berisi air hangat
- c. Gunting perban
- d. Bengkok
- e. Perlak dan alasnya
- f. Waslap/duk
- g. Pemotong gips
- h. Kasa dalam tempatnya
- i. Alat cukur
- j. Sabun dalam tempatnya
- k. Handuk
- Krim kulit
- m. Spons rubs (terbuat dari bahan yang menyerap keringat)
- n. Padding (pembalut terbuat dari bahan kapas sintetis)

Alat yang di gunakan untuk pelepasan gips

- a. Gergaji listrik/pemotong gips
- b. Gergaji kecil manual

- c. Gunting besar
- d. Baskom berisi air hangat
- e. Gunting perban
- f. Bengkok dan plastic untuk tempat gips yang di buka
- g. Sabun dalam tempatnya
- h. Handuk
- i. Perlak dan alasnya
- j. Waslap
- k. Krim atau minyak

## 7. Persiapan pasien

Pasien dikaji secara umum sebelum pemasangan gips terhadap gejala dan tanda, status emosional, pemahaman tujuan pemasangan gips, dan kondisi bagian tubuh yang akan di pasang gips, termasuk status neurovaskuler, lokasi pembengkakan, memar, dan adanya abrasi.

Data yang harus terpenuhi antara lain adanya rasa gatal atau nyeri ,keterbatasan gerak, rasa panas pada daerah yang di pasang gips dan apakah ada luka di bagian yang akan digips. Misalnya luka operasi, luka akibat patah tulang; apakah ada sianosis : apakah ada pendarahan; apakah ada iritasi kulit; apakah ada bau atau cairan yang keluar dari bagian dari bagian tubuh yang di akan di gips.Bila ada luka dirawat dan ditutup kassa, ukur TD, nadi dan RR.

## 8. Persiapan lingkungan

- a. Memposisikan klien sesuai kebutuhan daerah pemasangan/pelepasan gips.
- b. Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan.
- c. Menyiapkan lingkungan aman dan nyaman

## 9. Langkah-langkah prosedur

## **Pemasangan Gips**

Prosedur

Rasional

- a. Siapkan klien dan jelaskan pada prosedur yang akan dikerjakan.
- b. Siapkan alat-alat yang akan digunakan untuk pemasangan gips
- c. Daerah yang akan di pasang gips dicukur, dibersihkan,dan di cuci dengan sabun, kemudian dikeringkan dengan handuk dan di beri krim kulit (bila perlu).
- d. Sokong ekstremitas atau bagian tubuh yang akan di gips.
- e. Posisikan dan pertahankan bagian yang akan di gips dalam posisi yang di tentukan dokter selama prosedur.
- f. Pasang duk pada klien.
- g. Pasang spongs rubs(bahan yang menyerap keringat) pada bagian tubuh yang akan di pasang gips, pasang dengan cara yang halus dan tidak mengikat.
- h. Balutkan gulungan bantalan tanpa rajutan dengan rata dan halus sepanjang bagian yang di gips. Tambahkan bantalan didaerah tonjolan tulang dan pada jalur saraf (mis: caput fibula)
- i. Pasang gips secara merata pada bagian tubuh. Pembalutan gips secara melingkar mulai dari distal ke proksimal tidak terlalu kendor atau ketat. Pada waktu membalut, lakukan dengan gerakan bersinambungan agar terjaga ketumpangtidihan lapisan gips. Lakukan dengan gerakan yang bersinambungan agar terjaga kontak yang konstan dengan bagian tubuh.
- Setelah pemasangan, haluskan tepinya, potong serta bentuk dengan pemotong gips.
- k. Bersihkan Partikel bahan gips dari kulit yang terpasang gips.
- Sokong gips selama pergeseran dan pengeringan dengan telapak tangan. Jangan diletakkan pada permukaan keras atau pada tepi yang tajam dan hindari tekanan pada gips.

m. Tanyakan pada klien jika hal ini menyebabkan ketidak nyamanan atau nyeri.

Mendokumentasikan prosedur dan respons klien pada catatan klien.

- a. Membuat pasien mengerti akan prosedur tindakan yang akan dilakukan sehingga dapat mengurangi cemas.
- b. Membantu agar tindkana berjalan dengan mudah.
- c. Membuat permukaan yang akan dipasang gips lembab, bersih, sehingga pemasangan gips tidak akan merusak integritas kulit klien.
- d. Meminimalkan gerakan, mempertahankan reduksi dan kesegarisan, meningkatkan kenyamanan.
- e. Memungkinkan pemasangan gips yang baik, mengurangi insidensi komplikasi (mis: malunion, nonunion, kontraktur)
- f. Menghindari pajanan yang tidak perlu, melindungi bagian badan lain terhadap kontak dengan bahan gips.
- g. Melindungi kulit dari bahan gips, melindingi dari tekanan, lipatan diatas tepi gips; menciptakan tepi bantalan lembut, melindungi kulit dari abrasi.
- h. Melindungi kulit dari tekanan gips, melindungi kulit pada tonjolan tulang, dan melindungi saraf superfissial.
- i. Membuat gips menjadi lembut, solid dengan kontur yang baik, memungkinkan pemasangan yang lembut. Membuat gips yang lembut, solid, dan mengimobilisasi. Serta membuat gips sedemikian rupa sehingga dapat memberi dukungan yang adekuat serta dapat memperkuat gips.
- j. Melindungi kulit dari abrasi. Menjamin kisaran gerakan sendi disekitarnya.
- k. Menjaga agar partikel tidak lepas dan masuk kebawah gips.
- I. Bahan gips mengeras dalam beberapa menit. Kekerasan maksimal gips sintesis terjadi dalam beberapa menit. Kekerasan maksimal pada gips terjadi bersama pengeringan (24-72 jam) bergantung pada tebalnya gips dan lingkungan. Mencegah lekukan dan daerah tekanan.

- m. Mengobservasi adakah efek yang ditimbulkan gips pada pasien yang mengganggu kenyamanan pasien, sehingga dapat melakukan intervensi.
- n. Sebagai catatan/pegangan untuk perawat.

Yang diperhatikan dalam Pemasangan Gips, yaitu:

- a. Gips yang pas tidak akan menimbulkan perlukaan.
- b. Gips patah tidak bisa digunakan.
- c. Gips yang terlalu kecil atau terlalu longgar sangat membahayakan klien.
- d. Jangan merusak / menekan gips.
- e. Jangan pernah memasukkan benda asing ke dalam gips / menggaruk
- f. Jangan meletakkan gips lebih rendah dari tubuh terlalu lama.

## **Pelepasan Gips**

#### Prosedur

## Rasional

- a. Jelaskan pada klien prosedur yang akan dilakukan.
- Yakinkan klien bahwa gergaji listrik atau pemotong gips tidak akan mengenai kulit
- c. Gips akan di belah dengan menggunakan tekanan berganti-ganti dan gerakan linear pisau sepanjang garis potongan.
- d. Gunakan pelindung mata pada klien dan petugas pemotong gips.
- e. Potong bantalan gips dengan gunting
- f. Sokong bagian tubuh ketika gips di lepas
- g. Cuci dan keringkan bagian yang habis di gips dengan lembut oleskan krim atau minyak.
- h. Berikan informasi pada klien untuk tidak menggosok dan menggaruk kulit.
- i. Ajarkan klien secara bertahap melakukan aktifitas tubuh sesuai program terapi.

- j. Ajarkan klien untuk mengontrol pembengkakan dengan meninggikan ekstremitas atau menggunakan balutan elastis bila perlu.
- k. Meningkatkan kerja sama dan mengurangi kecemasan akan prosedur.
- I. Mengurangi ansietas (pisau berosilasi untuk memotong gips).
- m. Membelah gips, mencegah rasa terbakar akibat kontak lama antara pisau osilasi dan bantalan.
- n. Melindungi mata dari bakteri gips yang bertebaran. Dan melindungi cedera mata dari hasil potongan gips yang mungkin ada.
- o. Membebaskan semua bahan gips.
- p. Mengurangi stres pada bagian tubuh yang telah di imobilisasi.
- q. Mengangkat kulit mati yang telah menumpuk selamam imobilisasi. Menjaga kulit agar tetap kenyal.
- r. Mencegah kerusakan kulit.
- s. Melindungi bagian yang menjadi lemah akibat stres yang berlebihan. Latihan progresif dapat mengurangi kekakuan serta mengembalikan kekuatan dan fungsi otot.
- t. Memperbaiki peredaran darah (misalnya aliran vena balik) dan mengontrol penggumpalan cairan.

