



MODUL PRAKTIKUM

BAHASA INDONESIA

Wahyu Joko Saputra, S.Pd., M.Pd





➔ VISI

Menjadi Program Studi Yang Menghasilkan Sarjana Terapan Keperawatan Profesional Dan Terdepan Dalam Pengembangan Keperawatan Jiwa Pada Tahun 2025

➔ MISI

1. Melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi berbasis IPTEK Keperawatan dengan mengedepankan nilai humanisme.
2. Melaksanakan tata kelola program studi yang akuntabel, transparan, inovatif, dan bertanggung jawab.
3. Menciptakan suasana akademik yang kondusif, aspiratif, dan produktif.

➔ TUJUAN

Menghasilkan Sarjana Terapan Keperawatan Profesional yang mampu:

1. Memberikan pelayanan dengan mengedepankan nilai-nilai humanisme dan peka budaya.
2. Melaksanakan penelitian terapan dan pengabdian masyarakat yang berkualitas dan terpublikasi.
3. Memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dan mampu berkolaborasi dengan profesi lain
4. Mengembangkan pelayanan berdasar evidence based practice.
5. Memberikan dan mengembangkan pelayanan di seluruh area keperawatan dan terdepan dalam area keperawatan jiwa.



DAFTAR ISI

Halaman Cover.....	1
Visi dan Misi.....	2
Daftar Isi.....	3
Pendahuluan	4
Gambaran Umum Modul.....	5
Materi Pembelajaran.....	7
Checklist dan Format Penilaian Pidato.....	10
Checklist dan Format Penilaian Presentasi.....	11
Checlist dan Format Penilaian Seminar.....	12
Daftar Referensi.....	14

A. NAMA MODUL

Modul Praktika Bahasa Indonesia

B. MATA KULIAH/KODE

Bahasa Indonesia / Kep.S.1.04

C. JUMLAH SKS P :

1 SKS

D. ALOKASI WAKTU

1 X 170 menit X 16 pertemuan

E. SEMESTER/TA

I (satu)/TA 2023-2024

F. Tempat

Kelas/Laboratorium Bahasa

G. TUJUAN

1. Tujuan Instruksional Umum :

Setelah mengikuti pendidikan cabang ilmu ini peserta didik mampu : Pada akhir mata kuliah ini mahasiswa diharapkan mampu

- a. Mampu menunjukkan sikap bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan bangga sebagai bangsa Indonesia yang menjunjung nilai kemanusiaan, etika, hukum, moral, dan budaya dalam memberikan asuhan keperawatan (CPL.01)
- b. Mampu melakukan komunikasi terapeutik dan menguasai keterampilan dasar keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan kepada klien melalui kerja tim (CPL.03)
- c. Mampu menghasilkan karya ilmiah hasil dari asuhan keperawatan berdasarkan etik dan bukti Ilmiah yang dapat digunakan untuk pengembangan kualitas pelayanan keperawatan (CPL.07)

2. Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah mengikuti perkuliahan ini peserta didik dapat:

- a. Bercerita sejarah bahasa indonesia
- b. Mendeskripsikan Fungsi Bahasa Indonesia
- c. Penggunaan bahasa indonesia dengan benar
- d. Menyusun kalimat dengan pola yang bervariasi
- e. Menggunakan diksi secara tepat
- f. Menyusun kalimat efektif
- g. Membuat makalah
- h. Membuat rangkuman
- i. Menyusun resensi buku
- j. Mengomentari tentang artikel
- k. Menerapkan kaidah membaca tulisan populer
- l. Mengakses info melalui internet
- m. Mempresentasikan makalah
- n. Mempraktikkan seminar dan bisa membuat naskah pidato

H. GAMBARAN UMUM MODUL

Bahasa Indonesia adalah salah satu elemen kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang perawat profesional. Dengan memiliki kompetensi ini diharapkan agar kelak dapat bekerja secara profesional dan dapat berpartisipasi dalam menyukseskan program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia sebagai wujud nyata partisipasinya dalam Pembangunan Nasional. Cabang ilmu ini akan membahas tentang bagaimana acara penggunaan bahasa Indonesia baik dan benar, Mengenal sejarah bahasa indonesia, Kedudukan bahasa indonesia sebagai bahasa negara, Kedudukan bahasa indonesia sebagai bahasa persatuan, Kedudukan bahasa indonesia sebagai Bahasa Iptek, Kedudukan bahasa indonesia sebagai fungsi bahasa, Kedudukan bahasa indonesia sebagai peran bahasa dalam pembangunan bangsa, Menulis makalah, Membuat rangkuman, Menulis resensi buku, Membaca untuk menulis, Bicara (presentasi, seminar, pidato). Modul ini akan memberikan gambaran memberikan pedoman praktika bahasa indonesia baik pada individu, keluarga, masyarakat ataupun sekolah. Adapun ketrampilan yang akan dicapai adalah penggunaan bahasa Indonesia dengan baik dan benar di masyarakat dan sekolah.

I. KARAKTERISTIK MAHASISWA

Mahasiswa yang mengikuti praktika laboratorium adalah mahasiswa semester I Program Studi Keperawatan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang, baik laki-laki maupun perempuan.

J. TARGET KOMPETENSI

Setelah praktika diharapkan mahasiswa mampu:

1. Bercerita sejarah Bahasa Indonesia
2. Mendeskripsikan Fungsi Bahasa Indonesia
3. Penggunaan Bahasa Indonesia dengan benar
4. Menyusun kalimat dengan pola yang bervariasi
5. Menggunakan diksi secara tepat
6. Menyusun kalimat efektif
7. Membuat makalah
8. Membuat rangkuman
9. Menyusun resensi buku
10. Mengomentari tentang artikel
11. Menerapkan kaidah membaca tulisan populer
12. Mengakses info melalui internet
13. Mempresentasikan makalah
14. Mempraktikkan seminar dan bisa membuat naskah pidato

K. INDIKATOR KETERCAPAIAN

1. Mahasiswa dapat memahami konsep Bahasa Indonesia
2. Mahasiswa dapat melakukan dan mempraktikkan penggunaan Bahasa Indonesia dengan baik dan benar pada individu, keluarga, masyarakat ataupun sekolah dan menyusun karangan ilmiah yang berhubungan dengan pelaksanaan tugas sebagai perawat

L. MATERI PEMBELAJARAN

1. Kedudukan dan fungsi Bahasa
2. Bahasa Indonesia Baku
3. Bahasa teks
4. Teks akademik dalam genre makro
5. Dunia Pustaka
6. Desain Proposal penelitian dan kegiatan
7. Laporan hasil penelitian dan hasil kegiatan
8. Artikel ilmiah

M. STRATEGI PEMBELAJARAN

1. Diskusi kelompok
2. Demonstrasi/ simulasi dan redemonstrasi

N. SARANA PENUNJANG PEMBELAJARAN

1. Ruang kelas untuk diskusi kelompok
2. Ruang laboratorium untuk praktika kelompok
3. praktika langsung di masyarakat ataupun sekolah
4. Laptop
5. LCD
6. Alat –alat praktika
7. Pantoom manusia

M. TATA TERTIB

1. Umum
 - a. Mahasiswa diwajibkan menjaga ketenangan dan ketertiban
 - b. Mahasiswa harus mentaati semua ketetapan /peraturan yang ada di laboratorium

- c. Mahasiswa diwajibkan mengikuti semua kegiatan yang telah ditentukan oleh institusi dan koordinator MK. Bahasa Indonesia.

2. Kehadiran

- a. Sebelum mengikuti praktika laboratorium mahasiswa harus membawa buku panduan praktika Bahasa Indonesia
- b. Kehadiran dalam kegiatan praktika laboratorium 100%
- c. Mahasiswa yang tidak mengikuti praktika laboratorium dengan alasan sakit harus dibuktikan dengan surat keterangan sakit dari dokter.
- d. Mahasiswa datang dan pulang tepat waktu serta mengisi presensi kehadiran sesuai jadwal praktika.

3. Seragam/atribut

- a. Mahasiswa harus mengenakan seragam sesuai dengan jadwal yang ditentukan oleh kampus.
- b. Mengenakan tanda pengenal dan berpakaian rapi.
- c. Tidak diperkenankan mengenakan perhiasan kecuali arloji.

N. SISTEM BIMBINGAN

1. Tangung jawab pembimbing praktika

- a. Membimbing mahasiswa sesuai jadwal yang ada
- b. Melakukan evaluasi praktika di akhir semester
- c. Mengisi daftar hadir dan topik praktika

2. Tanggung jawab petugas laboratorium

- a. Menyiapkan tempat sesuai dengan kompetensi praktika yang akan dilakukan
- b. Memfasilitasi mahasiswa untuk menyiapkan alat yang digunakan untuk praktika
- c. Melakukan koordinasi dengan pembimbing praktika

3. Tanggung jawab mahasiswa

- a. Mengisi daftar hadir

- b. Menyiapkan alat dan materi praktika
- c. Mengikuti praktika laboratorium

O. PROSEDUR

Mahasiswa pada saat praktika laboratorium dibagi dalam kelompok, adapun setiap kelompok terdiri dari 4-5 mahasiswa. Setiap kelompok dibimbing oleh dosen pembimbing untuk melakukan ketrampilan praktika lab. Setelah dibimbing secara berkelompok, setiap mahasiswa diwajibkan mencoba satu per satu, sementara mahasiswa lain menjadi observer. praktika laboratorium diakhiri dengan diskusi dan evaluasi prosedur yang telah dilakukan.

P. Evaluasi

1. Waktu

Penilaian ketrampilan laboratorium Bahasa Indonesia dilaksanakan di saat mahasiswa melakukan Praktika Bahasa Indonesia. Cara penilaian menggunakan format penilaian yang telah disediakan.

2. Batas kelulusan

Batas nilai lulus dalam praktika Bahasa Indonesia 3,00.

CHECKLIST & FORMAT PENILAIAN

PIDATO

NO	Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai	
A	Persiapan		1	2
1	Perform	4		
2	Materi	3		
3	Media	3		
B	Pelaksanaan			
1	Penampilan rapi	2		
2	Perkenalan	3		
3	Penyampaian tujuan	3		
4	Apersepsi	2		
5	Intonasi suara	2		
6	Mampu menjelaskan	5		
7	Menguasai Kelas	3		
8	Penggunaan Media	3		
9	Memberi kesemp. bertanya	2		
10	Mampu menj. dengan benar	3		
11	Mengajukan pertanyaan	2		
12	Memberi reward	3		
C	Terminasi			
1	Membuat kesimpulan	5		
2	Penutupan	2		
		50		
	Total Nilai			
	Nama Mahasiswa			
	Tanggal :			
	Dosen :			

CHECKLIST & FORMAT PENILAIAN PRESENTASI

NO	Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai	
A	Persiapan		1	2
1	Perform	4		
2	Materi	3		
3	Media	3		
B	Pelaksanaan			
1	Penampilan rapi	2		
2	Perkenalan	3		
3	Penyampaian tujuan	3		
4	Apersepsi	2		
5	Intonasi suara	2		
6	Mampu menjelaskan	5		
7	Menguasai Kelas	3		
8	Penggunaan Media	3		
9	Memberi kesemp. bertanya	2		
10	Mampu menj. dengan benar	3		
11	Mengajukan pertanyaan	2		
12	Memberi reward	3		
C	Terminasi			
1	Membuat kesimpulan	5		
2	Penutupan	2		
		50		
	Total Nilai			

CHECKLIST & FORMAT PENILAIAN

SEMINAR

NO	Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai	
A	Persiapan		1	2
1	Perform	4		
2	Materi	3		
3	Media	3		
B	Pelaksanaan			
1	Penampilan rapi	2		
2	Perkenalan	3		
3	Penyampaian tujuan	3		
4	Apersepsi	2		
5	Intonasi suara	2		
6	Mampu menjelaskan	5		
7	Menguasai Kelas	3		
8	Penggunaan Media	3		
9	Memberi kesemp. bertanya	2		
10	Mampu menj. dengan benar	3		
11	Mengajukan pertanyaan	2		
12	Memberi reward	3		
C	Terminasi			
1	Membuat kesimpulan	5		
2	Penutupan	2		
		50		
	Total Nilai			
	Nama Mahasiswa			
	Tanggal :			
	Dosen :			

CHECKLIST & FORMAT PENILAIAN

NO	Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai	
A	Persiapan		1	2
1	Perform	4		
2	Materi	3		
3	Media	3		
B	Pelaksanaan			
1	Penampilan rapi	2		
2	Perkenalan	3		
3	Penyampaian tujuan	3		
4	Apersepsi	2		
5	Intonasi suara	2		
6	Mampu menjelaskan	5		
7	Menguasai Kelas	3		
8	Penggunaan Media	3		
9	Memberi kesemp. bertanya	2		
10	Mampu menj. dengan benar	3		
11	Mengajukan pertanyaan	2		
12	Memberi reward	3		
C	Terminasi			
1	Membuat kesimpulan	5		
2	Penutupan	2		
		50		
	Total Nilai			
	Nama Mahasiswa			
	Tanggal :			
	Dosen :			

DAFTAR REFERENSI

1. Arifin E.Z, 1994, *Penulisan Karangan Ilmiah dengan Berbahasa Indonesia yang Benar*, Mediatama Saraperkasa, Jakarta
2. Arifin E.Z. dan Tasal A, 1994, *Cermat Berbahasa Indonesia untuk Perguruan Tinggi*, Mediatama Saraperkasa, Jakarta
3. Keraf, Goya, 2002, *Diksi dan Gaya Bahasa*, Ende Flores, Nusa Indah, Jakarta
4. Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa, 1996, *Pedoman Umum Ejaan Yang Disempurnakan*, Jakarta
5. Razak. A, 1993, *Kaliat Efektif-Struktur Gaya dan Variasi*, Buku Penunjang, Gramedia, Jakarta
6. Tarigan. J, 1996, *Membina Ketrampilan Menulis Paragraf dan Pengembangannya*, Angkasa, Bandung
7. Buku : *Himpunan Materi-materi Penting Bahasa Indonesia* Pengarang : Team Yayasan Pendidikan Haster Penerbit : CV. PIONIR JAYA Bandung.(2010)
8. <http://asnugroho.blogspot.com/2004/09/bagaimana-memberikan-presentasi-yang.html> (unduh 15 agustus 2014)
9. <http://www.perkuliahan.com/contoh-pidato-sambutan-pada-peringatan-maulid-nabi-muhammad/#ixzz3Cnqept8e> (Unduh 15 agustus 2014)

Heru Supriyatno, MN
Dwi Ari Murti Widigdo, MN
Bambang Sarwono, SKp., Ns., M.Kes (Epid)
Sunarmi, SST., Ns., M.Kes

MODUL PRAKTIKUM

ILMU BIOMEDIK DASAR

PRODI KEPERAWATAN MAGELANG



➡ VISI

Menjadi Program Studi Yang Menghasilkan Sarjana Terapan Keperawatan Profesional Dan Terdepan Dalam Pengembangan Keperawatan Jiwa Pada Tahun 2025

➡ MISI

1. Melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi berbasis IPTEK Keperawatan dengan mengedepankan nilai humanisme.
2. Melaksanakan tata kelola program studi yang akuntabel, transparan, inovatif, dan bertanggung jawab.
3. Menciptakan suasana akademik yang kondusif, aspiratif, dan produktif.