### 10. Perawatan

- a. Gips tidak boleh basah oleh air atau bahan lain yang mengakibatkan kerusakan gips.
- Setelah pemasangan gips harus dilakukan pemantauan yang teratur, tergantung dari lokasi pemasangan.
- c. Gips yang mengalami kerusakan atau lembek pada beberapa tempat, harus diperbaiki.

#### 11. Evaluasi

- a. Melaporkan berkurangnya nyeri
  - meninggikan ekstremitas yang di gips

- melakukan teknik manajemen nyeri
- menggunakan analgetik oral
- b. Memperlihatkan peningkatan kemampuan mobilitas
  - mempergunakan alat bantu yang aman
  - > berlatih untuk meningkatkan kekuatan
  - Mengubah posisi sesering mungkin
  - > melakukan latihan sesuai kisaran gerakan sendi yang tidak tertutup gips
- c. Terjaganya peredaran darah yang adekuat pada ekstremitas
  - Memperlihatkan warna kulit yang normal
  - Mengalami pembengkakan minimal
  - Mampu memperlihatkan pengisian kapiler yang adekuat
  - Memperlihatkan gerakan aktif jari tangan dan kaki
  - Melaporkan sensasi normal pada bagian yang digips.
- d. Klien secara aktif berpartisipasi dalam program terapi
  - > meninggikan eksterimitas yang terkena.
  - berlatih sesuai intruksi
  - Menjaga gips tetap kering.
  - Melaporkan setiap masalah yg timbul.
  - > Tetap melakukan tindak lanjut atau mengadakan perjanjian dengan dokter
  - Tidak memperlihatkan adanya komplikasi
- e. Memperlihatkan penyembuhan abrasi dan laserasi
  - > Tidak memperlihatkan tanda dan gejala infeksi
  - Memperlihatkan kulit yang utuh saat gips dibuka

# DAFTAR PUSTAKA

- Engram, Barbara. 1999. Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Volume 2.
   Jakarta: EGC.
- 2. Ningsih, Nurma & Lukman. 2011. Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal. Jakarta: Salemba Medika.
- 3. Sjamsuhidajat, R. & Wim de Jong. 2001. Buku Ajar Ilmu Bedah. Jakarta: EGC.
- 4. Sjamsuhidajat R dan de Jong, Wim (Editor). Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi 2. Jakarta: EGC.2005

# MELATIH ALAT BANTU TONGKAT, KRUK, KURSI RODA, WALTER KRUK

# A. Pengertian

Alat Bantu Jalan Alat bantu jalan yaitu alat yg di gunakan untk membantu klien supaya dpt berjalan dan bergerak (suratun dkk,2008)

Alat bantu jalan merupakan sebuah alat yg dipergunakan untk memudahkan klien dlm berjalan agar terhindar dari resiko cidera dan jg menurunkan ketergantungan pd orang lain

Alat bantu jalan pasien adalah alat bantu jalan yg digunakan pd penderita/pasien yg mengalami penurunan kekuatan otot dan patah tulang pd anggota gerak bawah serta gangguan keseimbangan. (kozier barbara dkk, 2009)

#### B. Macam-Macam Alat Bantu

## 1. Tongkat

Penggunaan Alat Bantu Jalan dan Indikasinya

a. Tongkat adalah alat yg ringan, dpt dipindahkan, setinggi pinggang dan terbuat dari kayu / logam.

## b. Tipe tongkat:

- Tongkat standar yg berbentuk lurus, tongkat standar mempunyai panjang
   91 cm.
- Tongkat kaki tiga
- Tongkat kaki empat. (kozier barbara dkk, 2009)

## c. Persyaratan tongkat meliputi:

Ujung tongkat yg mengenai lantai diberi karet setebal 3,75 cm untk memberi stabilitas optimal pd klien. Ukuran tongkat setinggi pangkal paha Siku klien dpt defleksi (pembelokan) diatas tongkat kira-kira 25-300 (suratun dkk,2008)

## d. Tujuan mobilisasi

- Mempertahankan tonus otot
- Meningkatkan peristaltik usus sehingga mencegah obstipasi
- Memperlancar peredaran darah

- Mempertahankan fungsi tubuh
- Mengembalikan pd aktivitas semula (suratun dkk,2008)
- e. Tekhnik berjalan dgn tongkat:
  - Cuci tangan untk mengurangi transmisi organisme
  - Jelaskan prosedur dan tujuan dilakukan tindakan tersebut pd klien
  - Gunakan tongkat pd sisi tubuh klien yg terkuat
  - Jelaskan pd klien untk memegang tongkat dgn tangan yg sehat
  - Klien mulai melangkah dgn kaki yg terlemah, bergerak maju dgn tongkat,
     sehingga berat badan klien terbagi antaratongkat dan kaki yg terkuat
  - Kaki yg terkuat maju melangkah setelah tongkat, sehingga kaki terlemah dan berat badan klien disokong oleh tongkat dan kaki terkuat.

Berjalanlah disisi bagian tungkai klien yg lemah. Klen kemungkinan jatuh ke arah bagian tungkai yg lemah tersebut. Ajak klien berjalan selama waktu / jarak yg telah ditetapkan dlm rencana keperawatan. Jika klien kehilangan keseimbangan / kekuatannya dan tak segera pulih, masukkan tangan anda keketiak klien, dan ambil jarak berdiri yg luas untk mendapatkan dasar tumpuan yg baik. Sandarkan klien pd pinggul andasampai tiba bantuan, / rendahkan badan andadan turunkan klien secara perlahan ke lantai Dokumentasikan kemajuan klien.(kozier barbara dkk, 2009)

### 2. Kruk

Penggunaan Alat Bantu Jalan dan Indikasinya

- a. Kruk yaitu tongkat / alat bantu untk berjalan, biasanya digunakan secara berpasangan yg di ciptakan untk mengatur keseimbangan pd saat akan berjalan. (suratun dkk,2008)
- b. Indikasi penggunaan kruk
  - Pasca amputasi kaki
  - Hemiparese
  - Paraparese
  - Fraktur pd ekstremitas bawah

- Terpasang gibs
- Pasca pemasangan gibs (suratun dkk,2008)

#### c. Kontra Indikasi

- Penderita demam dgn suhu tubuh lebih dari 370 C.
- Penderita dlm keadaan bedrest.

# d. Manfaat Penggunaan Kruk

- Memelihara dan mengembalikan fungsi otot.
- Mencegah kelainan bentuk, seperti kaki menjadi bengkok.
- Memelihara dan meningkatkan kekuatan otot.
- Mencegah komplikasi, seperti otot mengecil dan kekakuan sendi. (suratun dkk,2008)
- e. Hal-hal yg harus diperhatikan dlm menggunakan kruk
  - Perawat / keluarga harus memperhatikan ketika klien akan menggunakan kruk.
  - Monitor klien saat memeriksa penggunaan kruk dan observasi untk beberapa saat sampai problem hilang.
  - Perhatikan kondisi klien saat mulai berjalan.
  - Sebelum digunakan, cek dahulu kruk untk persiapan.
  - Perhatikan lingkungan sekitar.
     (suratun dkk,2008)

## f. Tujuan Penggunaan Kruk

- Meningkatkan kekuatan otot,
- pergerakan sendi dan kemampuan mobilisasi
- Menurunkan resiko komplikasi dari mobilisasi
- Menurunkan ketergantungan pasien dan orang lain
- Meningkatkan rasa percaya diri klien (suratun dkk,2008)

## g. Fungsi Kruk

Sebagai alat bantu berjalan.

- Mengatur / memberi keseimbangan waktu berjalan.
- Membantu menyokong sebagian berat badan klien

# h. Tekhnik penggunaan kruk

- Pastikan panjang kruk sudah tepat
- Bantu klien mengambil posisi segitiga, posisi dasar berdiri menggunakan kruk sebelum mulai berjalan.
- Ajarkan klien tentang salah satu dari empat cara berjalan dgn kruk
- Perubahan empat titik / cara berjalan empat titik memberi kestabilan pd klien, tetapi memerlukan panahanan berat badan pd kedua tungkai.
   Masing-masing tungkai digerakkan secara bergantian dgn masing-masing kruk, sehingga sepanjang waktu terdapat tiga titikdukungan pd lantai
- Perubahan tiga titik / cara berjalan tiga titik mengharuskan klien menahan semua beratbadan pd satu kaki. Berat badan dibebankan pd kaki yg sehat, kemudian pd kedua krukdan selanjutnya urutan tersebut diulang. Kaki yg sakit tak menyentuh lantai selama fase dini berjalan tiga titik. Secara bertahap klien menyentuh lantai dan semua beban berat badan.
- Cara berjalan dua titik memerlukan sedikitnya pembebanan berat badan sebagian pd masing-masing kaki. Kruk sebelah kiri dan kaki kanan maju bersama-sama. Kruk sebelah kanan dan kaki kiri maju bersama-sama.
- Cara jalan mengayun ke kruk ( swing to gait), klien yg mengalami paralisi tungkai dan pinggul dpt menggunakan cara jalan mengayun ini.
   Penggunaan cara ni dlm jangka waktu yg lama dpt mengakibatkan atrofi otot yg tak terpakai. Minta klien untk menggerakkan kedua kruk kedepan secara bersamaan.pindahkan berat badan kelengan dan mengayun melewati kruk.
- Cara jalan mengayun melewati kruk ( swing throughgait)
- Cara jalan ni sangat memerlukan ketrampilan,kekuatan dan koordinasi klien. Minta klien untk menggerakkan kedua kruk kedepan secara

bersamaan. Pindahkan berat badan ke lengan dan mengayun melewati kruk.

- Ajarkan klien menaiki dan menuruni tangga
- Lakukan posisi tiga titik
- Bebankan berat badan pd kruk
- Julurkan tungkai yg tak sakit antara kruk dan anak tangga
- Pindahkan beban berat badan dari kruk ketungkai yg tak sakit
- Luruskan kedua kruk dgn kaki yg tak sakit diatas anak tangga

## Turun:

Naik:

- Bebankan berat badan pd kaki yg tak sakit
- Letakkan kruk pd anak tangga dan mulai memindahkan berat badan pd kruk, gerakkan kaki yg sakit kedepan
- Luruskan kaki yg tak sakit pd anak tangga dgn kruk
- Ajarkan klien tentang cara duduk di kursi dancara beranjakdari kursi.

## Duduk:

- Klien diposisi tengah depan kursi dgn aspek posterior kaki menyentuh kursi
- Klien memegang kedua kruk dgn tangan berlawanan dgn tungkai yg sakit.
   Jika kedua tungkai sakit kruk ditahan dan pegang pd tangan klien yg lebih kuat
- Klien meraih tangan kursi dgn tangan yg lain dan merendahkan tubuh kekursi

## Bangun:

Lakukan tiga langkah di atas dlm urutan sebaliknya.

- Cuci tangan
- Catat cara berjalan dan prosedur yg diajarkan serta kemampuan klien untk melakukan cara berjalan dlm catatan perawat.(suratun dkk,2008)

#### 3. Kursi Roda

a. Penggunaan Alat Bantu Jalan dan Indikasinya

Ada dua tipe kursi roda yaitu kursi roda manual dan listrik.

- Kursi roda listrik merupakan kursi roda yg digerakkan dgn motor listrik biasanya digunakan untk perjalanan jauh bagi penderita cacat / bagi penderita cacat ganda sehingga tak mampu untk menjalankan sendiri kursi roda, untk menjalankan kursi roda mereka cukup dgn menggunakan tuas seperti joystick untk menjalankan maju, mengubah arah kursi roda belok kiri / belok kanan dan untk mengerem jalannya kursi roda. Biasanya kursi roda listrik dilengkapi dgn alat untk mengecas/mengisi ulang aki/baterainya yg dpt terus dimasukkan dlm stop kontak dirumah/bangunan yg dikunjungi.
- Kursi roda manual memiliki bentuk lipat / rangka kaku. kursi roda digerakkan dgn tangan si penderita cacat, merupakan kursi roda yg biasa digunakan untk semua kegiatan. Kursi roda manual dpt dioperasikan dgn bantuan orang lain maupun oleh penggunanya sendiri. Kursi roda seperti ni tak dpt dioperasikan oleh penderita cacat yg mempunyai kecacatan ditangan.

## b. Hal-hal yg harus diperhatikan:

- Tentukan ukuran tubuh klien
- Tentukan kemampuan klien intuk mengikuti perintah
- Kekuatan otot dan pergerakan sendi klien,
- Adanya paralisis.

(kozier barbara dkk,2009)

#### c. Indikasi penggunaan kursi roda:

- Paraplegia
- Tidak dpt berjalan / tirah baring
- Pada pelaksanaan prosedur tindakan, misal klien akan foto rontgen
- Pasca amputasi kedua kaki
- (suratun dkk,2008)

#### d. Penatalaksanaan:

- Cuci tangan untk mengurangi transmisi organisme
- Jelaskan prosedur pelaksanaan
- Rendahkan posisi tempat tidur pd posisi terendah sehinggaa kaki klien dpt menyentuh lantai. Kunci semua roda tempat tidur
- Letakkan kursi roda sejajar dan sedekat mungkin dgn tempat tidur. Kunci semua roda dari kursi roda. Bantu klien pd posisi duduk di tepi tempat tidur
- Kaji adanya hipotensi ssebelum memindahkan klien dari tempat tidur
- Ketika klien turun dari tempat tidur, perawat harus berdiri tepat dihadapannya dan klien meletakkan tangannya dipundak perawat.
   Selanjutnya, perawat meletakkan tangannya dipinggang klien. Sementara klien mendorong badannya keposisi berdiri, perawat membantu mengangkat bagian atas tubuh klien.
- Klien dibiarkan berdiri selama beberapa detik untk memastikan tak adanya pusing
- Perawat tetap berdiri menghadap klien lalu memutar tubuh klien sehingga membelakangi kursi roda. Setelah itu, perawat memajukan salah satu kakinya dan memegang kedua lutut untk menjaga keseimbangan, kemudian membantu klien untk duduk di kursi roda. (suratun dkk,2008)

#### 4. Walker Kruk

#### a. Penggunaan Alat Bantu Jalan dan Indikasinya

Walker ditujukan bagi klien yg membutuhkan lebih banyak bantuan dari yg bisa diberikan oleh tongkat. Tipe standar walker terbuat dari alumunium yg telah dihaluskan. Walker mempunyai empat kaki dgn ujung dilapisi karet dan pegangan tangan yg dilapisi plastik. Walker standar membutuhkan kekuatan parsial pd kedua tangan dan pergelanga tangan; ekstensor siku yg kuat, dan depresor bahu yg kuat pula. Selainitu klien jg harus mampu menahan setengahberat badan pd kedua tungkai. Walkker dgn empat roda / walker beroda tak perlu diangkat ketika hendak bergerak, namun walker jenis ni kurang stabil dibandingkan dgn walker jenis standar. Beberapa jenis walker beroda mempunyai tempat duduk pd bagian belakang sehingga klien dpt duduk untk istirahat jika diinginkan.

Walker jenis lain mempunyai dua ujung karet dan dua roda. Klien memiringkan walker,mengangkat ujung karet sementara rodanya tetap di permukaan tanah, kemudian mendorong walker tersebut kearah depan.

Perawat mungkin harus menyesuaikan tinggi walker sehingga penyangga tangan berada dibawah pinggang klien dan siku klien agak fleksi. Walker yg terlalu rendah dpt menyebabkan klien membungkuk, sementara yg terlalu tinggi dpt membuat klien tak dpt meluruskan lengannya.

#### b. Cara penggunaan walker kruk

- Ketika klien membutuhkan bantuan maksimal.
- Gerakkan walker kedepan kira-kira 15cm sementara berat badan bertumpu pd kedua tungkai
- Kemudian gerakkan kaki kanan hingga mendekakti walker sementara berat badan dibebankan pd tungkai kiri dan kedua tangan.
- Selanjutnya, gerakkan kaki kiri hingga mendekati kaki kanan sementara berat badan bertumpu pd tungkai kanan dan kedua lengan.

### c. Jika salah satu tungkai klien lemah

Gerakkan tungkai yg lemah kedepan secara bersamaan sekitar 15 cm (6 inchi) sementara berat badan bertumpu pd tungkai yg kuat Kemudian, gerakkan tungkai yg lebih kuat ke depan sementara beratbadan bertumpu pd tungkai lemah dan kedua lengan.