➡ TUJUAN

Menghasilkan Sarjana Terapan Keperawatan Profesional yang mampu:

1. Memberikan pelayanan dengan mengedepankan nilai-nilai humanisme dan peka budaya.
2. Melaksanakan penelitian terapan dan pengabdian masyarakat yang berkualitas dan terpublikasi.
3. Memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dan mampu berkolaborasi dengan profesi lain
4. Mengembangkan pelayanan berdasar evidence based practice.
5. Memberikan dan mengembangkan pelayanan di seluruh area keperawatan dan terdepan dalam area keperawatan jiwa.



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa atas tersusunnya modul pembelajaran praktika ini. Modul ini berisi tentang keterampilan keperawatan dalam mengaplikasikan Ilmu Biomedik Dasar yang meliputi lingkup Ilmu Anatomi dan Fisiologi, Biokimia, dan Fisika Kesehatan sebagai bagian dari materi mata kuliah Ilmu Biomedik Dasar.

Modul terdiri dari 20 bagian yang diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan prosedur keperawatan. Setiap bagian disertai dengan deskripsi singkat tentang pengertian dan istilah yang berhubungan dengan bahasan bagian tersebut. Pada setiap bagian juga dijelaskan tentang capaian pembelajaran, persiapan alat yang digunakan, urutan prosedur yang harus dilakukan, referensi, serta daftar penilaian tindakan sehingga mahasiswa dapat secara mandiri belajar melatih keterampilannya.

Modul ini tersusun berkat kerjasama yang baik dari penyusun dan para kontributor, sehingga kepada penyusun dan para kontributor disampaikan terima kasih dan penghargaan yang tinggi dengan harapan semoga menjadi motivasi tersendiri didalam mengamalkan ilmu dan pengalamannya.

Selamat belajar kepada para mahasiswa keperawatan yang akan menjadi perawat profesional dan sukses dikemudian hari.

Penyusun:

Heru Supriyatno, MN.

Dosen Program Studi Keperawatan Magelang

Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	2
Daftar Isi	4
Petunjuk Menggunakan Modul	5
Bagian-1 : Posisi – Bidang – Arah Anatomi	6
Bagian-2 : Pengukuran Waktu Pengisian Kapiler	11
Bagian-3 : Menghitung Frekuensi Nadi	14
Bagian-4 : Pengukuran Tekanan darah	18
Bagian-5 : Perekaman Elektrokardiografi	22
Bagian-6 : Menghitung Frekuensi Nafas	27
Bagian-7 : Pemeriksaan Spirometri	30
Bagian-8 : Pemeriksaan Tingkat Kesadaran	33
Bagian-9 : Pemeriksaan Saraf Kranial	36
Bagian-10 : Pemeriksaan Refleks	43
Bagian-11 : Pemeriksaan Kekuatan Otot	48
Bagian-12 : Pengukuran Rentang Gerak Sendi	52
Bagian-13 : Pemeriksaan Tekanan sBola Mata	58
Bagian-14 : Pemeriksaan Ketajaman Penglihatan	62
Bagian-15 : Pemeriksaan Fungsi Pendengaran	65
Bagian-16 : Pemeriksaan Kadar Gula Darah Sewaktu	69
Bagian-17 : Pemeriksaan KadarAsam Urat	72
Bagian-18 : Pemeriksaan Kadar Kolesterol	75
Bagian-19 : Pengukuran NilaiMetabolisme Basal	78
Bagian-20 : Pengukuran IndeksMasa Tubuh	81
Referensi	84
Lembar Pengalaman Belajar	85
Jadwal Praktika	92
Daftar Kelompok Praktika	94

MODUL PRAKTIKA ILMU BIOMEDIK DASAR

A. TEMA MODUL

Modul Praktika Ilmu Biomedik Dasar / Kep.S.3.01

B. JUMLAH SKS

1 P

C. ALOKASI WAKTU

1 X 170 menit X 16 Pertemuan

D. SEMESTER/TA

I (satu)/TA 2024-2025

E. Tempat

Laboratorium

PETUNJUK MENGGUNAKAN MODUL

Modul ini bertujuan untuk memandu mahasiswa belajar keterampilan yang berhubungan dengan Ilmu Biomedik dasar dalam aplikasi prosedur keperawatan.

1. Bacalah materi yang terkait pada setiap bagian, beberapa pengertian dan istilah yang tersedia dalam tiap bagian diharapkan dapat memberikan pemahaman dasar.
2. Bentuk kelompok maksimal beranggotakan 3 orang mahasiswa yang akan bergantian peran sebagai perawat, klien, dan observer.
3. Siapkan peralatan yang diperlukan sesuai tiap bagian.
4. Pahami isi skenario dan capaian pembelajaran pada setiap bagian.
5. Mahasiswa yang berperan sebagai klien, pahami peran dan urutan prosedur agar bisa merespon setiap tindakan / komunikasi dari perawat.
6. Mahasiswa yang berperan sebagai perawat, lakukan prosedur tindakan sesuai urutan pada tiap bagian.
7. Mahasiswa yang berperan sebagai observer, pahami urutan prosedur dan lakukan pengamatan kepada mahasiswa yang berperan sebagai perawat ketika melakukan prosedur tindakan. Sampaikanlah hasil pengamatan ketika setelah selesai semua urutan prosedur.
8. Diskusikan hal-hal yang menjadi kesulitan dan konsultasikan kepada pembimbing / fasilitator yang ada.
9. Kemudian, bergantilah peran sehingga masing-masing mahasiswa akan melakukan peran yang sama.
10. Setelah semua selesai melakukan prosedur tindakan, tuliskan hasil pengalaman belajar dalam lembar yang tersedia dibagian belakang dari modul ini sebagai bentuk *reflective practice* sehingga dapat dipergunakan sebagai pengalaman untuk melaksanakan praktika pada bagian selanjutnya.

Selamat Belajar dan Selamat

Berprestasi Penyusun



Bagian – 1

Posisi / Bidang / Arah Anatomi

A. Pendahuluan

Bagian ini merupakan bagian awal dari modul Ilmu Biomedik Dasar yang memberikan pengalaman belajar dalam memahami tentang sejarah anatomi dan fisiologi, dasar-dasar istilah yang dipergunakan dalam anatomi dan fisiologi, fisika kesehatan, dan biokimia. Diskusi dan memperagakan berbagai macam posisi, bidang, dan arah anatomi dapat dipergunakan sebagai kegiatan pembelajaran. Gunakan skenario yang ada dalam bagian ini untuk berlatih dalam kegiatan praktika mengenai gerakan, bidang, dan arah anatomi. Diharapkan dengan memiliki pemahaman dasar ini, dapat mempelajari bagian-bagian berikutnya dengan mudah.

B. Beberapa Pengertian Terkait Posisi/Bidang/Arah Anatomi

Istilah-Istilah Posisi / Gerakan Anatomi Tubuh Manusia

1. Fleksi dan ekstensi

Fleksi adalah gerak menekuk atau membengkokkan.

Ekstensi adalah gerakan untuk meluruskan.

Contoh:

- Gerakan ayunan lutut pada kegiatan gerak jalan.
- Gerakan ayunan ke depan merupakan (ante) fleksi dan ayunan ke belakang disebut (retro) fleksi/ekstensi.
- Ayunan ke belakang lebih lanjut disebut hiperekstensi.

2. Adduksi dan abduksi

Adduksi adalah

gerakan mendekat tubuh. Abduksi

adalah gerakan menjauhi tubuh. Contoh:

- Gerakan membuka tungkai kaki pada posisi istirahat di tempat merupakan gerakan abduksi (menjauhi tubuh).
- Bila kaki digerakkan kembali ke posisi siap merupakan gerakan adduksi (mendekati tubuh).

3. Elevasi dan depresi

Elevasi merupakan gerakan

mengangkat. Depresi adalah gerakan

menurunkan. Contoh:

- Gerakan membuka mulut (elevasi).
- Gerakan menutup mulut (depresi).
- Gerakan bahu keatas (elevasi).
- Gerakan bahu kebawah (depresi).

4. Inversi dan eversi

a. Inversi adalah gerak memiringkan telapak kaki ke dalam tubuh.

b. Eversi adalah gerakan memiringkan telapak kaki ke luar.

- c. Istilah inversi dan eversi hanya untuk wilayah di pergelangan kaki.

5. Supinasi dan pronasi
 - a. Supinasi adalah gerakan menengadahkan tangan.
 - b. Pronasi adalah gerakan menelungkupkan.
 - c. Istilah supinasi dan pronasi hanya digunakan untuk wilayah pergelangan tangan saja.
6. Endorotasi dan eksorotasi
 - a. Endorotasi adalah gerakan ke dalam pada sekeliling sumbu panjang tulang yang bersendi (rotasi).
 - b. Eksorotasi adalah gerakan rotasi ke luar.

Istilah-Istilah Bidang Anatomi Tubuh Manusia

Bidang anatomi adalah bidang yang melalui tubuh dalam posisi anatomi. Bidang-bidang tersebut adalah:

1. Bidang median yaitu bidang yang membagi tepat tubuh menjadi bagian kanan dan kiri.
2. Bidang sagital yaitu bidang yang membagi tubuh menjadi dua bagian dari titik tertentu (tidak membagi tepat dua bagian). Bidang ini sejajar dengan bidang median.
3. Bidang horizontal yaitu bidang yang terletak melintang melalui tubuh (bidang X-Y). Bidang ini membagi tubuh menjadi bagian atas (superior) dan bawah (inferior).
4. Bidang koronal yaitu bidang vertikal yang melalui tubuh, letaknya tegak lurus terhadap bidang median atau sagital. membagi tubuh menjadi bagian depan (frontal) dan belakang (dorsal).

Lokasi / Arah Tubuh Manusia

1. **Superior (=atas)** atau **kranial**: lebih dekat pada kepala. Contoh: Mulut terletak superior terhadap dagu.
2. **Inferior(=bawah)** atau **kaudal**: lebih dekat pada kaki. Contoh: Pusa terletak inferior terhadap payudara.
3. **Anterior (=depan)**: lebih dekat ke depan. Contoh: Lambung terletak anterior terhadap limpa.
4. **Posterior (=belakang)**: lebih dekat ke belakang. Contoh: Jantung terletak posterior terhadap tulang rusuk.
5. **Superfisial**: lebih dekat ke/di permukaan. Contoh: Otot kaki terletak superfisial dari tulangnya.
6. **Profunda**: lebih jauh dari permukaan. Contoh: Tulang hasta dan pengumpil terletak lebih profunda dari otot lengan bawah.
7. **Medial (=dalam)**: lebih dekat ke bidang median. Contoh: pangkal lengan terletak medial terhadap tubuh.
8. **Lateral (=luar)**: menjauhi bidang median. Contoh: Telinga terletak lateral terhadap mata.
9. **Proksimal(=dekat)**: lebih dekat dengan batang tubuh atau pangkal. Contoh: Siku terletak proksimal terhadap telapak tangan.

10. **Distal (=jauh):** lebih jauh dari batang tubuh atau pangkal.

Contoh: Pergelangan tangan terletak distal terhadap pangkal lengan.

C. Capaian Pembelajaran

Dengan memahami isi bagian ini, diharapkan saudara dapat:

1. Memahami berbagai macam istilah kedudukan anatomi tubuh manusia
2. Mengidentifikasi bentuk struktur anatomi tubuh manusia
3. Mengidentifikasi bangunan bidang tubuh manusia

D. Skenario

Setiap kelompok membagi diri menjadi kelompok kecil yang terdiri dari dua mahasiswa, yang masing-masing mahasiswa secara bergantian akan mempraktekkan mengenai posisi, bidang, dan arah anatomi tubuh. Sementara satu mahasiswa mempraktekkan, mahasiswa yang lain memperhatikan dengan menggunakan daftar penilaian tindakan.

Strategi yang dapat digunakan dalam belajar:

1. Praktik dilaksanakan secara bergantian oleh 2 (dua) mahasiswa.
2. Mahasiswa Pertama, memperagakan dan menyebutkan tentang istilah-istilah gerakan, lokasi, dan arah bidang anatomi.
3. Mahasiswa Kedua, memperhatikan peragaan dan ucapan dari Mahasiswa Pertama dengan menyimak daftar penilaian tindakan dan memberikan tanda “√” pada kolom “Ya” apabila peragaan dan ucapan dilakukan dengan benar dan pada kolom “Tidak” apabila peragaan dan ucapan salah.
4. Setelah selesai seluruh latihan mahasiswa berganti peran.
5. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda “√” pada kolom “Ya”.

E. Prosedur Tindakan

Lakukan gerakan dan jelaskan dari apa istilah gerakan / bidang / lokasi anatomi tersebut .

1. Gerakan Anatomi Tubuh
 - a. Ambil posisi berdiri tegap / posisi anatomi
 - b. Lakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada setiap anggota gerak dan bagian tubuh.
 - c. Lakukan gerakan adduksi dan abduksi pada anggota gerak atas dan bawah.
 - d. Lakukan gerakan elevasi dan depresi pada bagian tubuh.
 - e. Lakukan gerakan inversi dan eversi pada bagian tubuh.
 - f. Lakukan gerakan supinasi dan pronasi pada bagian tubuh.
 - g. Lakukan gerakan endorotasi dan eksorotasi pada bagian tubuh.
2. Bidang Anatomi Tubuh
 - a. Ambil posisi berdiri tegap / posisi anatomi
 - b. Tunjukkan bidang median
 - c. Tunjukkan bidang sagital
 - d. Tunjukkan bidang horizontal
 - e. Tunjukkan bidang koronal

3. Lokasi Anatomi Tubuh / Arah Bidang Tubuh
 - a. Ambil posisi berdiri tegap / posisi anatomi
 - b. Tunjukkan arah superior
 - c. Tunjukkan arah inferior
 - d. Tunjukkan arah anterior
 - e. Tunjukkan arah posterior
 - f. Tunjukkan arah superfisial
 - g. Tunjukkan arah profunda
 - h. Tunjukkan arah medial
 - i. Tunjukkan arah lateral
 - j. Tunjukkan arah proksimal
 - k. Tunjukkan arah distal

F. Daftar Penilaian Tindakan Gerakan / Bidang / Lokasi Anatomi

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
A	Gerakan Anatomi Tubuh		
1	Mengambil posisi berdiri tegap / posisi anatomi		
2	Melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada setiap anggota gerak dan bagian tubuh.		
3	Melakukan gerakan adduksi dan abduksi pada anggota gerak atas dan bawah.		
4	Melakukan gerakan elevasi dan depresi pada bagian tubuh.		
5	Melakukan gerakan inversi dan eversi pada bagian tubuh.		
6	Melakukan gerakan supinasi dan pronasi pada bagian tubuh.		
7	Melakukan gerakan endorotasi dan eksorotasi pada bagian tubuh.		
B	Bidang Anatomi Tubuh		
1	Menunjukkan bidang median		
2	Menunjukkan bidang sagital		
3	Menunjukkan bidang horizontal		
4	menunjukkan bidang koronal		
C	Lokasi Anatomi Tubuhrah Bidang Tubuh		
1	Menunjukkan arah superior		
2	Menunjukkan arah inferior		
3	Menunjukkan arah anterior		
4	Menunjukkan arah posterior		
5	Menunjukkan arah superfisial		
6	Menunjukkan arah profunda		
7	Menunjukkan arah medial		
8	Menunjukkan arah lateral		
9	Menunjukkan arah proksimal		
10	Menunjukkan arah distal		

Observer,

Bagian – 2

Pengukuran Waktu Pengisian Kapiler / *Capillary Refill Time*

A. Pendahuluan

Waktu pengisian kapiler (CRT=Capillary Refill Time), merupakan dasar memperkirakan kecepatan aliran darah perifer. Pemeriksaan ini dilakukan pada klien dengan masalah gangguan sirkulasi dan atau yang berhubungan dengan menurunnya fungsi jantung dan sirkulasi. Secara normal, reperfusi terjadi hampir seketika dengan kembalinya warna pada jari. Reperfusi yang lambat menunjukkan kecepatan aliran darah perifer yang melambat, seperti terjadi pada gagal jantung. Pemeriksaan biasanya dilaksanakan dalam rangkaian pemeriksaan fisik yang lainnya seperti mengukur tekanan darah, menghitung nadi, dan sebagainya.