### DAFTAR PUSTAKA

- 1. Suratun dkk. Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal. 2008. EGC. Jakarta
- 2. Barbara, Kozier dkk. Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis Kozier & ERB, Edisi 5. 2009. EGC. Jakarta

## **BAB V INTEGUMEN**

# Merawat Luka Bersih

Pengertian	Membersihkan luka operasi & mengganti
	balut bila perlu dengan tehnik steril. Lika
	bersih: luka operasi atau luka yang di jahit &
	kering.
Tujuan	Menghindarkan lukan dari infeksi &
	memperoleh proses kesembuhan
Kebijakan	Perawat merawat luka dari infeksi &
	mempercepat proses kesembuhan
Prosedur	Persiapan Alat
	a. Bengkok steril dalam bungkusan
	steril, kapas steril secukupnya
	b. Cairan normal saline 0.9% (NS),
	kasa/gauze steril secukupnya
	c. Klem/pincet steril, plester dan
	gunting plester, kertas sebagai
	tempat sampah, baki, tirai/sampiran,
	sarung tangan bersih
	Langkah-langkah
	a. Siapkan alat-alat dalam baki dan
	bawa ke dekat klien
	b. Jelaskan kepada klien tentang
	prosedur yang akan dilakukan
	c. Siapkan lingkungan, posisi, jaga
	privacy, pasang tirai, tutup pintu &
	jendela kemudian cuci tangan
	d. Buka kertas tempat sampah dan
	tempatkan di dekatkan klien

- e. Pasang sarung tangan, buka balutan lama secara hati-hati, observasi sifat exudat, kemudian taruh di atas tempat sampah
- f. Buka bungkusan alat steril & tuangNS secukupnya ke dalam bengkok
- g. Observasi keadaan luka terhadap warna, kesembuhan, edema, exudat dll
- h. Gunakan klem steril untuk menjepit kapas yang sudah dibasahi dengan cairan desinfektans
- Cuci luka mengarah dari daerah bersih sampai daerah kotor. Biasanya dari atas ke bawah ,atau dari daerah dalam ke luar
- j. Pakai satu kapas untuk 1 kali hapusan, buang ke tempat sampah
- k. Ulangi sampai luka bersih dari kotoran dari bekuan darah
- Bersihkan sekitar 3 cm sekitar luka secara steril
- m. Keringkan luka dan sekitar luka dengan kapas steril kering
- n. Buka bungkusan gauze steril.
   Keluarkan secara steril gauze secukupnya. Kalau ada sisa gauze steril, tutup kembali dengan baik
- o. Tutup luka dengan gauze steril

secukupnya

- p. Pasang plester pada pembalut untuk fiksasi dengan baik & rapi
- q. Bereskan klien dan alat-alat
- r. Bungkus sampah dalam kertas dengan rapi dan taruh di atas baki
- s. Bereskan lingkungan, cuci alat-alat di kamar cuci, buang sampah. Alat disterilkan kembali dan cuci tangan
- t. Dokumentasikan tindakan yang dilakukan, keadaan luka pembalut yang dipasang, dan respon klien.
   Kolaborasi tim medis kalau perlu

## **Perhatian**

- a. Bekerja dengan teliti dengan memperhatikan tehnik steril
- b. Peka terhadap respon klien, jaga privasi klien
- c. Agar fiksasi pembalut pada sendi, pasang plester dengan sudut 90°

# Merawat Luka Kotor

Pengertian Pengertian	Membersihkan luka kotor atau luka yang
	menggunakan drain dan mengganti balut
	dengan tehnik steril. Luka kotor termasuk
	luka drain, luka yang bernanah atau darah,
	luka fistula, luka akibat kecelakaan, atau luka
	dekat anus, hidung, vagina atau mulut
Tujuan	a. Mempercepat proses kesembuhan
	luka
	b. Menghindari luka dan infeksi yang
	lebih luas
	c. Menghindari penularan infeksi ke
	bagian tubuh lain disekitarnya
	d. Menciptakan rasa nyaman bagi klien
	dan orang-orang di sekitarnya
Kebijakan	Perawat merawat luka kotor agar tidak terjadi
	penyebaran infeksi yang semakin meluas
Prosedur	Persiapan Alat
	a. Bengkok steril dalam bungkusan
	steril, kapas steril secukupnya
	b. Cairan normal saline 0.9% (NS),
	kasa/gauze steril secukupnya. Gauze
	tebal/gauze perut kalau perlu (exudat
	luka sangat banyak)
	c. Klem atau pinset steril, 1 atau 2
	c. Klem atau pinset steril, 1 atau 2 sesuai keperluan, gunting steril kalau

sarung tangan bersih, baki, tirai/sampiran

## Langkah-langkah

- a. Siapkan alat-alat dalam baki dan bawa ke dekat klien
- b. Jelaskan kepada klien tentang prosedur yang akan dilakukan
- c. Siapkan lingkungan, atur posisi, jaga privacy, pasang tirai, tutup pintu/jendela & cuci tangan
- d. Buka kertas tempat sampah, tempatkan dekat klien, pasang sarung tangan kalau perlu, buka balutan lama observasi sifat exudat yang ada kemudian taruh di atas kertas sampah
- e. Buka bungkusan set steril & bungkusan alat steril
- f. Gunakan klem steril menjepit kapas yang dibasahi desinfektans
- g. Cuci luka mengarah dari daerah bersih ke daerah kotor, dari arah atas ke bawah, atau dari arah dalam ke luar
- h. Gunakan 1 kapas untuk 1 kali hapusan & buang ke tempat sampah, ulangi sampai luka bersih dari kotoran dan bekuan darah
- i. Bersihkan sekitar 3 cm sekitar luka

secara steril

- j. Buka bungkusan kasa steril,keluarkan secara steril kasa secukupnya
- k. Kalau ada sisa kasa steril, tutup kembali dengan baik
- Untuk drain, belah kasa secara steril, tempatkan di sekitar drain
- m. Tutup luka dengan kasa steril, plester& bereskan klien dan alat
- n. Bungkus sampah dalam kertas dengan rapi dan taruh di atas baki, bereskan lingkungan, bawa alat-alat ke kamar cuci, sampah di buang, cuci alat, siapkan untuk sterilisasi kembali & cuci tangan

#### **Perhatian**

- a. Bekerja teliti, perhatikan tehnik steril,peka terhadap respon klien
- b. Peka terhadap privacy klien & bersikap ramah, sabar dan sopan

# IRIGASI LUKA

PENGERTIAN	Membersihkan luka kotor dengan
	melakukan irigasi dan menganti balut
	dengan tehnik steril. Irigasi luka biasanya
	pada luka yang berlobang dalam atau yang
	mudah berdarah
TUJUAN	a. Menghindarkan luka dari infeksi
	yang lebih luas
	b. Mempercepat proses penyembuhan
	luka
	c. Melakukan nekrotomi pada luka
	yang nekrotik
	d. Mencegah trauma pada luka
	e. Memberikan obat pada luka sesuai
	program medis
KEBIJAKAN	Perawat melakukan irigasi luka dengan
	tehnik steril
	tellink stern
PROSEDUR	PERSIAPAN ALAT
PROSEDUR	
PROSEDUR	PERSIAPAN ALAT
PROSEDUR	PERSIAPAN ALAT  a. Bungkusan steril alat irigasi : spuit
PROSEDUR	PERSIAPAN ALAT  a. Bungkusan steril alat irigasi : spuit asepto, bola kapas steril secukupnya
PROSEDUR	PERSIAPAN ALAT  a. Bungkusan steril alat irigasi : spuit asepto, bola kapas steril secukupnya & bengkok
PROSEDUR	PERSIAPAN ALAT  a. Bungkusan steril alat irigasi : spuit asepto, bola kapas steril secukupnya & bengkok  b. Cairan steril secukupnya, dengan
PROSEDUR	PERSIAPAN ALAT  a. Bungkusan steril alat irigasi : spuit asepto, bola kapas steril secukupnya & bengkok  b. Cairan steril secukupnya, dengan jenis sesuai program medis (biasanya
PROSEDUR	PERSIAPAN ALAT  a. Bungkusan steril alat irigasi : spuit asepto, bola kapas steril secukupnya & bengkok  b. Cairan steril secukupnya, dengan jenis sesuai program medis (biasanya NS), kasa/gauze steril secukupnya,
PROSEDUR	PERSIAPAN ALAT  a. Bungkusan steril alat irigasi : spuit asepto, bola kapas steril secukupnya & bengkok  b. Cairan steril secukupnya, dengan jenis sesuai program medis (biasanya NS), kasa/gauze steril secukupnya, klem/pincet steril

kecil dan alasnya, kertas sebagai tempat sampah, sarung tangan bersih kalau perlu, baki & sampiran/tirai

### LANGKAH-LANGKAH

- Siapkan alat dalam baki dan bawa ke
   dekat klien
- 2. Jelaskan kepada klien tentang prosedur yang akan dilakukan
- 3. Siapkan lingkungan, pasang tirai, tutup pintu/jendela & cuci tangan
- 4. Atur posisi, biasanya miring, buka kertas sampah taruh dekat klien
- 5. Pasang sarung tangan bila perlu, buka balutan, taruh di atas kertas sampah, observasi sifat exudat
- 6. Buka bungkusan set steril, secara steril sambung bola karet dengan spuit asepto, tempatkan di samping bengkok
- 7. Buka bungkusan alat steril, pasang alat steril dan alasnya di bawah daerah yang akan di irigasi, tempatkan bengkok bersih di atas perlak dengan posisi sedemikian rupa untuk menampung cairan irigasi luka
- 8. Tuang cairan irigasi dalam bengkok steril, isi ke dalam alat irigasi, semprotkan secara perlahan dalam luka dari atas sampai bawah. Ulangi sampai cairan

- yang keluar dari luka bersih
- 9. Cuci luka sesuai protap "Cuci Luka Kotor"
- 10. Kalau luka berlubang, jangan di keringkan. Masukkan kasa basah sesuai protap "Kompres Luka"
- 11. Keringkan sekitar luka dengan kapas steril kering, buka bungkusan kasa steril, keluarkan secara steril secukupnya, kalau ada sisa, tutup kembali dengan baik. Tutup luka dengan kasa steril kering & steril
- 12. Bereskan klien, bungkus sampah dalam kertas, taruh di atas baki
- 13. Bereskan lingkungan, bawa alat ke kamar cuci, buang sampah, alat di cuci, siapkan untuk di sterilisasi kembali & cuci tangan
- 14. Dokumentasikan tindakan yang dilakukan, keadaan luka pembalut yang di pasang, dan respons klien. Kolaborasi kalau perlu

## **PERHATIAN**

a. Kalau tekanan cairan dari spuit asepto kurang untuk membersihkan exudat dan jaringan nekrotik dari luka, kolaborasi dokter tentang keperluan melakukan irigasi luka dengan spuit 10-20 cc di sambung jarum #20-22. Ikuti

langkah-langkah yang sudah di
jelaskan. Perhatikan bahwa
jarum tidak menusuk jaringan.
b. Hati-hati agar semprotan cairan
irigasi tidak ditujukan pada
jaringan granulasi. Sel fibroblast
pada jaringan granulasi bisa
hilang kalau disemprot
c. Bekerja teliti, perhatikan tehnik
steril, peka terhadap respons
klien & bersikap ramah, sabar
dan sopan

## **KOMPRES LUKA**

PENGERTIAN	Memberikan gauze basah pada luka dengan
	tehnik steril
TUJUAN	a. Menghindarkan luka dari infeksi
	yang lebih luas

	T
	b. Mempercepat proses penyembuhan
	luka
	c. Nekrotomi pada luka nekrotik,
	mengisi rongga kosong pada luka
	yang berlubang dalam &
	menciptakan rasa nyaman bagi klien
KEBIJAKAN	Perawat melakukan kompres luka dengan
	tehnik steril
PROSEDUR	PERSIAPAN ALAT
	a. Bengkok steril dalam bungkusan
	steril, kapas steril secukupnya
	<b>b.</b> Cairan Normal Saline 0,9% (NS),
	kasasteril secukupnya. Kasa
	tebal/kasa perut kalau exudat luka
	sangat banyak
	c. Klem atau pincet steril, 1 atau 2
	sesuai keperluan, plester dan
	gunting, kertas sebagai tempat
	sampah, sarung tangan bersih, baki
	& tirai/sampiran
	LANGKAH-LANGKAH
	1. Siapkan alat-alat dalam baki dan
	bawa ke dekat klien
	2. Jelaskan kepada klien tentang
	prosedur yang akan dilakukan
	3. Siapkan lingkungan, atur posisi, jaga
	privacy, pasang tirai, tutup
	pintu/jendela & cuci tangan
	4. Buka kertas tempat sampah,
	tempatkan dekat klien, pasang
	sarung tangan kalau perlu, buka

- balutan , taruh diatas kertas sampah, kalau balutan lengket basah dengan NS, observasi sifat exudat
- 5. Buka bungkusan set steril & bungkusan alat steril
- 6. Cuci luka sesuai protap "Cuci Luka Kotor" kecuali luka tidak dikeringkan. Buka bungkusan kasa steril, keluarkan secara steril secukupnya, kalau ada sisa tutup kembali dengan baik
- 7. Masukkan kasa steril secukupnya dalam bengkok, basahi dengan NS (atau cairan lain sesuai program medis)
- 8. Pasang sarung tangan steril untuk menangani kasa & luka langsung
- 9. Pasang kompres luka
  - Peras kasa, buka kasa sepenuhnya, masukkan dalam luka, pastikan setiap rongga dan lipatan jaringan yang diisi dan di tutup kasa basah dengan ujung sedikit di luar luka
  - Letakkan kasa dalam luka secukupnya & hindari tekanan
  - Hitung berapa helai kasa

yang dimasukka	n
----------------	---

- 10. Tutup kasa basah dengan kasa keringsesuai protap "Cuci Luka Kotor". Bereskan klien bungkus sampah & taruh di atas baki
- 11. Bereskan lingkungan, cuci alat, sterilisasi kembali, buang sampah & cuci tangan serta dokumentasikan tindakan, keadaan luka, berapa helai kasa di masukan dalam luka, pembalut yang dipasang, respons klien & kolaborasi tim medis kalau perlu

## **PERHATIAN**

- a. Bekerja teliti, perhatikan tehnik steril, peka terhadap respon klien
- b. Peka terhadap privacy & bersikap ramah, sabar dan sopan

## PERAWATAN LUKA BAKAR



#### a. Tujuan PembelajaranPraktikum

Setelah mengikuti praktikum berikut diharapkan mahasiswa dapat melakukan keterampilan dalam merawat luka bakar dengan tepat

#### b. DasarTeori

Luka bakar adalah kerusakan jaringan yang disebabkan oleh panas. Tiap— tiap persentuhan yang intensif yang cukup lama antara kulit dengan panas lebih dari 60° C akan terjadi lukabakar.

#### Tanda dan Gejala:

Menurut tanda dan gejalanya luka bakar dapat dibedakan menjadi beberapa tingkat, yaitu :

Tingkat I : Kemerahan pada kulit ( Erythema ), terjadi pembengkakan hanya pada lapisan atas kulit ari (Stratum Corneum), terasa sakit, merah dan bengkak.

Tingkat II: Melepuh (Bullosa) pembengkakan sampai pada lapisan kulit ari, terdapat gelembung berisicairan kuning bersih.

Tingkat III : Luka bakar sampai pada lapisan kulit jangat, luka tampak hitam keputuh – putihan (Escarotica )

Tingkat IV: Luka bakar sudah sampai pada jaringan ikat atau lebih darikulit ari dan kulit jangat sudahterbakar

Penyebab:

1. Api dan bendapanas

2. Bahan kimia :Cairan,uap.

3. Elektrik: listrik,petir.

4. Radiasi: Sinar matahari, rontgen, radium.

Akibat:

Luka bakar dapat mengakibatkan gangguan umum: Syok dan

Infeksi.

Terjadinya kedua hal tersebut sangat tergantung pada tingkat dan

luas luka pada tubuh yang terbakar. dalam menghitung luas atau

persentase luka bakar pada orang dewasa digunakan " The Rule of

Nine " atau " Rumus 9 " Pada luka bakar tingkat I, bila ½ - ¾ bagian

dari permukaan kulit terbakar, dapat mengakibatkan kematian. Bila

luka tidak mendapatkan perawatan semestinya akan

mengakibatkan infeksi.

PERTOLONGAN

Prinsip utama pertolongan luka bakar adalah "mengakhiri dengan

segera dan cepat kontak dengan sumber panas" untuk mengurangi

luas dan dalamnya luka bakar yang terjadi. Mematikan api dengan

menyelimuti dan menutup bagian yang terbakar untuk

menghentikan pasokan oksigen bagi api yang menyala merupakan

upaya pertama saat terbakar.