B. Beberapa Pengertian Terkait Waktu Pengisian Kapiler / CRT

Capillary Refill Time (CRT) adalah tes cepat yang dilakukan untuk menilai kecukupan sirkulasi seorang individu dengan curah jantung yang buruk. Kulit ditekan dengan kuat oleh ujung jari sampai menjadi pucat, waktu yang dibutuhkan hingga kulit tersebut kembali normal warnanya menunjukkan waktu pengisian kapiler. Pengisian kapiler normal memakan waktu sekitar 2 detik.

Capillary Refill adalah pengukuran pengisian darah pada kapiler yang kosong. Hal ini dapat diukur dengan memegang tangan lebih tinggi dari jantung. Mencegah refluks vena, menekan lembut jari tangan atau jari kaki sampai ternyata putih, dan mencatat waktu yang dibutuhkan hingga warna kulit kembali setelah tekanan dilepaskan. Waktu isi ulang yang normal adalah kurang dari 2 (dua) detik.

Pada bayi baru lahir, pengisian kapiler dapat diukur dengan menekan sternum selama lima detik dengan jari atau ibu jari, dan mencatat waktu yang dibutuhkan hingga warna kulit kembali sekali tekanan dilepaskan. Batas normal atas untuk pengisian kapiler pada bayi baru lahir adalah 3 detik.

Capillary Refill Time (CRT) merupakan indikasi secara umum dari dehidrasi dan penurunan perfusi perifer. Pada umumnya tes ini dapat sangat bervariasi antara pasien beberapa pasien, dan oleh karena itu tidak boleh diandalkan sebagai ukuran diagnostik universal. Meskipun demikian, pemeriksaan ini sangat berguna sebagai bukti pendukung untuk tanda positif penurunan perfusi ke ekstremitas.

Tes CRT (juga kadang disebut sebagai CRT dalam Pediatrik) sering disebut sebagai tes kuku pucat. Sumber perubahan sirkulasi kapiler dapat dievaluasi dengan memeriksa kulit dan selaput lendir yang meliputi panas, warna, kelembaban, dan petechie. Perubahan tekanan hidrostatik, onkotik, dan osmotik dapat mengakibatkan perubahan turgor jaringan disekitarnya, dan dengan demikian akan mengakibatkan terjadinya penurunan elastisitas kulit. Selain itu dapat pula mengakibatkan terjadinya edema kulit dan timbunan cairan dalam rongga-rongga tubuh.

Untuk mengevaluasi waktu pengisian kembali kapiler dapat dilakukan dengan membalik bibir atas dan menekan selaput lendirnya dengan jari. Secara fisiologis, dalam waktu kurang dari 3 detik darah akan kembali mengisi kapiler. Warna selaput lendir tersebut kembali ke warna semula. Waktu pengisian kapiler ini akan menjadi panjang akibat gangguan sirkulasi, misalnya adanya kelemahan sirkulasi, tekanan darah turun, dan menjadi lebih pendek bila terjadi peningkatan tekanan darah.

Indikator penilaian yang digunakan dalam pemeriksaan CRT adalah dengan menggunakan klasifikasi sebagai berikut:

- 1 - 2 detik adalah normal

- 2 - 4 detik adalah sedang sampai kurang
- Lebih dari 4 detik adalah darurat
- Kurang dari 1 detik adalah darurat

C. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan praktika pada bagian ini diharapkan mahasiswa dapat:

1. Memahami mekanisme pengisian kapiler.
2. Melakukan pemeriksaan waktu pengisian kapiler dengan benar.
3. Mendiskripsikan hasil pemeriksaan waktu pengisian kapiler dengan tepat.

D. Skenario

Setiap kelompok membagi diri menjadi kelompok kecil yang terdiri dari dua atau tiga mahasiswa, yang masing-masing mahasiswa secara bergantian akan mempraktekkan mengenai pemeriksaan waktu pengisian kapiler. Sementara satu mahasiswa mempraktekkan, mahasiswa yang lain memperhatikan dengan menggunakan daftar penilaian tindakan.

Strategi yang dapat digunakan dalam belajar:

1. Praktik dilaksanakan secara bergantian oleh dua atau tiga mahasiswa.
2. Mahasiswa Pertama, memperagakan cara pemeriksaan waktu pengisian kapiler.
3. Mahasiswa Kedua, memperhatikan peragaan dan ucapan dari Mahasiswa Pertama dengan menyimak daftar penilaian tindakan dan memberikan tanda “√” pada kolom “Ya” apabila peragaan dan ucapan dilakukan dengan benar dan pada kolom “Tidak” apabila peragaan dan ucapan salah.
4. Mahasiswa Ketiga, berperan sebagai klien.
5. Setelah selesai seluruh latihan mahasiswa berganti peran.
6. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda “√” pada kolom “Ya”.

E. Prosedur Tindakan

1. Persiapan Alat
 - a. Jari pemeriksa
 - b. Arloji
2. Prosedur Tindakan
 - a. Lakukan cuci tangan
 - b. Identifikasi klien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, nomor register
 - c. Jelaskan nama dan tugas saudara
 - d. Jelaskan tujuan pemeriksaan yang akan dilakukan dan yang harus dilakukan klien
 - e. Tekanlah dengan kuat ujung jari dan kemudian lepaskan dengan cepat
 - f. Hitung lama waktu kembalinya warna kulit pada daerah yang ditekan dengan menggunakan detik arloji
 - g. Informasikan hasil pemeriksaan kepada klien
 - h. Akhiri dengan salam
 - i. Lakukan cuci tangan
 - j. Catat hasil pemeriksaan

F. Daftar Penilaian Tindakan Mengukur Waktu Pengisian Kapiler / CRT

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan		
2	Mengidentifikasi klien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, nomor register		
3	Menjelaskan nama dan tugas saudara		
4	Menjelaskan tujuan pemeriksaan yang akan dilakukan dan yang harus dilakukan klien		
5	Menekanlah dengan kuat ujung jari dan kemudian lepaskan dengan cepat		
6	Menghitung lama waktu kembalinya warna kulit pada daerah yang ditekan dengan menggunakan detik arloji		
7	Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada klien		
8	Mengakhiri dengan salam		
9	Melakukan cuci tangan		
10	Mencatat hasil pemeriksaan		

Observer,

Bagian – 3

Menghitung Frekuensi Nadi

A. Pendahuluan

Bagian ini merupakan bagian dari kegiatan praktika pada mata kuliah Ilmu Biomedik Dasar yang akan memberikan pengalaman praktik untuk menghitung denyut nadi pasien. Tindakan ini merupakan upaya untuk menggambarkan fungsi kardiovaskuler melalui irama, frekuensi dan kekuatan denyut nadi.

Keterampilan dalam menghitung denyut nadi memerlukan pengetahuan tentang anatomi dan fisiologi dari sistem kardiovaskuler serta mekanisme peredaran darah. Selain itu, juga diperlukan kemampuan komunikasi dari perawat untuk menyampaikan tujuan serta cara pelaksanaan prosedur menghitung denyut nadi. Bagian ini akan mendasari pemahaman saudara dalam mengkaji denyut nadi pasien dan juga memberikan pengalaman kepada saudara dalam mengelola pasien yang harus terpantau tanda-tanda vitalnya.

Setelah menyelesaikan bagian ini diharapkan saudara akan memiliki keterampilan dalam melakukan pengkajian menghitung denyut nadi pasien.

B. Beberapa Pengertian Terkait Dengan Menghitung Nadi

Denyut nadi adalah frekuensi atau jumlah berapa kali arteri berdenyut dalam satu menit. Denyut nadi timbul sebagai dampak dari pemompaan jantung. Pembuluh arteri yang diraba / dipalpasi denyut nadinya berada dekat dibawah kulit terutama pada pergelangan tangan dan leher, sehingga akan lebih mudah dipalpasi dan dirasakan denyutnya. Untuk menghitung denyut nadi dengan akurat bisa dilakukan dengan menggunakan alat elektrokardiograf. Namun, pengukuran denyut nadi juga dapat dilakukan dengan cara sederhana, yaitu dengan menggunakan dua jari, jari telunjuk dan jari tengah.

Perabaan / palpasi nadi dapat dilakukan di beberapa tempat, diantaranya dipergelangan tangan yaitu pada arteri radialis, didaerah leher yaitu pada arteri carotis, didaerah inguinal yaitu pada arteri inguinalis, dan didaerah kaki yaitu pada arteri dorsalis pedis. Perabaan dilakukan dengan lembut dan rasakan denyutan arterinya, kemudian lakukan penghitungan frekuensi denyut nadi selama satu menit.

Denyut nadi normal per menit dapat dihitung ketika seseorang berada dalam kondisi istirahat, santai, dan sedang tidak melakukan aktifitas fisik. Akan tetapi didalam pelaksanaan asuhan keperawatan ada kondisi pasien yang memerlukan monitoring frekuensi denyut nadi ketika sedang beraktifitas, sebelum dan setelah melakukan aktifitas.

Denyut nadi normal pada bayi dapat mengalami beberapa kali perubahan seiring dengan bertambahnya umur dan berkembangnya sistem sirkulasi bayi. Berikut beberapa nilai normal frekuensi denyut nadi yang dihitung secara palpasi dalam satuan kali per menit.

Usia / Jenis Kelamin	Usia	Frekuensi Denyut Nadi
Bayi	usia 0 – 3 bulan	100 – 160 x/menit
	Usia 3 – 6 bulan	90 – 120 x/menit
	Usia 6 – 12 bulan	80 – 120 x/menit
	Usia 1 – 10 tahun	70 – 130 x/menit

Usia 10 – 18 tahun	60 – 100 x/menit
Dewasa pria	55 – 75 x/menit
Dewasa wanita	60 – 80 x/menit
Ibu hamil	80 – 90 x/menit

Dua kondisi yang digunakan untuk mendiskripsikan hasil abnormal dari denyut nadi yaitu bradikardia dan Takikardia. Bradikardia yaitu detak jantung yang lambat di bawah 60 per menit. Takikardia yaitu detak jantung yang lebih cepat dari biasanya. Hal ini dapat menghasilkansirkulasi yang buruk dan suplai darah yang kurang dan tidak mencukupi bagian- bagian tubuh. Denyut nadi maksimal adalah 120 per menit pada orang dewasa.

Keterampilan menghitung nadi adalah merupakan bagian dari kegiatan perawat dalam mengkaji pasien untuk mengetahui fungsi pompa jantung dan sirkulasi darah.

Menghitung nadi dapat dilakukan pada lokasi /tempat sebagai berikut:

1. Arteri radialis pada pergelangan tangan bagian dalam kiri dan kanan
2. Arteri brachialis pada lipatan siku bagian dalam
3. Arteri carotis pada leher , samping kanan dan kiri sumbu tubuh
4. Arteri temporalis pada pelipis kiri dan kanan
5. Arteri femoralis pada lipatan paha kiri dan kanan
6. Arteri dorsalis pedis pada punggung kaki kiri dan kanan
7. Arteri frontalis pada ubun-ubun (untuk bayi)

C. Capaian Pembelajaran

Setelah saudara menyelesaikan praktikum diharapkan:

1. Saudara memiliki pengetahuan tentang tindakan menghitung denyut nadi.
2. Saudara terampil dalam melakukan tindakan menghitung denyut nadi.
3. Saudara dapat mengkomunikasikan tentang tujuan, langkah prosedur kepada pasien dengan baik.

D. Skenario

Seorang pasien laki-laki berusia 67 tahun dirawat dengan keluhan nyeri dada. Hasil pengkajian, saudara memperoleh data bahwa pasien sudah dirawat sejak 2 (dua) hari yang lalu dan pasien mengatakan :”Saya sudah dirawat sejak 2 hari yang lalu, sekarang nyeri dada sudah berkurang tapi jantung terasa berdebar-debar”. Pasien terlihat pucat dan lemah.

Untuk membantu pasien, lakukan pengkajian untuk menentukan irama, frekuensi dan kekuatan denyut nadi.

Strategi yang dapat digunakan dalam praktik menghitung nadi ini diantaranya:

- a. Buatlah kelompok dengan anggota minimal 3 orang, yang secara bergantian nanti akan berperan sebagai pasien, pemeriksa, dan pengamat.
- b. Pahami dengan baik kemampuan akhir yang harus saudara capai.
- c. Bacalah dan pahami skenario yang ada.
- d. Siapkan peralatan yang diperlukan.
- e. Mahasiswa Pertama, memperagakan cara menghitung nadi.
- f. Mahasiswa Kedua, memperhatikan peragaan dan ucapan dari Mahasiswa Pertama dengan menyimak daftar penilaian tindakan dan memberikan tanda “√” pada kolom “Ya” apabila peragaan dan ucapan dilakukan dengan benar dan pada kolom “Tidak” apabila peragaan dan ucapan salah.
- g. Mahasiswa Ketiga, berperan sebagai pasien.
- h. Setelah selesai seluruh latihan mahasiswa berganti peran.
- i. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda “√” pada kolom “Ya”.