Luka Bakar Ringan

161

- Penanganan pertama adalah mendinginkan daerah yang terbakar denganair dengan segera, rendam kulit yang terbakar ke dalam air dingin sekurang – kurangnya 15menit.
- Untuk luka yang tidak dapat direndam, kompres dengan es yangdibungkus dalam kain atau pergunakan kain peresap yang dicelupkan ke dalam air es.
- Ganti kompres tersebut beberapa kali agar tetap dingin, lakukan sampai rasa sakitnyahilang.
- Hindarkan penggunaan salep luka, lemak dan soda masak, terutama pada luka yang cukup parah yang memerlukan perawatan medis segera. Penggunaan antiseptik topikal dianjurkan pada lukabakar.
- Cegah timbulnya infeksi. Bila kulit menggelembung, tutupgelembung dengan kain yang steril, jangan memecahkan gelembung tersebut.
- Luka dapat dirawat terbuka atau tertutup. Awas , luka bakar yang dangkal dapat menjadi berbahaya, bila daerah yang terbakar cukup luas mintalah bantuan dokter/ RSterdekat.

#### Terbakar Bahan Kimia

- Prinsip, siramlah daerah yang terbakar dengan air sebanyak –
   banyaknya untuk mengencerkan atau membuang sebagian
   bahan kimia itu, selanjutnya rawat seperti luka bakarlainnya.
- Bila mengenai mata, terutama oleh zat asam atau bahan dasar sepertisoda,
   bilaslah secara berhati hati dengan air bersih, tutup dengan
   kain kasa atau kain bersih dan segera periksakan.

#### **Luka Bakar Berat**

- Jika pakaian dalam keadaan terbakar, padamkan nyala api itu dengan jas, selimut, atau permadanikecil.
- Biarkan korban berbaring untuk mengurangisyok.

- Potong dan buang pakaian dari daerah yang terbakar. Bila pakaian yangterbakar menempel pada luka, jangan menariknya, biarkan dan potonglah sekitarnyasaja.
- Cuci tangan anda dengan bersih untuk mencegahkontaminasi.
- Tutup luka dengan kain kasa yang tebal, sehingga dapat memisahkan dari udara, kontaminasi oleh debu dan mengurangi rasa sakit. Bila tidak ada kain kasa dapat digunakan sprei atau handuk yangbersih.
- Jangan pergunakan salep, minyak, tapi penggunaan anti septiktopikal dianjurkan, jangan berusaha mengganti kain penutup tersebut.
- Panggil ambulans atau bawa korban ke RSterdekat.
- Bila luka bakar cukup luas mengenai sebagian besar tubuh,
   berikanlah pertolongan pertama untuk syok. Kalau perlu lakukan resusitasi bila korban menunjukkan gejala syok seperti gelisah,
   dingin, pucat, berkeringat, nadi kecil dan cepat, tekanan darahmenurun.
- Bila korban sadar, larutkan ½ sendok teh soda masak dan 1 sendok the garam dapur dalam ¼ liter air. Minumkanlah larutan ini pada korban sebanyak ½ gelas tiap 15 menit untuk mengganti cairan tubuhnya yang hilang, hentikan pemberian cairan ini bila korbanmuntah.

#### c. Bahan DanPeralatan

- 1. Baki steril berisi:
  - Sarung tangansteril
  - Pinsetsirurgis
  - Kasasteril
  - Gunting
  - Pembalutsteril

### 2. Baki tidak steril berisi:

- Bengkok
- Perlak danalasnya
- Cairan NaCl 0,9%
- Cairan salvon 1%, peak nitrat 0,5%
- Silet atau alatcukur
- Sarung tanganbersih
- Salep Silver Sulfa Diazine (SSD)
- Salepantibiotic
- Guntingverban
- Korentang dalamtempatnya
- Plester

## d. PetunjukUmum

- 1. Cermat dalam menjagakesterillan
- 2. Mengangkat jaringan nekrosis sampaibersih
- 3. Peka terhadap privasipasien
- 4. Teknik pengangkatan jaringan nekrosis disesuikan dengan tipe lukabakar
- 5. Perhatikan teknikaseptik

## e. Keselamatan Kerja

- 1. Bekerja secarasistimatis
- 2. Hati-hati dalam bekerja
- Berkomonikasi dengan pendekatan yang tepat dan sesui dengankondisi pasien
- 4. Pempertahankan prinsipkerja
- 5. Kerjasama antara pasien dan perawat selaludijaga
- 6. Tanggap terhadaprespons
- 7. Menjagaprivasi

# g. LangkahKerja

Langkah pengerjaan	Ilustrasi gambar
dan key point	
Memberi tahu pasien	
Membawa alat – alat ke dekat pasien	
Cuci tangan	
Memasang perlak dan alasnya di bawah daerah luka bakar	
Memakai sarung tangan tidak steril	
Melepaskan balutan dengan menggunakan pinset	

Membuka sarung tangan Memakai sarung tangan steril	
Bersihkan luka dengan NaCl 0, 9% dan metronidazol 0, 1% secara sentrifugal	
Luka dikeringkan dengan kasa steril	
Berikan salep SSD setebal 0, 5 cc	
pada seluruh daerah luka bakar	
Luka dibalut kemudian di fiksasi dengan plester	
Membuka sarung tangan	
Rapikan pasien	

## $g. \ Evaluas i Praktikum$

- 1. Mahasiswa mampu mempersiapkan alat secaralengkap
- 2. Mahasiswa mampu melakukan perawatan luka bakar secara sistematisdan setiap langkah dilakukan dengantepat

#### PEMBERIAN OBAT SECARA TOPIKAL

Pemberian obat secara topikal adalah pemberian obat secara lokal dengan cara mengoleskan obat pada permukaan kulit atau membran area mata, hidung, lubang telinga, vagina dan rectum. Obat yang biasa digunakan untuk pemberian obat topikal pada kulit adalah obat yang berbentuk krim, lotion, atau salep. Hal ini dilakukan dengan tujuan melakukan perawatan kulit atau luka, atau menurunkan gejala gangguan kulit yang terjadi (contoh: lotion).

Pemberian obat topikal pada kulit terbatas hanya pada obat-obat tertentu karena tidak banyak obat yang dapat menembus kulit yang utuh. Keberhasilan pengobatan topical pada kulit tergantung pada: umur, pemilihan agen topikal yang tepat, lokasi dan luas tubuh yang terkena atau yang sakit, stadium penyakit, konsentrasi bahan aktif dalam vehikulum, metode aplikasi, penentuan lama pemakaian obat, penetrasi obat topical pada kulit.

#### Klasifikasi Obat

## 2.4.1 Berdasarkan bentuk

#### 1. Lotion

Lotion ini mirip dengan shake lotion tapi lebih tebal dan cenderung lebih emollient di alam dibandingkan dengan shake lotion. Lotion biasanya terdiri dari minyak dicampur dengan air, dan tidak memiliki kandungan alkohol. Bisanya lotion akan cepat mengering jika mengandung alkohol yang tinggi.

#### 2. Shake lotion

Shake lotion merupakan campuran yang memisah menjadi dua atau tiga bagian apabila didiamkan dalam jangka waktu tertentu. Minyak sering dicampur dengan larutan berbasis air.Perlu dikocok terlebih dahulu sebelum digunakan.

#### 3. Cream/ Krim

Cream adalah campuran yang lebih tebal dari lotion dan akan mempertahankan bentuknya apabila dikeluarkan wadahnya. Cream biasanya digunakan untuk melembabkan kulit. Cream memiliki risiko yang signifikan karena dapat menyebabkan sensitifitas imunologi yang tinggi. Cream memiliki tingkat penerimaan yang tinggi oleh pasien. Cream memiliki variasi dalam bahan, komposisi, pH, dan toleransi antara merek generik.

#### 4. Salep

Salep adalah sebuah homogen kental, semi-padat, tebal, berminyak dengan viskositas tinggi, untuk aplikasi eksternal pada kulit atau selaput lendir.Salep digunakan sebagai pelembaban atau perlindungan, terapi, atau profilaksis sesuai dengan tingkat oklusi yang diinginkan.Salep digunakan pada kulit dan selaput lendir yang terdapat pada mata (salep mata), vagina, anus dan hidung.Salep biasanya sangat pelembab, dan baik untuk kulit kering selain itu juga memiliki risiko rendah sensitisasi akibat beberapa bahan minyak atau lemak.(Jean Smith, Joyce Young dan patricia carr, 2005 : 684)

#### a. Pada Kulit

Obat yang biasa digunakan untuk pemberian obat topikal pada kulit adalah obat yang berbentuk krim, lotion, sprei atau salep. Hal ini dilakukan dengan tujuan melakukan perawatan kulit atau luka, atau menurunkan gejala gangguan kulit yang terjadi (contoh : lotion). Krim, dapat mengandung zat anti fungal (jamur), kortikosteorid, atau antibiotic yang dioleskan pada kulit dengan menggunakan kapas lidi steril.