E. Prosedur Tindakan

1. Persiapan Alat
 - a. Arloji atau stopwatch
 - b. Catatan dan pulpen
2. Persiapan Pasien
 - a. Lakukan identifikasi pasien.
 - b. Jelaskan tujuan tindakan.
 - c. Jelaskan langkah prosedur terutama yang harus dilakukan pasien.
 - d. Minta persetujuan pasien untuk dihitung denyut nadinya.
 - e. Bantu pasien untuk mengambil posisi duduk atau terlentang yang nyaman.
 - f. Jaga *privacy* pasien.
3. Pelaksanaan Tindakan
 - a. Lakukan cuci tangan.
 - b. Lakukan identifikasi pasien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir.
 - c. Perkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara.
 - d. Jelaskan mengapa pasien perlu dihitung denyut nadinya.
 - e. Jelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan dan apa yang harus dilakukan pasien.
 - f. Minta persetujuan pasien.
 - g. Bantu pasien untuk mengambil posisi duduk atau terlentang yang nyaman.
 - h. Letakkan kedua lengan pasien terlentang di sisi tubuhnya
 - i. Tentukan letak arteri yang akan dilakukan perabaan, yaitu:
 - 1) Arteri radialis pada pergelangan tangan bagian dalam kiri dan kanan
 - 2) Arteri brachialis pada lipatan siku bagian dalam
 - 3) Arteri carotis pada leher , samping kanan dan kiri sumbu tubuh
 - 4) Arteri temporalis pada pelipis kiri dan kanan
 - 5) Arteri femoralis pada lipatan paha kiri dan kanan
 - 6) Arteri dorsalis pedis pada punggung kaki kiri dan kanan
 - 7) Arteri frontalis pada ubun-ubun (untuk bayi)
 - j. Tentukan denyut nadi dengan menggunakan ujung jari telunjuk, ujung jari tengah dan ujung jari manis.
 - k. Hitung frekuensi denyut nadi per menit, keteraturan irama dan kekuatan denyutan.
 - l. Berikan re-inforcement ketika pasien dapat bekerja sama dengan baik.
 - m. Rapihan pasien dan minta pasien untuk istirahat kembali.
 - n. Akhiri tindakan dengansalam.
 - o. Lakukan cuci tangan.
4. Dokumentasi
 - a. Catat tindakan yang saudara lakukan dan catat juga respon pasien selama tindakan dalam catatan perawatan meliputi frekuensi, keteraturan irama dan kekuatan denyut nadi
 - b. Tulis waktu pelaksanaan dan tanda tangan saudara.

F. Daftar Penilaian Tindakan Menghitung Frekuensi Nadi

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan.		
2	Melakukan identifikasi pasien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir.		
3	Memperkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara.		
4	Menjelaskan mengapa pasien perlu dilakukan penghitungan denyut nadi		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan dan apa yang harus dilakukan pasien.		
6	Meminta persetujuan pasien.		
7	Membantu pasien untuk mengambil posisi duduk atau terlentang yang nyaman.		
8	Meletakkan kedua lengan pasien terlentang di sisi tubuhnya.		
9	Menentukan letak arteri yang akan dilakukan perabaan		
10	Menentukan denyut nadi dengan menggunakan ujung jari telunjuk, ujung jari tengah dan ujung jari manis		
11	Menghitung frekuensi denyut nadi per menit, keteraturan irama dan kekuatan denyutan		
12	Memberikan re-inforcement ketika pasien dapat bekerja sama dengan baik		
13	Merapikan pasien dan minta pasien untuk istirahat kembali		
14	Mengakhiri tindakan dengan salam.		
15	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Bagian – 4

Pengukuran Tekanan Darah

A. Pendahuluan

Bagian ini merupakan bagian dari kegiatan praktika pada mata kuliah Ilmu Biomedik Dasar (IBD) yang akan memberikan pengalaman praktik untuk membantu pasien melakukan pengukuran tekanan darah. Tindakan ini merupakan upaya untuk membantu pasien dalam pengontrolan tekanan darahnya.

Keterampilan dalam pengukuran tekanan darah memerlukan pengetahuan tentang anatomi dan fisiologi dari sistem kardiovaskuler. Selain itu, juga diperlukan kemampuan komunikasi dari perawat untuk menyampaikan tujuan serta prosedur pengukuran tekanan darah. Bagian ini akan mendasari pemahaman saudara dalam melakukan pengukuran tekanan darah juga memberikan pengalaman kepada saudara dalam mengelola klien dengan masalah pada sistem kardiovaskuler.

Setelah menyelesaikan bagian ini diharapkan saudara akan memiliki keterampilan dalam melakukan tindakan keperawatan pengukuran tekanan darah

B. Beberapa Pengertian yang berhubungan dengan Tekanan Darah

Yang dimaksud dengan Tekanan Darah adalah jumlah tenaga darah yang ditekan terhadap dinding arteri / pembuluh nadi saat jantung memompakan darah ke seluruh tubuh manusia. Tekanan darah merupakan salah satu pengukuran yang penting dalam menilai status kesehatan seseorang. Tekanan darah yang tinggi atau Hipertensi dalam jangka panjang akan menyebabkan perenggangan dinding arteri dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Pecahnya pembuluh darah inilah yang menyebabkan terjadinya Stroke. Beberapa penyakit yang diakibatkan oleh Tekanan darah tinggi diantaranya adalah Stroke, Penyakit Jantung, Penyakit Ginjal dan Aneurisma.

Pada umumnya Hipertensi atau Tekanan Darah Tinggi tidak menunjukkan gejala ataupun tanda-tanda yang berarti sehingga seorang penderita Hipertensi sangat sulit untuk mengetahui apakah dirinya mengalami tekanan darah tinggi.

Terdapat 2 (dua) pengukuran penting dalam Tekanan darah, yaitu Tekanan Sistolik dan Tekanan Diastolik.

- **Tekanan Sistolik (Systolic Pressure)** adalah Tekanan Darah saat Jantung berdetak dan memompakan darah.
- **Tekanan Diastolik (Diastolic)** adalah Tekanan darah saat Jantung beristirahat di antara detakan.

Untuk memudahkan dalam mengingat dan mengetahui interpretasi dari hasil pemeriksaan tekanan darah yang dilakukan, maka berikut ini disajikan tekanan darah normal, rendah, dan tinggi dalam bentuk tabel.

Kategori Tekanan Darah	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)	
Rendah/Hipotensi	85 atau lebih rendah	atau	55 atau lebih rendah	
Normal	< 120	atau	< 80	
Pre-hipertensi	120 – 139	atau	80 – 89	
Hipertensi Tahap 1	140 – 159	atau	90 – 99	
Hipertensi Tahap 2	160 atau lebih tinggi	atau	100 atau lebih tinggi	
Krisis Hipertensi	Lebih tinggi dari 180	atau	Lebih tinggi dari 110	

C. Capaian Pembelajaran

Setelah saudara menyelesaikan praktikum diharapkan dapat:

1. Memiliki pengetahuan tentang tindakan pengukuran tekanan darah.
2. Terampil dalam melakukan tindakan pengukuran tekanan darah.
3. Mengkomunikasikan tentang tujuan, langkah prosedur, dan memberikan *re-inforcement* kepada klien dengan baik.

D. Skenario

Seorang laki-laki berusia 44 tahun dirawat dengan keluhan sering pusing sejak dua minggu yang lalu. Hasil pengkajian didapatkan data bahwa pasien tidak memiliki riwayat sakit ginjal maupun sakit diabetes. Untuk melengkapi hasil pengkajian, lakukan pemeriksaan tekanan darah pada pasien tersebut.

Strategi yang dapat digunakan dalam praktik mengukur tekanan darah ini diantaranya:

1. Buatlah kelompok dengan anggota minimal 3 orang, yang secara bergantian nanti akan berperan sebagai pasien, pemeriksa, dan pengamat.
2. Pahami dengan baik kemampuan akhir yang harus saudara capai.
3. Bacalah dan pahami skenario yang ada.
4. Siapkan peralatan yang diperlukan.
5. Mahasiswa Pertama, memperagakan cara mengukur tekanan darah.
6. Mahasiswa Kedua, memperhatikan peragaan dan ucapan dari Mahasiswa Pertama dengan menyimak daftar penilaian tindakan dan memberikan tanda “√” pada kolom “Ya” apabila peragaan dan ucapan dilakukan dengan benar dan pada kolom “Tidak” apabila peragaan dan ucapan salah.
7. Mahasiswa Ketiga, berperan sebagai pasien.
8. Setelah selesai seluruh latihan mahasiswa berganti peran.
9. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda “√” pada kolom “Ya”.

E. Prosedur Tindakan

1. Persiapan Alat
 - a. Spigmomanometer
 - b. Stetoskop
 - c. Kaps alkohol
 - d. Catatan
2. Persiapan Pasien
 - a. Lakukan identifikasi pasien.
 - b. Jelaskan tujuan pengukuran tekanan darah.
 - c. Jelaskan langkah prosedur terutama yang harus dilakukan pasien.
 - d. Minta persetujuan pasien untuk dilakukan pengukuran tekanan darah.
 - e. Bantu pasien untuk mengambil posisi duduk yang nyaman.
 - f. Jaga *privacy* pasien.

3. Pelaksanaan Tindakan

- a. Lakukan cuci tangan
- b. Lakukan identifikasi pasien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir
- c. Perkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara
- d. Jelaskan mengapa pasien perlu diukur tekanan darahnya
- e. Jelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan dan apa yang harus dilakukan pasien
- f. Minta persetujuan pasien
- g. Bebaskan lengan pasien dari baju
- h. Memasang manset 2 jari diatas mediana cubiti, selang sejajar arteri brachialis
- i. Meraba denyut nadi brachialis
- j. Meletakkan diaphragma stetoscope di atas arteri tersebut
- k. Menutup sekrup balon, membuka pengunci air raksa
- l. Memompa manset hingga tidak terdengar denyut arteri, pertama (sistole) hingga bunyi terakhir (diastole)
- m. Membuka sekrup balon pelan-pelan lihat turunnya air raksa dengan bunyi denyut pertama (sistole) hingga bunyi terakhir (diastole)
- n. Melakukan validasi dengan mengulangi pengukuran
- o. Mengunci air raksa dan melepas manset
- p. Mencatat hasil pengukuran dan respon pasien pada catatan perawatan
- q. Rapikan pasien dan minta pasien untuk istirahat kembali
- r. Akhiri tindakan dengan salam
- s. Lakukan cuci tangan

F. Daftar Penilaian Tindakan Pengukuran Tekanan Darah

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan.		
2	Melakukan identifikasi pasien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir.		
3	Memperkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara.		
4	Menjelaskan mengapa pasien perlu dilakukan penghitungan denyut nadi		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan dan apa yang harus dilakukan pasien		
6	Meminta persetujuan pasien		
7	Membantu pasien untuk mengambil posisi duduk atau terlentang yang nyaman		
8	Membebaskan lengan pasien dari baju		
9	Memasang manset 2 jari di atas median acubiti, selang sejajar dengan arteri brachialis		
10	Meraba denyut nadi brachialis		
11	Meletakkan diaphragma stetoscope di atas arteri tersebut		
12	Menutup sekrup balon, membuka pengunci air raksa		
13	Memompas manset hingga tidak terdengar denyut arteri, pertama (sistole) hingga bunyi terakhir (diastole)		
14	Membuka sekrup balon pelan-pelan lihat turunnya air raksa dengan bunyi denyut pertama (sistole) hingga bunyi terakhir (diastole)		
15	Melakukan validasi dengan mengulangi pengukuran		
16	Mengunci air raksa dan melepas manset		
17	Merapikan pasien dan minta pasien untuk istirahat kembali		
18	Mengakhiri tindakan dengan salam.		
20	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Bagian – 5

Perekaman Elektrokardiografi

A. Pendahuluan

Pemeriksaan Elektrokardiogram (EKG) merupakan proses pemeriksaan pada jantung dengan menggunakan alat yang bernama **elektrokardiograf**, yang bertujuan untuk memperoleh hasil rekaman yang berupa grafik, dimana grafik tersebut menggambarkan aktivitas kelistrikan jantung dalam waktu tertentu. Elektrokardiogram (EKG) mencerminkan aktivitas listrik jantung yang disadap dari berbagai sudut pada permukaan kulit. EKG dicatat sebagai garis-garis pada selembar kertas atau gambaran visual di layar osiloskop. Untuk mempermudah interpretasi EKG, maka data mengenai umur pasien, jenis kelamin, tekanan darah tinggi, berat badan, gejala dan pengobatan (terutama digitalis dan bahan antidirismia) harus ditulis pada surat permintaan EKG. Elektrokardiografi terutama sangat berguna untuk mengevaluasi kondisi yang berbeda dibanding fungsi normal, seperti gangguan kecepatan dan irama, gangguan hantaran, pembesaran ruang-ruang pada jantung, adanya infark miokard, dan ketidakseimbangan elektrolit.

EKG dapat memberikan informasi penting mengenai aktivitas listrik miokardium, jika dianalisa secara akurat. Gelombang EKG dicatat diatas kertas grafik. Waktu atau frekuensi diukur pada sumbu horizontal grafik, dan amplitudo atau voltase diukur pada sumbu vertikal. Gelombang EKG menggambarkan fungsi sistem hantaran jantung, yang normalnya memulai dan menghantarkan aktivitas listrik.



Gambar. Mesin EKG

EKG tersusun dari berbagai gelombang meliputi gelombang P, kompleks QRS, gelombang T, segmen ST, interval PR, dan mungkin gelombang U. Gelombang P menggambarkan depolarisasi otot atrium, normalnya setinggi 2,5 atau kurang dan durasinya 0,11 detik atau kurang.

Defeksi negatif setelah gelombang P adalah gelombang Q, yang normalnya berdurasi kurang dari 0,03 detik dan amplitudonya kurang dari 25% gelombang R, defeksi pertama setelah gelombang P adalah gelombang R sedangkan gelombang S adalah defeksi negatif pertama setelah gelombang R.

Kompleks QRS (dimulai oleh gelombang Q, atau gelombang R bila tak ada gelombang Q, diakhiri oleh gelombang S) menggambarkan depolarisasi otot ventrikel. Kompleks QRS normalnya berdurasi 0,04 sampai 0,10 detik. Jika gelombangnya secara ventrikel kurang dari 5mm, maka ditulis dengan huruf kecil (q,r,s) bila gelombangnya secara ventrikel lebih besar dari 5mm, ditulis dengan huruf besar (Q,R,S). Tidak semua

kompleks QRS memiliki ketiga gelombang tadi.

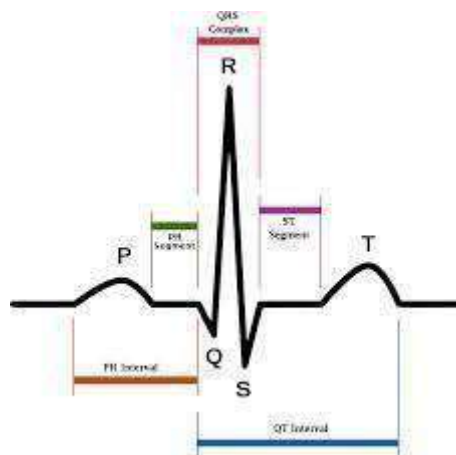
Gelombang T menggambarkan repolarisasi otot ventrikel. Gelombang ini mengikuti kompleks QRS dan biasanya mempunyai defleksi yang sama dengan kompleks QRS.

Gelombang U diperkirakan menggambarkan repolarisasi serabut Purkinje tetapi kadang-kadang ditemukan pada pasien dengan hipokalemia (kadar kalium rendah). Gelombang U terjadi setelah gelombang T dan kurang lebih ukurannya sama dengan gelombang P. Gelombang ini sering disalahartikan sebagai gelombang P ekstra.