Krim dengan antibiotic sering digunakan pada luka bakar atau ulkus dekubitus. Krim adalah produk berbasis air dengan efek mendinginkan dan emolien. Mereka mengandung bahan pengawet untuk mencegah pertumbuhan bakteri dan jamur, tetapi bahan pengawet tertentu dapat menyebabkan sensitisasi dan dermatitis kontak alergi.Krim kurang berminyak dibandingkan salep dan secara kosmetik lebih baik ditoleransi.

Sedangkan salep, dapat digunakan untuk melindungi kulit dari iritasi atau laserasi kulit akibat kelembaban kulit pada kasus inkontenansia urin atau fekal. Salep tidak mengandung air, mereka adalah produk berbasis minyak yang dapat membentuk lapisan penutup diatas permukaan kulit yang membantu kulit untuk mempertahankan air. Salep nenghidrasi kulit yang kering dan bersisik serta meningkatkan penyerapan zat aktif, dan karena itu berguna dalam kondisi kulit kering kronis. Salep tidak mengandung bahan pengawet.

Losion adalah suspensi berair yang dapat digunakan pada permukaan tubuh yang luas dan pada daerah berbulu.Losion memiliki efek mengeringkan dan mendinginkan.

Obat transdermal adalah obat yang dirancang untuk larut kedalam kulit untuk mendapatkan efek sistemik. Tersedia dalam bentuk lembaran. Lembaran obat tersebut dibuat dengan membran khusus yang membuat zat obat menyerap perlahan kedalam kulit. Lembaran ini juga dapat sekaligus mengontrol frekuensi penggunaan obat selama  $24 \pm 72$  jam

Tujuan pemberian pada kulit, yaitu:

- Untuk mempertahankan hidrasi
- Melindungi permukaan kulit
- Mengurangi iritasi kulit
- Mengatasi infeksi

#### Tindakan

#### Alat &Bahan:

a. Obat dalam tempatnya (seperti losion, krim, aerosal, sprei)

- b. Pinset anatomis
- c. Kain kasa
- d. Balutan
- e. Pengalas
- f. Air sabun, air hangat
- g. Sarung tangan

## Prosedur Kerja:

- 1. Cuci tangan
- 2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 3. Pasang pengalas dibawah daerah yang akan dilakukan tindakan
- 4. Gunakan sarung tangan
- 5. Bersihkan daerah yang akan diberi obat dengan air hangat (apabila terdapat kulit mengeras) dan gunakan pinset anatomis
- 6. Berikan obat sesuai dengan indikasi dan cara pemakaian seperti mengoleskan atau mengompres
- 7. Jika diperlukan, tutup dengan kain kasa atau balutan pada daerah diobati
- 8. Cuci tangan

### b. Pada Mata

Pemberian obat pada mata dilakukan dengan cara meneteskan obat mata atau mengoleskan salep mata. Persiapan pemeriksaan struktur internal mata dilakukan dengan cara mendilatasi pupil, untuk mengukur refraksi lensa dengan cara melemahkan otot lensa, kemudian dapat juga digunakan untuk menghilangkan iritasi mata

Obat mata biasanya berbentuk cairan dan ointment/ obat salep mata yang dikemas dalam tabung kecil.Karena sifat selaput lendir dan jaringan mata yang lunak dan responsif terhadap obat, maka obat mata biasanya diramu dengan kakuatan yang rendah misalnya 2 %.

#### **Tindakan**

#### Alat &Bahan:

- a. Obat dalam tempatnya dengan penetes steril atau beruupa salep
- b. Pipet
- c. Pinset anatomi dalam tempatnya
- d. Korentang dalam tempatnya
- e. Plester

- f. Kain kasa
- g. Kertas tisu
- h. Balutan
- i. Sarung tangan
- j. Air hangat atau kapas pelembab

## Prosedur Kerja:

- 1. Cuci tangan
- 2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 3. Atur posisi pasien dengan kepala menengadah, dengan posisi perawat di samping kanan
- 4. Gunakan sarung tangan
- 5. Bersihkan daerah kelopak dan bulu mata dengan kapas lembab dari sudut mata kearah hidung. Apabila sangat kotor basuh dengan air hangat
- 6. Buka mata dengan menekan perlahan-lahan bagian bawah dengan ibu jari, jari telunjuk di ataas tulang orbita
- 7. Teteskan obat mata diatas sakus konjungtiva . Setelah tetesan selesai sesuai dengan dosis, anjurkan pasien untuk menutup mata secara perlahan
- 8. Apabila obat mata jenis salep, pegang aplikator salep diatas pinggir kelopak mata kemudian pijat tube sehingga obat keluar dan berikan obat pada kelopak mata bawah. Setelah selesai anjurkan pesian untuk melihat kebawah, secara bergantian dan berikan obat pada kelopak mata bagian atas dan biarkan pasien untuk memejamkan mata dan menggerakan kelopak mata
- 9. Tutup mata dengan kasa bila perlu
- 10. Cuci tangan
- 11. Catat obat, jumlah, waktu dan tempat pemberian

## c. Pada Telinga

Pemberian obat pada telinga dilakukan dengan cara memberikan tetes telinga atau salep. Obat tetes telinga ini pada umumnya diberikan pada gangguan infeksi telinga, khususnya pada telinga tengah (otitis eksternal) dan dapat berupa obat antibiotik.

#### Tindakan

#### Alat &Bahan:

- a. Obat dalam tempatnya
- b. Penetes
- c. Spekulum telinga

- d. Pinset anatomi dalam tempatnya
- e. Korentang dalam tempatnya
- f. Plester
- g. Kain kasa
- h. Kertas tisu
- i. Balutan

## Prosedur Kerja:

- 1. Cuci tangan
- 2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 3. Atur posisi pasien dengan kepala miring kekanan atau kekiri sesuai dengan daerah yang akan diobati, usahakan agar lubang telinga pasien diatas
- 4. Luruskan lubang telinga dengan menarik daun telinga ke atas atau ke belakang (pada orang dewasa), kebawah pada anak-anak
- 5. Apabila obat berupa tetes maka teteskan obat pada dinding saluran untuk mencegah terhalang oleh gelembung udara dengan jumlah tetesan sesuai dosis
- 6. Apabila obat berupa salep maka ambil kapas lidih dan oleskan salep kemudian masukan atau oleskan pada liang telinga
- 7. Pertahankan posisi kepala kurang lebih selama 2-3 menit
- 8. Tutup telingan dengan pembalut dan plester jika diperlukan
- 9. Cuci tangan
- 10. Catat jumlah, tanggal dan dosis pemberian

#### d. Pada Hidung

Pemberian obat pada hidung dilakukan dengan cara memberikan tetes hidung yang dapat dilakukan pada seseorang dengan keradangan hidung (rhinitis) atau nasofaring

Efek samping sistemik hampir tidak ada, kecuali pada bayi/anak dan usia lanjut yang lebih peka terhadap efek sistemik. Namun ada efek samping lain akibat vasokonstriksi lokal secara cepat yaitu, jika pemberian obat tetes hidung ini dihentikan, dapat terjadi sumbatan hidung yang lebih berat. Sumbatan sekunder in dapat menyebabkan kerusakan jaringan setempat dan mengganggu bulu hidung.

## Bentuk-bentuknya:

- a. Tetes hidung (nasal drops).ditujukan untuk bayi, anak-anak dan dewasa. contohnya Breathy, Alfrin, Iliadin, Otrivin.
- b. Semprot hidung (nasal spray).ditujukan untuk orang dewasa. contohnya Afrin, Iliadin, Otrivin.

c. Semprot hidung dengan dosis terukur (metered-dose nasal spray), ditujukan untuk anakanak usia tidak kurang dari 4 tahun dan dewasa. contohnya Beconase, Flixonase, Nasacort AQ, Nasonex, Rhinocort Aqua.