Segmen ST yang menggambarkan repolarisasi ventrikel awal, berlangsung dari akhir gelombang S sampai permulaan gelombang T. Normalnya isoelektrik (tanpa variasi potensial listrik), dan dianalisa untuk mencari tanda penurunan suplai oksigen jantung (iskemia).

Interval PR diukur mulai dari permukaan gelombang P sampai permukaan gelombang Q atau R dan menggambarkan waktu yang diperlukan untuk depolarisasi atrium dan perlambatan impuls di nodus AV sebelum depolarisasi ventrikel. Pada orang dewasa, interval PR normalnya berdurasi antara 0,12 sampai 0,20 detik.

Interval QT, yang menggambarkan waktu total repolarisasi dan depolarisasi ventrikel, diukur dari awal gelombang Q, atau R. Jika tidak ada gelombang Q, diakhiri dengan gelombang T. Interval QT bervariasi sesuai dengan frekuensi jantung, biasanya kurang dari interval RR (diukur dari permulaan satu gelombang R sampai awal gelombang R berikutnya), dan biasanya durasinya 0,32 sampai 0,40 detik apabila frekuensi jantungnya 65 sampai 95 denyut per menit.



Gambar Gelombang EKG

Tujuan Perekaman EKG

Pemeriksaan EKG bertujuan untuk menilai kerja jantung, apakah normal atau tidak normal. Beberapa hal yang dapat ditunjukkan oleh pemeriksaan EKG adalah:

1. Laju (kecepatan) denyut jantung
2. Ritme denyut jantung
3. Kekuatan dan "timing" sinyal listrik saat melewati masing-masing bagian jantung

Pemasangan EKG

Pembagian lead pada EKG terbagi menjadi 3 kelompok yang terdiri atas 12 lead:

1. Bipolar lead/standar I, II, III

Lead I : Beda potensial tangan kiri dan tangan kanan.
: Tangan kanan positif, tangan kiri negatif.

Lead II : Beda potensial kaki kiri dan tangan kanan.
: Kaki kiri positif, tangan kanan negatif.

Lead III : Beda potensial kaki kiri (+) dan tangan kiri (-)

2. Unipolar ekstremitas aVL, aVR, aVE

aVR : Positif pada tangan kanan, berarti negatif pada tangan kiri dan kaki kiri.

aVL : Positif pada tangan kiri, berarti negatif pada tangan dan kaki kiri.

aVF : Positif pada kaki kiri, berarti negatif pada tangan kanan dan kiri.

3. Unipolar prekordial V1,V2,V3,V4,V5,V6.

V1: ICS 4 garis sternal kanan.

V2: ICS 4 garis sternal kiri.

V3: antara V2 dan V4

V4: ICS 5 midklavikula kiri

V5: sejajar V4 aksila interior kiri

V6: sejajar V4 pada mid-aksila kiri

Hal-hal Yang Perlu Diperhatikan dalam Pemeriksaan

1. Voltase harus benar (1 mV). Kalibrasi dapat dilakukan $\frac{1}{2}$ mV bila gambar terlalu besar, atau 2 mV bila gambar terlalu kecil dengan ditambah keterangan voltase yang digunakan pada kertas hasil EKG.
2. Kertas EKG dilipat atau digulung sesuai dengan modelnya.
3. Elektroda dibersihkan setelah tindakan.

B. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan praktika pada bagian ini diharapkan dapat:

1. Memahami sistem konduksi pada jantung sebagai dasar perekaman EKG.
2. Memiliki keterampilan merekam EKG dengan benar.
3. Mengidentifikasi hasil rekaman EKG normal.

C. Skenario

Seorang laki-laki berusia 41 tahun dirawat karena mengeluh nyeri dada apabila untuk beraktifitas. Hasil pengkajian diperoleh data bahwa pasien memiliki riwayat merokok sejak usia remaja dan kurang begitu suka dengan olah raga. Tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi nafas 16 x/menit. Pasien belum pernah dirawat dan ini merupakan pengalaman pertama kali sakit hingga dirawat di rumah sakit. Untuk melengkapi hasil pengkajian, lakukan perekaman EKG pada pasien tersebut.

Strategi yang dapat digunakan dalam praktik merekam EKG ini diantaranya:

1. Buatlah kelompok dengan anggota minimal 3 orang, yang secara bergantian nanti akan berperan sebagai pasien, pemeriksa, dan pengamat.
2. Pahami dengan baik kemampuan akhir yang harus dicapai.
3. Bacalah dan pahami skenario yang ada.
4. Siapkan peralatan yang diperlukan.
5. Mahasiswa Pertama, memperagakan cara merekam EKG.
6. Mahasiswa Kedua, memperhatikan peragaan dan ucapan dari Mahasiswa Pertama dengan menyimak daftar penilaian tindakan dan memberikan tanda “√” pada kolom “Ya” apabila peragaan dan ucapan dilakukan dengan benar dan pada kolom “Tidak” apabila peragaan dan ucapan salah.

7. Mahasiswa Ketiga, berperan sebagai pasien.
8. Setelah selesai seluruh latihan mahasiswa berganti peran.
9. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda “√” pada kolom “Ya”.

D. Prosedur Tindakan

1. Persiapan Alat
Mesin EKG yang dilengkapi:
 - a. 3 set kabel (kabel listrik, ground, kabel pasien)
 - b. 4 elektroda ekstremitas dan manset (plat antikarat)
 - c. 6 buah elektroda prekordial dengan balon pengisap
 - d. Gel elektroda
 - e. Kasa lembap
 - f. Tisu
2. Prosedur Pelaksanaan
 - a. Lakukan cuci tangan
 - b. Identifikasi pasien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, nomor register
 - c. Jelaskan nama saudara dan kegiatan saudara yang akan dilakukan
 - d. Jelaskan prosedur dan tujuan pemeriksaan yang akan dilakukan
 - e. Atur posisi tidur pasien yang nyaman dan hindari kontak tubuh pasien dengan logam
 - f. Siapkan mesin perekam EKG dengan meletakkannya disisi tempat tidur, kemudian mesin hubungkan dengan sumber listrik, ground, dan power di “ON”-kan.
 - g. Bagian elektroda ekstremitas dipasang dengan sebelumnya diolesi gel atau kasa lembap antara elektroda dan kulit pasien, kemudian hubungkan sadapan ekstremitas pada lempeng elektroda yang sesuai pada setiap kabel dengan memperhatikan tanda dan warna kabel (**merah**= tangan kanan, **kuning** =tangan kiri, **hitam**= kaki kanan, **hijau**= kaki kiri)
 - h. Bagian dada yang akan dipasangi elektroda, dioles dengan gel-elektroda dan tentukan lokasi pemasangan, kemudian hubungkan sadapan pada bagian dada yang lokasinya telah ditentukan. Pasang kabel sesuai tanda atau warnanya V1-V6 dengan cara menekan bagian balon dan tempelkan pada kulit pasien.
 - i. Lakukan perekaman mulai dari lead I,II,III, aVL, aVR, aVF,V1-V6
 - j. Setelah perekaman selesai, lepas semua kabel
 - k. Bersihkan gel dari kulit pasien dengan menggunakan tisu
 - l. Bersihkan elektroda dari gel yang masih menempel
 - m. Rapikan pasien dan alat yang digunakan
 - n. Akhiri dengan salam
 - o. Lakukan cuci tangan

E. Daftar Penilaian Tindakan Perekaman EKG

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan		
2	Melakukan identifikasi pasien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir		
3	Menjelaskan nama saudara dan kegiatan saudara yang akan dilakukan		
4	Menjelaskan prosedur dan tujuan pemeriksaan yang akan dilakukan		
5	Mengatur posisi tidur pasien yang nyamandanhindarikontak tubuh pasien dengan logam		
6	Menyiapkan mesin perekam EKG denganmeletakkannya disisi tempat tidur, kemudian mesin hubungkan dengan sumber listrik, ground, dan power di "ON"-kan		
7	Memasang elektroda ekstremitas dengan sebelumnya diolesi gel atau kasa lembap antara elektroda dan kulit pasien, kemudian menghubungkan sadapan ekstremitas pada lempeng elektroda yang sesuai pada setiap kabel dengan memperhatikan tanda dan warna kabel(merah = tangan kanan, kuning =tangan kiri, hitam = kaki kanan, hijau = kaki kiri)		
8	Memasang elektrodapadabagian dadayang sebelumnya dioles dengan gel-elektroda dan menentukan lokasi pemasangan, kemudian hubungkan sadapan pada bagian dada yanglokasinyatelahditentukan. Memasangkabelsesuaitanda atau warnanya V1-V6 dengan cara menekan bagian balon dan Menempelkan pada kulit pasien		
9	Melakukan perekamanmulaidarilead I, II, III, aVL,aVR, aVF, V1-V6		
10	Melepas semua kabel setelah perekaman selesai		
11	Membersihkan gel dari kulit pasien dengan menggunakan tisu		
12	Membersihkan elektroda dari gel yang masih menempel		
13	Merapikan pasien dan minta pasien untuk istirahat kembali		
14	Mengakhiri tindakan dengan salam		
15	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Bagian – 6

Menghitung Frekuensi Pernafasan

A. Pendahuluan

Bagian ini merupakan bagian dari kegiatan praktika pada mata kuliah Ilmu Biomedik Dasar yang akan memberikan pengalaman praktik untuk menghitung frekuensi pernapasan pasien. Tindakan ini merupakan upaya untuk menggambarkan fungsi sistem pernapasan melalui irama, frekuensi dan kedalaman pernapasan.

Keterampilan dalam menghitung pernapasan memerlukan pengetahuan tentang anatomi dan fisiologi dari sistem pernapasan serta mekanisme pernapasan. Selain itu, juga diperlukan kemampuan komunikasi dari perawat untuk menyampaikan tujuan serta cara pelaksanaan prosedur menghitung pernapasan. Bagian ini akan mendasari pemahaman saudara dalam mengkaji pernapasan pasien dan juga memberikan pengalaman kepada saudara dalam mengelola pasien yang harus terpantau tanda-tanda vitalnya.

Setelah menyelesaikan bagian ini diharapkan saudara akan memiliki keterampilan dalam melakukan pengkajian menghitung pernapasan pasien.

B. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan praktikum diharapkan mahasiswa dapat:

4. Memiliki pengetahuan tentang tindakan menghitung pernapasan.
5. Saudara terampil dalam melakukan tindakan menghitung pernapasan
Saudara dapat mengkomunikasikan tentang tujuan, langkah prosedur, dan memberikan *re-inforcement* kepada pasien dengan baik.

C. Skenario

Seorang pasien laki-laki berusia 48 tahun dirawat dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian, saudara memperoleh data bahwa pasien sudah dirawat sejak 2 (dua) hari yang lalu dan pasien mengatakan : "Saya sudah dirawat sejak 2 hari yang lalu, sesak napasnya sudah berkurang tapi masih sering kambuh". Pasien terlihat pucat dan lemah. Untuk membantu pasien, lakukan pengkajian untuk menentukan irama, frekuensi dan kedalaman pernapasan.

Strategi dapat saudara gunakan dalam menyelesaikan bagian ini, diantaranya:

1. Buatlah kelompok dengan anggota minimal 3 orang, yang secara bergantian nanti akan berperan sebagai pasien, pemeriksa, dan pengamat.
2. Pahami dengan baik kemampuan akhir yang harus saudara capai.
3. Bacalah dan pahami skenario yang ada.
4. Siapkan peralatan yang diperlukan.
5. Lakukan tindakan sesuai dengan urutan prosedur tindakan.
6. Lakukan penilaian dengan pengamatan menggunakan check-list yang tersedia.
7. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda "√" pada kolom "Ya".

D. Prosedur Tindakan

1. Persiapan Alat
 - a. Arloji atau stopwatch
 - b. Catatan
 - c. Pulpen

2. Persiapan Pasien

- a. Lakukan identifikasi pasien
- b. Jelaskan tujuan tindakan
- c. Jelaskan langkah prosedur terutama yang harus dilakukan pasien
- d. Minta persetujuan pasien untuk dihitung pernapasannya
- e. Bantu pasien untuk mengambil posisi terlentang yang nyaman
- f. Jaga *privacy* pasien

3. Pelaksanaan Tindakan

- a. Lakukan cuci tangan
- b. Lakukan identifikasi pasien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir
- c. Perkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara
- d. Jelaskan mengapa pasien perlu dihitung pernapasannya
- e. Jelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan dan apa yang harus dilakukan pasien
- f. Minta persetujuan pasien
- g. Bantu pasien untuk mengambil posisi terlentang yang nyaman
- h. Letakkan lengan pasien pada posisi rileks menyilang abdomen atau dada bagian bawahnya, atau tempatkan tangannya langsung pada abdomen atas pasien
- i. Observasi siklus pernapasan lengkap (sekali inspirasi dan sekali ekspirasi), yaitu dengan melihat naik turunnya dada atau perut pasien
- j. Hitung frekuensi pernapasan per menit, keteraturan irama dan kedalaman pernapasan (bila irama pernapasan teratur, hitung pernapasan selama 30 detik dan hasilnya dikalikan dua, tetapi bila respirasi tidak teratur hitunglah selama satu menit penuh)
- k. Berikan re-inforcement ketika pasien dapat bekerja sama dengan baik
- l. Rapikan pasien dan minta pasien untuk istirahat kembali
- m. Akhiri tindakan dengan salam
- n. Lakukan cuci tangan

4. Dokumentasi

- a. Catat tindakan yang saudara lakukan dan catat juga respon pasien selama tindakan dalam catatan perawatan meliputi frekuensi, keteraturan irama dan kedalaman pernapasannya
- b. Tulis waktu pelaksanaan dan tanda tangan saudara

1. Daftar Penilaian Tindakan Menghitung Frekuensi Pernafasan

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan.		
2	Melakukan identifikasi pasien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir.		
3	Memperkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara.		
4	Menjelaskan mengapa pasien perlu dilakukan penghitungan pernapasan		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan dan apa yang harus dilakukan pasien.		
6	Meminta persetujuan pasien.		
7	Membantu pasien untuk mengambil posisi terlentang yang nyaman.		
8	Meletakkan lengan pasien pada posisi rileks menyilang abdomen atau dada bagian bawahnya, atau tempatkan tangan saudara langsung pada abdomen atas pasien		
9	Mengobservasi siklus pernapasan lengkap		
10	Menghitung frekuensi pernapasan per menit, keteraturan irama dan kedalaman pernapasan		
11	Memberikan re-inforcement ketika pasien dapat bekerja sama dengan baik		
12	Merapikan pasien dan minta pasien untuk istirahat kembali		
13	Mengakhiri tindakan dengan salam.		
14	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Bagian – 7

Pemeriksaan Spirometri

A. Pendahuluan

Bagian ini merupakan bagian dari kegiatan praktika pada mata kuliah Ilmu Biomedik Dasar yang akan memberikan pengalaman praktik untuk prosedur pemeriksaan spirometri dalam pernapasan. Prosedur ini dilakukan untuk mengetahui fungsi fisiologis pernapasan yang berhubungan dengan kapasitas paru-paru.

Spirometri dapat digunakan untuk mengevaluasi dan memonitor penyakit yang berhubungan dengan penyakit paru dan jantung sehingga pemeriksaan spirometri rutin digunakan di rumah sakit dengan pasien penyakit paru dan atau jantung. Spirometri merupakan pemeriksaan *gold standard* untuk diagnosis dan monitor penyakit paru obstruksi kronik (PPOK) dan asma. Selain itu juga digunakan sebagai *screening* awal untuk mendeteksi PPOK pada perokok.

Pemeriksaan spirometri sering dianggap sebagai pemeriksaan sederhana namun sebenarnya merupakan pemeriksaan yang sangat kompleks. Variabilitas hasil pemeriksaan spirometri lebih besar daripada pemeriksaan lain karena tidak konsistennya usaha pasien. Karena itu sangat diperlukan pemahaman, koordinasi dan kerjasama yang baik antara teknisi dan pasien agar didapatkan hasil yang optimal. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan hasil pemeriksaan spirometri adalah peralatan yang akurat, prosedur pemeriksaan yang baik, program pengendalian mutu berkelanjutan, nilai acuan yang tepat, dan algoritma interpretasi hasil yang baik.

Setelah menyelesaikan bagian ini diharapkan saudara akan memiliki keterampilan dalam melakukan tindakan keperawatan tentang prosedur pemeriksaan kapasitas paru-paru dengan spirometri.

B. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan praktikum diharapkan mahasiswa dapat:

1. Memiliki pengetahuan tentang kapasitas paru-paru.
2. Melakukan tindakan pemeriksaan kapasitas paru: volume tidal, Volume cadangan inspirasi, kapasitas total paru dengan spirometri.

Saudara dapat mengkomunikasikan tentang tujuan, langkah prosedur, dan memberikan *re-inforcement* kepada klien dengan baik.

C. Skenario

Seorang klien laki-laki berusia 35 tahun dirawat mengeluh sesak nafas. Hasil pengkajian, saudara memperoleh data bahwa klien sudah dirawat sejak 2 (dua) hari yang lalu dan klien mengatakan : saya setiap bernapas sering sesak dan dada terasa berat. Klien tampak kesulitan bernapas dan pernafasannya berbunyi. Tekanan Darah 110/70 mmHg., Nadi 92 kali per menit, Suhu 37°C, dan Pernafasan 29 kali per menit.

Untuk mengetahui volume tidal dan volume inspirasi maksimal paru-paru pasien, lakukan pemeriksaan kapasitas paru pasien dengan spirometri.

Strategi dapat saudara gunakan dalam menyelesaikan bagian ini, diantaranya:

1. Buatlah kelompok dengan anggota minimal 3 orang, yang secara bergantian nanti akan berperan sebagai pasien, pemeriksa, dan pengamat.
2. Pahami dengan baik kemampuan akhir yang harus saudara capai.
3. Bacalah dan pahami skenario yang ada.
4. Siapkan peralatan yang diperlukan.
5. Lakukan tindakan sesuai dengan urutan prosedur tindakan.

6. Lakukan penilaian dengan pengamatan menggunakan check-list yang tersedia.
7. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda “√” pada kolom “Ya”.

D. Prosedur Tindakan

1. Persiapan alat, spirometer ,mouthpiece, alat dokumentasi , cek apakah ada kebocoran dan sumbatan pada spirometri dan mouthpiece.
2. Persiapan pasien:
 - a. selama pemeriksaan pasien harus merasanyaman.
 - b. Sebelum pemeriksaan subjek sudah tahu tentang tujuan pemeriksaan dan manuver yang akan dilakukan.
 - c. Pasien bebas rokok minimal 2 jam sebelumnya,
 - d. tidak makan terlalu kenyang, tidak berpakaian terlalu ketat,
 - e. penggunaan obat pelega napas terakhir 8 jam sebelumnya untuk aksi singkat dan 24 jam untuk aksi panjang.
 - f. Kondisi lingkungan, ruang pemeriksaan harus mempunyai sistem ventilasi yang baik dan suhu udara berkisar antara 17 – 40 °C
3. Pelaksanaan Tindakan
 - a. Siapkan peralatan
 - b. Cuci tangan
 - c. Atur posisi pasien
 - d. Tentukan tujuan yang akan dicapai pasien
 - e. Jelaskan langkah-langkah tindakan
 - f. Beri kesempatan pasien untuk bertanya jika belum paham tentang prosedur
 - g. Anjurkan pasien untuk inspirasi maksimal dan ditahan selama 6 detik untuk dewasa dan 3 detik untuk anak-anak
 - h. Anjurkan pasien meletakkan mouthpiece diantara gigi dan letakkan muothpiece diantara bibir
 - i. Anjurkan pasien meniupkan udara melalui mulut, lakukan secara perlahan
 - j. Beri kesempatan pasien istirahat
 - k. Ulangi prosedur 2-4 minimal 8-10 kali secara continue
 - l. Evaluasi hasil pemeriksaan
 - m. Rapikan pasien
 - n. Bereskan peralatan
 - o. Cuci tangan
4. Dokumentasi
 - a. Catat tindakan yang saudara lakukan dan catat juga respon pasien selama tindakan dalam catatan perawatan.
 - b. Tulis waktu pelaksanaan dan tanda tangan saudara.

E. Daftar Penilaian Tindakan Pemeriksaan Spirometri

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan.		
2	Melakukan identifikasi pasien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir.		
3	Memperkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara.		
4	Menjelaskan mengapa pasien perlu dilakukan pemeriksaan Spirometri .		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan dan apa yang harus dilakukan pasien.		
6	Meminta persetujuan pasien.		
7	Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan		
8	Mengatur posisi pasien		
9	Menganjurkan pasien untuk inspirasi maksimal dan ditahan selama 6 detik untuk dewasa dan 3 detik untuk anak-anak		
10	Menganjurkan pasien meletakkan mouthpiece diantara gigi dan letakkan muothpiece diantara bibir		
11	Menganjurkan pasien meniupkan udara melalui mulut, lakukan secara perlahan		
12	Memberi kesempatan pasien istirahat, observasi kondisi pasien		
13	Mengulangi prosedur 2-4 minimal 8-10 kali secara kontinue		
14	Menilai hasil pemeriksaan dengan benar		
15	Merapikan pasien dan minta pasien untuk istirahat kembali.		
16	Mengakhiri tindakan dengan salam.		
17	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Bagian – 8

Pemeriksaan Tingkat Kesadaran

A. Pendahuluan

Tingkat kesadaran merupakan bagian awal dalam menilai status kesehatan klien. Ada dua macam cara penilaian tingkat kesadaran, yakni penilaian secara kualitatif dan penilaian secara kuantitatif.

Secara kualitatif, tingkat kesadaran diklasifikasikan ke dalam *compos mentis*, *apatis*, *somnolen*, *sopor*, *delirium*, dan *koma*.

1. *Compos mentis* adalah keadaan klien dalam kesadaran penuh.
2. *Apatis* adalah keadaan klien acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya.
3. *Somnolen* adalah keadaan klien dalam kesadaran lebih rendah yang ditandai klien tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak responsif terhadap rangsangan ringan tetapi masih responsif terhadap rangsangan yang kuat.
4. *Sopor* adalah klien tidak memberikan respon ringan maupun sedang, tetapi masih sedikit respon terhadap rangsangan yang kuat, refleks pupil terhadap cahaya masih positif.
5. *Delirium* adalah keadaan klien dalam tingkat kesadaran paling rendah, disorientasi, kacau, dan salah persepsi terhadap rangsangan
6. *Koma* adalah keadaan klien tidak dapat bereaksi terhadap stimulus apapun, refleks pupil terhadap cahaya tidak ada.

Secara kuantitatif, tingkat kesadaran dinilai dengan menggunakan skala yang dikenal dengan Glasgow Coma Scale (GCS) yang meliputi penilaian klien terhadap respon membuka mata (E), respon verbal (V), dan respon motorik (M). Penulisan hasil didasarkan dengan menjumlahkan dari setiap respon. Contoh: E: 4 V: 5 M: 6 berarti GCS = 15

1. Respon membuka mata(E)
 - a. Membuka secara spontan Skor: 4
 - b. Membuka dengan rangsangan suara Skor: 3
 - c. Membuka dengan rangsangan nyeri Skor: 2
 - d. Tidak ada respon Skor: 1
2. Respon verbal (V)
 - a. Orientasi baik Skor: 5
 - b. Kata dan kalimat baik, namun isi percakapan membingungkan Skor: 4
 - c. Kata-kata baik namun kalimat tidak baik Skor: 3
 - d. Kata-kata tidak dimengerti / mengerang Skor: 2
 - e. Tidak keluar suara Skor: 1
3. Respon motorik (M)
 - a. Melakukan perintah dengan benar Skor: 6
 - b. Mengenali nyeri namun tidak melakukan perintah dengan benar Skor: 5
 - c. Dapat menghindari rangsangan dengan tangkisan fleksi Skor: 4
 - d. Hanya dapat melakukan fleksi Skor: 3
 - e. Hanya dapat melakukan ekstensi Skor: 2
 - f. Tidak ada gerakan Skor: 1

B. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembelajaran bagian ini, diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam:

1. Memahami tingkat kesadaran pasien.
2. Melakukan pemeriksaan tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS.
3. Mengidentifikasi tingkat kesadaran.

C. Skenario

Seorang laki-laki berusia 62 tahun dirawat sejak tadi malam karena jatuh di kamar mandi. Hasil pengkajian didapatkan pasien tidur dan ketika dipanggil namanya tidak juga ada respon. Untuk melengkapi data lebih lanjut, lakukan pengkajian terhadap tingkat kesadaran pasien. Beberapa strategi dapat saudara gunakan dalam menyelesaikan bagian ini, diantaranya:

1. Buatlah kelompok dengan anggota minimal 3 orang, yang secara bergantian nanti akan berperan sebagai pasien, pemeriksa, dan pengamat.
2. Pahami dengan baik kemampuan akhir yang harus saudara capai.
3. Bacalah dan pahami skenario yang ada.
4. Siapkan peralatan yang diperlukan.
5. Lakukan tindakan sesuai dengan urutan prosedur tindakan.
6. Lakukan penilaian dengan pengamatan menggunakan check-list yang tersedia.
7. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda “√” pada kolom “Ya”.

D. Prosedur Tindakan

1. Persiapan alat
 - Catatan
2. Pelaksanaan Tindakan
 - a. Lakukan cuci tangan
 - b. Identifikasi pasien dengan menggunakan catatan perawatan yang ada
 - c. Lakukan pemeriksaan terhadap respon membuka mata, apakah pasien membuka mata secara spontan, ketika dipanggil namanya, dilakukan stimulasi dengan tepukan pada bahu/bagian tubuh, atau membuka mata ketika diberikan rangsangan nyeri
 - d. Lakukan pemeriksaan terhadap respon verbal, apakah pasien berorientasi baik, berbicara dengan kata dan kalimat baik, namun isi percakapan membingungkan, berbicara dengan kata-kata baik namun kalimat tidak baik, berbicara dengan kata-kata tidak dimengerti /mengerang, atau pasien tidak bisa mengeluarkan suara
 - e. Lakukan pemeriksaan terhadap respon motorik, apakah pasien dapat melakukan perintah dengan benar, pasien mengenali nyeri namun tidak melakukan perintah dengan benar, pasien dapat menghindari rangsangan dengan tangkan fleksi, pasien hanya dapat melakukan fleksi, pasien hanya dapat melakukan ekstensi, atau tidak ada gerakan
 - f. Catat hasil pemeriksaan
 - g. Rapikan pasien

- h. Akhiri dengan salam
- i. Lakukan cuci tangan

E. Daftar Penilaian Tindakan Memeriksa Tingkat Kesadaran

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan.		
2	Melakukan identifikasi pasien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir.		
3	Memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama dan tugas yang akan dilakukan apabila ada anggota keluarga		
4	Melakukan pemeriksaan respon membuka mata		
5	Melakukan pemeriksaan respon verbal		
6	Melakukan pemeriksaan respon motorik		
7	Menilai hasil pemeriksaan dengan benar		
8	Merapikan pasien		
9	Mengakhiri tindakan dengan salam		
10	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Bagian – 9

Pemeriksaan Saraf Kranial

A. Pendahuluan

Bagian ini memberikan pemahaman dasar dan keterampilan dalam melakukan pemeriksaan saraf kranial yang merupakan bagian dari pengkajian pada sistem persarafan. Sebelum melaksanakan praktik keterampilan menguji saraf kranial, penting untuk terlebih dahulu membaca kembali beberapa pengertian dasar tentang sistem saraf

B. Beberapa Pengertian Tentang Sistem Saraf

1. Pengertian sistem saraf

Sistem saraf merupakan salah satu sistem koordinasi yang bertugas menyampaikan rangsangan dari reseptor untuk dideteksi dan direspon oleh tubuh manusia. Sistem saraf memungkinkan manusia tanggap dengan cepat terhadap perubahan-perubahan yang terjadi di lingkungan luar maupun dalam tubuh. Sistem saraf terdiri atas sel-sel saraf yang disebut neuron yang bergabung membentuk suatu jaringan untuk mengantarkan impuls atau rangsangan. Satu sel saraf tersusun dari badan sel, dendrit, dan akson.

2. Bagian-bagian dari sel saraf

a. Sel Saraf (Neuron)

Sistem saraf terdiri atas sel-sel saraf yang disebut neuron. Neuron bergabung membentuk suatu jaringan untuk mengantarkan impuls /rangsangan. Satu sel saraf tersusun dari badan sel, dendrit, dan akson.

b. Badan sel

Badan sel saraf merupakan bagian yang paling besar dari sel saraf berfungsi untuk menerima rangsangan dari dendrit dan meneruskannya ke akson. Pada badan sel saraf terdapat inti sel, sitoplasma, mitokondria, sentrosom, badan golgi, lisosom, dan badan nisel. Badan nisel merupakan kumpulan retikulum endoplasma tempat transportasi sintesis protein.

c. Dendrit

Dendrit adalah serabut sel saraf pendek dan bercabang- cabang merupakan perluasan dari badan sel. Dendrit berfungsi untuk menerima dan mengantarkan rangsangan ke badan sel.

d. Akson

Akson disebut neurit adalah serabut sel saraf panjang yang merupakan perwujudan sitoplasma badan sel. Di dalam neurit terdapat benang-benang halus yang disebut neurofibril yang dibungkus oleh beberapa lapis selaput mielin yang banyak mengandung zat lemak dan berfungsi untuk mempercepat jalannya rangsangan. Selaput mielin tersebut dibungkus oleh sel- sel schwann yang akan membentuk suatu jaringan yang dapat menyediakan makanan untuk neurit dan membantu pembentukan neurit. Lapisan mielin sebelah luar disebut neurilemma yang melindungi akson dari kerusakan. Bagian neurit ada yang tidak dibungkus oleh lapisan mielin. Bagian ini disebut dengan nodus ranvier dan berfungsi mempercepat jalannya rangsangan.