#### **Tindakan**

#### Alat &Bahan:

- a. Obat dalam tempatnya
- b. Pipet
- c. Spekulum hidung
- d. Pinset anatomi dalam tempatnya
- e. Korentang dalam tempatnya
- f. Plester
- g. Kain kasa
- h. Kertas tisu
- i. Balutan

## Prosedur Kerja:

- 1. Cuci tangan
- 2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 3. Atur posisi pasien dengan cara:
  - Duduk dikursi dengan kepala mengadah ke belakang
  - Berbaring dengan kepala ekstensi pada tepi tempat tidur
  - Berbaring dengan bantal dibawah bahu dan kepala tengadah ke belakang
- 4. Berikan tetesan obat pada tiap lubang hidung (sesuai dengan dosis)
- 5. Pertahankan posisi kepala tetap tengadah ke belakang selama 5 menit
- 6. Cuci tangan
- 7. Catat, cara, tanggal dan dosis pemberian obat

## 2.4.2 Berdasarkan Kegunaan

1. Anti infeksi topikal

#### Contoh obat:

- a. Bactroban
- b. Cetricillin

#### **BACTROBAN**

Komposisi : Mupirocin calcium

Indikasi : Terapi topikal infeksi sekunder pada lesi kulit traumatik.

Dianjurkan : Dewasa & anak – anak Oleskan 3 X / hari selama 10 hari

Kontra Indikasi : Hipersensitif terhadap mupirocin

Tidak untuk digunakan pada mata atau hidung. Hindari kontak mata. Gunakan dengan hati-hati jika ada gangguan ginjal.

Efek samping : rasa panas, gatal, tersengat, eritema.

#### **CETRICILLIN**

Kosisi tiap gram cream mengandungcetrimide 5 mg ( 5% )dasar cream sampai1 gr

Indikasi : antiseptik yang digunakan pada luka-luka ringan karena sengatan matahari.

Kontra indikasi : Bagi penderita yang hipersensitif terhadap cetrimide

Cara pemakaian : Ditempat yang sejuk dan terlindung dari cahaya

Kemasan : Tube @ 15 gr

Anti Jamur

Contoh obat :

Erphamazol cream

## **ERPHAMAZOL CREAM**

Komposisi: setiap 5 gr erphamazol cream mengandung 1% klotrimasol

Indikasi: Cream ini sangat baik untuk pengobatan dermatofitosis atau penyakit

Jamuryang disebabkan antara lain ioleh trichophyton, epidermophyton, microsporum, candida albicans malassezia furfur. Jadi sangat baik untuk:

- 1. jamur pada kulit kepala (tineacapitis)
- 2. jamur kuku (tinea unguium / onychomycosis)
- 3. jamur pada lipatan-lipatan tubuh atau sela-sela jari (cutaneous candidiasis)

4. panu (tinea versicolor) dan infeksi jamur lainnya (mis : tinea corporis, tinea cruris, dll)

Efek samping : bila digunakan konsentrasi besar akan menjadi iritasi dan rasa terbakar pada kulit

Cara pemakaian : oleskan erphamazol cream tipis-tipis pada bagian yang sakit 2-3x sehari, lamanya pengobatan berbeda-bada tergantung dari jenis dan luasnya penyakit. Biasanya berkisar 1-2 minggu

Kemasan : tube @ 5 gr erphamazol cream simpanlah di tempat yang sejuk dan terlindung dari matahari

- 1.3 erphamazol cream adalah obat anti jamur dengan spectrum luas
- b. Canesten
- 1.4 canesten adalah obat yang digunakan untuk membunuh kuman jamur

Komposisi : clotrimazole

Indikasi :

- Krim : dermatomikosis disebabkan oleh dermatofit ragi, jamur dan fungi lain, ptiriasis versikolor, eritrasma.
- bubuk : kandididiasis krim candida albicans, pityriasi versicolor, tinea pedis, tinea cruris, tinea corporis.

Dianjurkan :

Krim : oleskan 2-3 x/hr.

Bubuk : gunakan 1-2 x/hr

Kontra Indikasi : hipersensitif terhadap klotrimazol.

Peringatan : hamil trisemester-1, laktasi.

Efek samping: eritema, rasa tersengat, kulit melepuh atau mangelupas, gatal, ultikaria, rasa terbakar dan iritasi kulit.

## 3. Anti infeksi topical dengan kortikisteroid

#### Contoh Obat:

- a. Apolar-N
- b. Betason-N

#### APOLAR-N

Komposisi : pergram desolide 0,5 mg. Neomycin sulfat 5mg

Indikasi: dermatitis terinfeksi, dermatitis atopik, dermatitis seborok, pruritus pada anus dan vulva, autitis eksterna

Dianjurkan : oleskan 2-3 x/hr

Kontra Indikasi: herpes simpleks, cacar air, TBC kulit, penyakit kulit karena cipilis, dan ulkus kulit. Terapi untuk mata. Hipersensitifitas terhadap neomysin.

Peringatan : hindari pemakaian jangka lama pada permukaan kulit yang luas.

#### **BETASON-N**

Komposisi : beta methason, valerat 0,1%, neomysin sulfat 0,5%.

Indikasi : eksim pada bayi, dermatitis atopik, alergi pesoriasis, neuro dermatitis.

Dianjurkan : oleskan pda lesi 2 x/hr.

Peringatan : pemakaian jangka panjang atau untuk profillaksis, kambuh kembali jika dihentikan secara mendadak, hindari kontak dengan mata, kerusakan kulit berat.

Efek samping : kulit kering, pruritus, iritasi, rasa nyeri atau terbakar sementara (ringan sampai sedang), perubahan atrofi lokal pada kulit, pemakaian jangka panjang dan intensif (hiperkoltisme), gatal, folikulitis, hipertrikosis, erupsi sperti agne.

## 4. Kortikosteroid topikal

## Contoh Obat:

- a. Advantan
- b. Apolar

#### **ADVANTAN**

Komposisi : methylprednisolone aceponate

Indikasi :Dermatitis atopik ( ekzema endogenus, neurodermatitis, neuradermatitis

), ekzema kontak, degeneratif, dishidrotik, vulgaris & ekzema pada anak.

Dianjurkan :oleskan 1x/hari. Lama terapi;dewasa<12 mingu, anak tdk>4 minggu.

Kontra indikasi :TB atau sifilis pada kulit yang akan diobati, rosasea, dermatitis, perioral dan reaksi kulit pasca vaksinasi pada bagian kulit yang akan diobati. Hypesensitif pada

methyprednisolone aceponate hamil laktasi.

Peringatan : penyakit kulit karena infeksi bakteri dan atau infeksi jamur. Bayi anak,

pengunaan pada bagian tubuh luas, pengunaan jangka lama.

Efek samping :gatal, rasa terbakar, eritema, vasikulasi, atrofi, streae, atau kondisi pada

kulit yang menyerupai acne.

#### **APOLAR**

Komposisi : desonide

Indikasi : dermatitis atopik dan kontak, eksema terutama pada anak psoriasis, dan

pruritus pada anus dan vulva, eritema akibat terbakar sinar matahari dan dermatitis lainya.

Dianjurkan : 2-3x sehari.

Kontra indikasi : herpes simplex, varisela, TBC kulit, dermatitis karena sipilis dan ulkus.

Peringatan : hindari pemakaian jangka panjang pada permukaan kulit yang luas.

#### 2.5 Indikasi pengobatan secara topical

a. Pada pasien dengan mata merah akibat iritasi ringan

- b. Pada pasien radang atau alergi mata.
- c. Infeksi saluran napas,
- d. Otitis media (radang rongga gendang telinga),
- e. infeksi kulit.

## Kontra indikasi pengobatan secara topikal

- a. Pada penderita glaukoma atau penyakit mata lainnya yang hebat, bayi dan anak. Kecuali dalam pegawasan dan nasehat dokter.
- b. Hipersensitivitas.
- c. Diare, gangguan fungsi hati & ginjal.
- d. Pada pasien ulkus
- e. Individu yang atopi (hipersensitifitas atau alergi berdasarkan kecenderungan yang ditemurunkan).

## Keuntungan pengobatan secara topical

Untuk efek lokal, mencegah first-pass effect serta meminimalkan efek samping sistemik. Untuk efek sistemik, menyerupai cara pemberian obat melalui intravena (zero-order)

## Kerugian pengobatan secara topical

- · Secara kosmetik kurang menarik
- · Absorbsinya tidak menentu

## DAFTAR PUSTAKA

Black & Hawks. (2009). Keperawatan Medikal Bedah. Buku 1-3. Jakarta: EGC

Brunner & Suddarth. (2011). Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC

Eni Kusyanti. (2014). Ketrampilan & Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar. Jakarta: EGC