4. Sistem Saraf Pusat

a. Otak

Otak merupakan alat tubuh yang sangat penting dan sebagai pusat pengatur dari segala kegiatan manusia. Otak terletak di dalam rongga tengkorak, beratnya lebih kurang $\frac{1}{50}$ dari berat badan. Bagian utama otak adalah otak besar (Cerebrum), otak kecil (Cerebellum), dan batang otak.

b. Otak Besar (cerebrum)

Otak besar merupakan pusat pengendali kegiatan tubuh yang disadari. Yaitu Berpikir, berbicara, melihat, bergerak, mengingat, dan mendengar termasuk kegiatan tubuh yang disadari. Otak besar dibagi menjadi dua belahan/hemisfer, yaitu belahan kanan dan belahan kiri. Otak besar belahan kanan mengatur dan mengendalikan kegiatan tubuh sebelah kiri, sedangkan otak belahan kiri mengatur dan mengendalikan bagian tubuh sebelah kanan.

c. Otak tengah (Mesensefalon)

Otak tengah merupakan penghubung antara otak depan dan otak belakang. Bagian otak tengah yang berkembang adalah lobus optikus yang berfungsi sebagai pusat refleksi pupil mata, pengatur gerak bola mata, dan refleksi akomodasi mata.

d. Otak kecil (cerebellum)

Otak kecil terletak di bagian belakang otak besar, tepatnya di bawah otak besar. Otak kecil terdiri atas dua lapisan, yaitu lapisan luar berwarna kelabu dan lapisan dalam berwarna putih. Otak kecil dibagi menjadi dua bagian, yaitu belahan kiri dan belahan kanan yang dihubungkan oleh jembatan varol. Otak kecil berfungsi sebagai pengatur keseimbangan tubuh dan mengkoordinasikan kerja otot ketika seseorang akan melakukan aktifitas dan pusat keseimbangan tubuh.

Otak kecil dibagi tiga daerah yaitu otak depan, otak tengah, dan otak belakang.

1) Otak depan meliputi:

- a) Hipotalamus, merupakan pusat pengatur suhu, selera makan, keseimbangan cairan tubuh, haus, tingkah laku, kegiatan reproduksi, meregulasi pituitari.
- b) Talamus, merupakan pusat pengatur sensori, menerima semua rangsangan yang berasal dari sensorik cerebrum.
- c) Kelenjar pituitary, sebagai sekresi hormon.

2) Otak Tengah dengan bagian atas merupakan lobus optikus yang merupakan pusat refleks mata.

3) Otak Belakang, terdiri atas dua bagian yaitu otak kecil dan medulla oblongata. Medulla oblongata berfungsi mengatur denyut jantung, tekanan darah, mengatur pernafasan, sekresi ludah, menelan, gerak peristaltic, batuk, dan bersin. Medulla oblongata disebut juga sebagai sumsum lanjutan adalah merupakan sumsum penghubung yang terbagi menjadi dua lapis, yaitu lapisan dalam dan luar berwarna kelabu karena banyak mengandung neuron. Lapisan luar berwarna putih, berisi neurit dan dendrit.

5. Sumsum tulang belakang / Medula Spinalis

Sumsum tulang belakang terletak memanjang didalam rongga tulang belakang, mulai

dari ruas-ruas tulang leher sampai ruas-ruas tulang pinggang yang kedua. Sumsum tulang belakang terbagi menjadi dua lapis, yaitu lapisan luar berwarna putih dan lapisan dalam

berwarna kelabu. Lapisan luar mengandung serabut saraf dan lapisan dalam mengandung badan saraf. Di dalam sumsum tulang belakang terdapat saraf sensorik, saraf motorik, dan saraf penghubung. Fungsinya adalah sebagai penghantar impuls dari otak dan ke otak serta sebagai pusat pengatur gerak refleks.

a. Sistem Saraf Tepi

Sistem saraf tepi tersusun dari semua saraf yang membawa pesan dari dan ke sistem saraf pusat. Kerjasama antara sistem pusat dan sistem saraf tepi membentuk perubahan cepat dalam tubuh untuk merespon rangsangan dari lingkungan. Sistem saraf ini dibedakan menjadi sistem saraf somatis dan sistem saraf otonom.

b. Sistem saraf somatic (saraf sadar)

Sistem saraf somatis disebut juga dengan sistem saraf sadar. Sistem saraf somatis terdiri dari 12 pasang saraf kranial dan 31 pasang saraf sumsum tulang belakang (spina). Kedua belas pasang saraf otak akan menuju ke organ tertentu, misalnya mata, hidung, telinga, dan kulit. Saraf sumsum tulang belakang keluar melalui sela-sela ruas tulang belakang dan berhubungan dengan bagian-bagian tubuh, antara lain kaki, tangan, dan otot lurik. Saraf-saraf dari sistem somatis menghantarkan informasi antara kulit, sistem saraf pusat, dan otot-otot rangka. Proses ini dipengaruhi saraf sadar, sehingga manusia dapat menggerakkan atau tidak menggerakkan bagian-bagian tubuh di bawah pengaruh sistem ini.

6. Saraf Kranial dan Fungsinya

Ada 12 (dua belas) saraf kranial yang namanya dan fungsinya dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Saraf Kranial I : Olfaktori

Olfaktori sebagai saraf sensori yang berfungsi menerima rangsang dari hidung dan menghantarkannya ke otak untuk diproses sebagai sensasi bau.

b. Saraf Kranial II : Optik

Optik sebagai saraf sensori yang berfungsi menerima rangsang dari mata dan menghantarkannya ke otak untuk diproses sebagai persepsi visual.

c. Saraf Kranial III : Okulomotor

Okulomotor sebagai saraf motorik yang berfungsi menggerakkan sebagian besar otot mata.

d. Saraf Kranial IV : Troklear

Troklear sebagai saraf motorik yang berfungsi menggerakkan beberapa otot mata.

e. Saraf Kranial V : Trigeminal

Trigeminal merupakan saraf sensori dan saraf motorik.

Sensori berfungsi menerima rangsangan dari wajah untuk diproses di otak sebagai sentuhan.

Motorik berfungsi menggerakkan rahang.

f. Saraf Kranial VI : Abduksen

Abduksen sebagai saraf motorik yang berfungsi Abduksi dari mata.

g. Saraf Kranial VII : Fasial

Fasial merupakan saraf sensori dan saraf motorik.

Sensorik berfungsi menerima rangsang dari bagian anterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa.

Motorik berfungsi mengendalikan otot wajah untuk menciptakan ekspresi wajah.

h. Saraf Kranial VIII : Vestibulokoklear

Vestibulokoklear merupakan dua saraf sensori yang berfungsi untuk mengendalikan keseimbangan oleh sensor vestibular, dan menerima rangsang untuk diproses di otak sebagai suara oleh sensor koklear.

i. Saraf Kranial IX Glossofaringeal

Glasofaringeal merupakan saraf sensori dan motorik.

Sensori berfungsi menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa.

Motorik berfungsi mengendalikan organ-organ dalam.

j. Saraf Kranial X : Vagus

Vagus merupakan saraf sensori dan motorik.

Sensori

berfungsi menerima rangsang dari organ dalam.

Motorik berfungsi mengendalikan organ-organ dalam.

k. Saraf Kranial XI : Aksesori

Aksesori merupakan saraf motorik berfungsi mengendalikan pergerakan kepala.

l. Saraf Kranial XII : Hipoglosal

Hipoglosal merupakan saraf motorik berfungsi mengendalikan pergerakan lidah.

7. Sistem Saraf Otonom

Sistem saraf otonom mengatur kerja jaringan dan organ tubuh yang tidak disadari atau yang tidak dipengaruhi oleh kehendak manusia. Jaringan dan organ tubuh yang diatur oleh sistem saraf otonom adalah pembuluh darah dan jantung.

Sistem saraf otonom terdiri atas sistem saraf simpatik dan sistem saraf parasimpatik.

a. Sistem saraf simpatik

Disebut juga sistem saraf torakolumbar, karena saraf preganglion keluar dari tulang belakang toraks ke-1 sampai dengan ke-12. Sistem saraf ini berupa 25 pasang ganglion atau simpul saraf yang terdapat di sumsum tulang belakang.

Fungsi dari sistem saraf simpatik adalah sebagai berikut.

- 1) Mempercepat denyut jantung.
- 2) Memperlebar pembuluh darah.
- 3) Memperlebar bronkus.
- 4) Mempertinggi tekanan darah.
- 5) Memperlambat gerak peristaltik.
- 6) Memperlebar pupil.
- 7) Menghambat sekresi empedu.
- 8) Menurunkan sekresi ludah.
- 9) Meningkatkan sekresi adrenalin.

b. Sistem saraf parasimpatik

Disebut juga dengan sistem saraf kraniosakral, karena saraf preganglion keluar dari daerah otak dan daerah sakral. Susunan saraf parasimpatik berupa jaringan yang berhubungan dengan ganglion yang tersebar di seluruh tubuh. Urat sarafnya menuju ke organ tubuh yang dikuasai oleh susunan saraf simpatik. Sistem saraf parasimpatik memiliki fungsi yang berkebalikan dengan fungsi sistem saraf simpatik.

C. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembelajaran bagian ini, diharapkan mahasiswa dapat:

1. Memiliki pengetahuan tentang saraf kranial
2. Terampil dalam melakukan pemeriksaan fungsi saraf kranial
3. Mengidentifikasi fungsi saraf kranial yang normal

D. Skenario

Seorang perempuan berusia 57 tahun dirawat sejak tadi pagi karena mengalami kelumpuhan pada anggota kerak bagian kiri ketika bangun dari tidur. Hasil pengkajian didapatkan data pasien memiliki riwayat sakit hipertensi sudah sejak usia 45 tahun. Tekanan darah 150/100 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi nafas 16 x/menit. Untuk melengkapi hasil pengkajian, lakukan pemeriksaan terhadap fungsi saraf kranial pada pasien tersebut.

Strategi dapat saudara gunakan dalam menyelesaikan bagian ini, diantaranya:

1. Buatlah kelompok dengan anggota minimal 3 orang, yang secara bergantian nanti akan berperan sebagai pasien, pemeriksa, dan pengamat.
2. Pahami dengan baik kemampuan akhir yang harus saudara capai.
3. Bacalah dan pahami skenario yang ada.
4. Siapkan peralatan yang diperlukan.
5. Lakukan tindakan sesuai dengan urutan prosedur tindakan.
6. Lakukan penilaian dengan pengamatan menggunakan check-list yang tersedia.
7. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda "√" pada kolom "Ya".

E. Prosedur Tindakan

1. Lakukan cuci tangan
2. Identifikasi pasien yang meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, serta nomor register
3. Kenalkan nama saudara dan apa yang akan saudara lakukan
4. Jelaskan tujuan pemeriksaan dan apa yang harus dilakukan pasien
5. Lakukan pemeriksaan nervus I (Olfactory)
 - Test pemeriksaan, klien tutup mata dan minta klien mencium benda yang baunya mudah dikenal seperti sabun, tembakau, kopi dan sebagainya.
 - Bandingkan dengan hidung bagian kiri dan kanan.
6. Lakukan nervus II (Optikus)
 - Fungsi aktifitas visual dan lapang pandang
 - Test aktifitas visual, tutup satu mata klien kemudian suruh baca dua baris di koran, ulangi untuk satunya.
 - Test lapang pandang, klien tutup mata kiri, pemeriksa di kanan, klien memandang hidung pemeriksa yang memegang pena warna cerah, gerakkan perlahan obyek tersebut, informasikan agar klien langsung memberitahu klien melihat benda tersebut, ulangi mata kedua.
7. Lakukan nervus III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlear dan Abducens)
 - Fungsi koordinasi gerakan mata dan kontriksi pupil mata (N III).
 - Test N III (respon pupil terhadap cahaya), menyorotkan senter kedalam tiap pupil mulai menyinari dari arah belakang dari sisi klien dan sinari satu mata (jangan keduanya), perhatikan kontriksi pupil kena sinar.
 - Test N IV, kepala tegak lurus, letakkan obyek kurang lebih 60 cm sejajar midlinemata, gerakkanobyekkearahkanan. Observasiadanyadeviiasi bolamata, diplopia, nistagmus.
 - Test N VI, minta klien untuk melihat kearah kiri dan kanan tanpa menengok.
8. Lakukan pemeriksaan nervus V (Trigemimus)

- Fungsi sensasi, caranya : dengan mengusap pilihan kapas pada kelopak mata atas dan bawah.
Refleks kornea langsung maka gerakan mengedip ipsilateral. Refleks kornea consensual maka gerakan mengedip kontralateral.

Usap pula dengan pilihan kapas pada maxilla dan mandibula dengan mata klien tertutup. Perhatikan apakah klien merasakan adanya sentuhan.

- Fungsi motorik, caranya : klien disuruh mengunyah, pemeriksa melakukan palpasi pada otot temporal dan masseter.

9. Lakukan pemeriksaan nervus VII (Facialis)

- Fungsi sensasi, kaji sensasi rasa bagian anterior lidah, terhadap asam, manis, asin pahit. Klien tutup mata, usapkan larutan berasa dengan kapas/teteskan, klien tidak boleh menarik masuk lidahnya karena akan merangsang pula sisi yang sehat.
- Otonom, lakrimasi dan salivasi
- Fungsi motorik, kontrol ekspresi muka dengan cara meminta klien untuk : tersenyum, mengerutkan dahi, menutup mata sementara pemeriksa berusaha membukanya

10. Lakukan pemeriksaan nervus VIII (Acustikus)

- Fungsi sensoris :
 - Cochlear (mengkaji pendengaran), tutup satu telinga klien, pemeriksa berbisik di satu telinga lain, atau menggesekkan jari bergantian kanan-kiri.
 - Vestibulator (mengkaji keseimbangan), klien diminta berjalan lurus, apakah dapat melakukan atau tidak.

11. Lakukan pemeriksaan nervus IX (Glossopharyngeal) dan nervus X (Vagus)

- N IX, mempersarafi perasaan mengecap pada 1/3 posterior lidah, tapi bagian ini sulit di test demikian pula dengan M. Stylopharyngeus. Bagian parasimpatik N IX mempersarafi M. Salivarius inferior.
- N X, mempersarafi organ viseral dan thoracal, pergerakan ovula, palatum lunak, sensasi pharynx, tonsil dan palatum lunak.
- Test : inspeksi gerakan ovula (saat klien menguapkan "ah") apakah simetris dan tertarik keatas.
- Refleks menelan : dengan cara menekan posterior dinding pharynx dengan tong spatel, akan terlihat klien seperti menelan.

12. Lakukan pemeriksaan nervus XI (Accessorius)

- Klien disuruh menoleh kesamping melawan tahanan. Apakah Sternocleidomastodeus dapat terlihat ? apakah atrofi ? kemudian palpasi kekuatannya.
- Minta klien mengangkat bahu dan pemeriksa berusaha menahan test otot trapezius.

13. Lakukan pemeriksaan nervus XII (Hypoglossus)

- Mengkaji gerakan lidah saat bicara dan menelan
- Inspeksi posisi lidah (normal, asimetris / deviasi)
- Keluarkan lidah klien (oleh sendiri) dan masukkan dengan cepat dan minta untuk menggerakkan ke kiri dan ke kanan.

F. Daftar Penilaian Tindakan Pemeriksaan Saraf Kranial

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan		
2	Melakukan identifikasi klien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir		
3	Memperkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara		
4	Menjelaskan mengapa klien perlu dilakukan pemeriksaan saraf kranial		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan dan apa yang harus dilakukan klien		
6	Meminta persetujuan pasien		
7	Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan		
8	Mengatur posisi pasien		
9	Menguji fungsi saraf kranial I (Nervus Olfactorius)		
10	Menguji fungsi saraf kranial II (Nervus Optikus)		
11	Menguji fungsi saraf kranial III (Nervus Okulomotorius)		
12	Menguji fungsi saraf kranial IV (Nervus Trochlearis)		
13	Menguji fungsi saraf kranial V (Nervus Trigeminal)		
14	Menguji fungsi saraf kranial VI (Nervus Abducen)		
15	Menguji fungsi saraf kranial VII (Nervus Facialis)		
16	Menguji fungsi saraf kranial VIII (Nervus Vestibulocochlearis)		
17	Menguji fungsi saraf kranial IX (Nervus Glasofaringeus)		
18	Menguji fungsi saraf kranial X (Nervus Vagus)		
19	Menguji fungsi saraf kranial XI (Nervus Acesoris)		
20	Menguji fungsi saraf kranial XII (Nervus Hipoglosus)		
21	Menilai hasil pemeriksaan dengan benar		
22	Merapikan pasien dan minta pasien untuk istirahat kembali		
23	Mengakhiri tindakan dengan salam		
24	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Bagian – 10

Pemeriksaan Refleks

A. Pendahuluan

Refleks sangat penting untuk pemeriksaan keadaan fisis secara umum, fungsi nervus, dan koordinasi tubuh. Dari refleks atau respon yang diberikan oleh anggota tubuh ketika sesuatu mengenainya dapat diketahui normal tidaknya fungsi dalam tubuh.

Bagian dasar setiap kegiatan refleks terpadu adalah lengkung refleks.

B. Beberapa Pengertian dan Istilah Tentang Refleks

1. Mekanisme refleks

- a. Gerak refleks adalah gerak yang dihasilkan oleh jalur saraf yang paling sederhana. Jalur saraf ini dibentuk oleh sekuen neuron sensor, interneuron, dan neuron motor, yang mengalirkan impuls saraf untuk tipe refleks tertentu. Gerak refleks yang paling sederhana hanya memerlukan dua tipe sel saraf yaitu neuron sensor dan neuron motor.
- b. Gerak refleks disebabkan oleh rangsangan tertentu yang biasanya mengejutkan dan menyakitkan. Misalnya bila kaki menginjak paku, secara otomatis kaki akan ditarik dan akan berteriak. Refleks juga terjadi ketika membaui makanan enak, akan keluar air liur tanpa disadari.
- c. Gerak refleks terjadi apabila rangsangan yang diterima oleh saraf sensor langsung disampaikan oleh neuron perantara /neuron penghubung. Hal ini berbeda sekali dengan mekanisme gerak biasa.
- d. Gerak biasa rangsangan akan diterima oleh saraf sensor dan kemudian disampaikan langsung ke otak, kemudian dari otak akan dikeluarkan perintah ke saraf motorik sehingga terjadilah gerakan.

2. Aktivitas refleks

- a. Jalur-jalur saraf yang berperan dalam pelaksanaan aktivitas refleks dikenal sebagai lengkung refleks yang terdiri dari alat indra, serat saraf aferen, satu atau lebih sinaps yang terdapat di susunan saraf pusat atau di ganglion simpatis, serat saraf eferen, dan efektor. Pada manusia, hubungan / sinaps antara neuron somatik aferen dan eferen terdapat di otak atau medulla spinalis. Serat neuron aferen masuk susunan saraf pusat melalui radikulus dorsalis medulla spinalis atau melalui saraf kranialis, sedangkan badan selnya akan terdapat di ganglion-ganglion homolog nervi kranialis atau melalui saraf kranial yang sesuai. Kenyataan radikulus dorsalis medulla spinalis bersifat sensorik dan radikulus ventralis bersifat motorik dikenal sebagai hukum Bell-Magendie.
- b. Kegiatan pada lengkung refleks dimulai di reseptor sensor, sebagai potensial reseptor yang besarnya sebanding dengan kuatnya rangsang. Potensial reseptor ini akan membangkitkan potensial aksi yang bersifat gagal atau tuntas di saraf aferen. Frekuensi potensial aksi yang terbentuk akan sebanding dengan besarnya potensial generator. Di sistem saraf pusat (SSP), terjadi lagi respons yang besarnya sebanding dengan kuat rangsang, berupa potensial eksitasi pascasinaps (Excitatory Postsynaptic Potential=EPSP) dan potensial inhibisi pascasinaps (Inhibitory Postsynaptic Potential=IPSP) di sinaps. Respon yang timbul di serat eferen juga berupa respons yang bersifat gagal atau tuntas. Bila potensial aksi ini sampai di efektor, terjadi lagi respons yang besarnya sebanding dengan kuatnya rangsang.
- c. Bila efekturnya berupa otot polos, akan terjadi sumasi respons sehingga dapat mencetuskan potensial aksi di otot polos. Akan tetapi, di efektor yang berupa otot

rangka, respons bertahap tersebut selalu cukup besar untuk mencetuskan potensial aksi yang mampu menghasilkan kontraksi otot.

- d. Lengkung reflex paling sederhana adalah lengkung reflex yang mempunyai satu sinaps antara neuron aferen dan eferen. Lengkung reflex semacam itu dinamakan monosinaptik, dan reflex yang terjadi disebut reflex monosinaptik. Lengkung reflex yang mempunyai lebih dari satu interneuron antara neuron aferen dan eferen dinamakan polisinaptik, dan jumlah sinapsnya antara 2 sampai beberapa ratus. Pada kedua jenis lengkung reflex, terutama pada lengkung reflex polisinaptik, kegiatan refleksnya dapat dimodifikasi oleh adanya fasilitas spasial dan temporal, oklusi, efek penggiatan bawah ambang (subliminal fringe), dan oleh berbagai efek lain.
- e. Bila suatu otot rangka dengan persarafan yang utuh diregangkan, akan timbul kontraksi yang disebut reflex renggang. Rangsangannya adalah regangan pada otot, dan responnya berupa kontraksi otot yang diregangkan. Reseptornya adalah kumparan otot (muscle spindle). Impuls yang timbul akibat peregangannya kumparan otot yang dihantarkan ke SSP melalui serat-serat sensori cepat yang langsung bersinaps dengan neuron motorik otot yang teregang itu. Neurotransmitter di sinaps yang berada di SSP ini adalah glutamate. Reflex-refleks regang merupakan contoh reflex monosinaptik yang paling dikenal dan paling banyak diteliti. Jika suatu otot keseluruhan diregangkan secara pasif, serat-serat intrafusal di dalam gelendong-gelendong otot juga teregang, terjadi peningkatan pembentukan potensial aksi di serat-saraf aferen yang ujung-ujung sensorinya berakhir di serat-serat gelendong yang teregang tersebut. Neuron aferen secara langsung bersinaps dengan neuron motorik alfa yang mempersarafi serat-serat ektrafusal otot yang sama, sehingga terjadi kontraksi otot itu. Refleks regang (stretch reflex) ini berfungsi sebagai mekanisme umpan balik negative untuk menahan setiap perubahan pasif panjang otot sehingga panjang optimal dapat dipertahankan.
- f. Contoh klasik reflex regang adalah reflex tendon patella atau knee-jerk reflex. Otot-otot ekstensor lutut adalah kuadriseps femoris, yang membentuk anterior paha dan melekat ketibia (tulang kering) tepat di bawah lutut melalui tendon patella. Pengetukan tendon ini dengan sebuah palu karet akan secara pasif meregangkan otot-otot kuadriseps dan mengaktifkan reseptor-reseptor gelendongnya. Reflex regang yang terjadi menimbulkan kontraksi otot ekstensor ini, sehingga lutut mengalami ekstensi dan mengangkat tungkai bawah dengan cara yang khas. Pemeriksaan ini dilakukan secara rutin sebagai penilaian pendahuluan fungsi system saraf. Reflex patella yang normal mengindikasikan bahwa sejumlah komponen saraf dan otot-gelendong otot, masukan aferen, neuron motorik, keluaran eferen taut neuromuskulus, dan otot itu sendiri berfungsi normal. Reflex ini juga mengindikasikan adanya keseimbangan antara masukan eksitatorik dan inhibitorik ke neuron motorik dari pusat-pusat yang lebih tinggi di otak.
- g. Tujuan utama reflex regang adalah menahan kecenderungan peregangannya pasif otot-otot ekstensor yang ditimbulkan oleh gaya gravitasi ketika seseorang berdiri tegak. Setiap kali sendi lutut cenderung melengkung akibat gravitasi, otot-otot kuadriseps teregang. Kontraksi yang terjadi pada otot ekstensor ini akibat reflex regang dengan cepat meluruskan lutut, menahan tungkai tetap terkstensi, sehingga orang yang bersangkutan tetap berdiri tegak.
- h. Refleks regangan dapat dibagi menjadi dua komponen yaitu refleks peregangannya dinamis dan reflex regangan statis. Dinamis adalah menimbulkan refleks regangan oleh menimbulkan sinyal dinamis ditularkan dari indra utama akhirnya dari spindle otot, yang disebabkan oleh peregangannya cepat atau un-stretch, yang artinya ketika tiba-tiba otot diregangkan atau teregang, sinyal kuat ditularkan ke sumsum tulang belakang. Refleks regangan yang dinamis berakhir dalam fraksi

detik setelah otot telah menggeliat (atau awalnya) untuk panjang baru, tetapi kemudian yang lebih lemah statis refleks regangan terus untuk waktu yang lama setelahnya. Refleks ini diperoleh oleh statis terus-menerus sinyal reseptor ditularkan oleh kedua awal dan akhir. Pentingnya peregangan statis

refleks adalah bahwa hal itu menyebabkan tingkat kontraksi otot tetap cukup konstan, kecuali jika sistem saraf seseorang secara spesifik kehendak sebaliknya.

- i. Refleks cahaya pada pupil adalah refleks yang mengontrol diameter pupil, sebagai tanggapan terhadap intensitas pencahayaan yang jatuh pada retina mata. Intensitas cahaya yang lebih besar menyebabkan pupil menjadi lebih kecil sehingga akan berkurang cahaya yang masuk, sedangkan intensitas cahaya yang lebih rendah menyebabkan pupil menjadi lebih besar sehingga akan banyak cahaya yang masuk.
- j. Refleks kornea, juga dikenal sebagai refleks berkedip, adalah tanpa sadar kelopak mata berkedip dari yang diperoleh oleh stimulasi, seperti menyentuh atau benda asing dari kornea, atau cahaya terang, meskipun bisa akibat dari rangsangan perifer. Harus membangkitkan rangsangan baik secara langsung dan respons konsensual tanggapan dari mata sebaliknya. Refleks berlangsung cepat sekitar 0,1 detik. Tujuan evolusioner refleks ini adalah untuk melindungi mata dari benda asing dan lampu terang dan dikenal sebagai refleks optik.
- k. Refleks biseps adalah tes refleks yang mempelajari fungsi dari refleks C5 busur dan untuk mengurangi refleks C6 derajat busur. Tes ini dilakukan dengan menggunakan sebuah tendon palu untuk dengan cepat menekan tendon biceps brachii saat melewati kubiti fossa. Secara spesifik, tes mengaktifkan reseptor di dalam peregangan otot bisep brachii yang berkomunikasi terutama dengan C5 dan sebagian saraf tulang belakang dengan saraf tulang belakang C6 untuk merangsang kontraksi refleks dari otot biseps dan menyentak lengan bawah.

C. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan bagian ini, diharapkan mahasiswa dapat:

1. Mengidentifikasi berbagai macam refleks fisiologis dan refleks patologis
2. Melakukan pemeriksaan refleks fisiologis dan refleks patologis
3. Melaporkan hasil pemeriksaan refleks fisiologis dan refleks patologis

D. Skenario

Seorang perempuan berusia 41 tahun dirawat karena mengeluh sering merasa kesemutan. Hasil pengkajian didapatkan data pasien tidak memiliki riwayat diabetes dan baru pertama kali ini dirawat.

Tekanan darah 130/95 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi nafas 16x/menit. Untuk melengkapi data, lakukan pemeriksaan refleks fisiologis dan refleks patologis pada pasien tersebut.

E. Prosedur Tindakan

1. Persiapan Alat
 - a. Sarung tangan
 - b. Hammer refleks
 - c. Kapas
 - d. Ballpoint dan lembar catatan
2. Pelaksanaan Tindakan
 - a. Lakukan cuci tangan dan memakai sarung tangan
 - b. Identifikasi pasien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, serta nomor register
 - c. Kenalkan nama saudara dan jelaskan kegiatan yang akan dilakukan
 - d. Atur posisi tidur pasien yang nyaman
 - e. Lakukan pemeriksaan refleks bisep, dengan cara fleksikan siku pasien dengan

posisi telapak tangan menghadap keatas, letakkan ibu jari tangan kiri diatas tendon bisep pasien, kemudian lakukan perkusi pada ibu jari pemeriksa dengan refleks hammer, dan amati adanya fleksi ringan yang normal pada siku serta rasakan kontraksi otot bisep

- f. Lakukan pemeriksaan refleks trisep, dengan cara fleksikan siku pasien dan sangga lengan pasien dengan tangan non-dominan, kemudian palpasi tendon trisep sekitar 2-5 cm di atas siku, dan lakukan perkusi dengan refleks hammer pada tendon tersebut, serta amati adanya ekstensi lengan yang normal pada siku
- g. Lakukan pemeriksaan refleks brakioradialis, dengan cara letakkan lengan pasien dalam posisi istirahat – pronasi, ketukkan refleks hammer secara langsung pada radius 2 – 5 cm di atas pergelangan tangan atau processus stiloideus, dan amati adanya gerakan fleksi dan supinasi normal pada lengan pasien, dan jari-jari tangan sedikit ekstensi
- h. Lakukan pemeriksaan refleks patela, dengan cara tentukan lokasi tendon patela yang berada tepat dibawah patela (tempurung lutut), kemudian ketukkan refleks hammer langsung pada tendon patela, dan amati adanya ekstensi kaki
- i. Lakukan pemeriksaan refleks achilles, dengan cara dorsofleksikan sedikit pergelangan kaki pasien dengan menopang kaki pasien pada tangan pemeriksa, kemudian ketukkan refleks hammer pada tendon achilles tepat di atas tumit, dan amati dan rasakan plantar fleksi normal pada kaki pasien
- j. Lakukan pemeriksaan refleks abdominal, dengan cara posisikan pasien supine dan buka area abdomen, goreskan sikat pemeriksa secara vertikal, horizontal, dan diagonal pada daerah epigastrik sampai umbilikus, kemudian perhatikan adanya kontraksi dinding abdomen (normal)
- k. Lakukan pemeriksaan refleks plantar (Babinski), dengan cara gores tepi lateral telapak kaki pasien mulai dari tumit melengkung sampai pangkal ibu jari dengan menggunakan bagian jarum dari refleks hammer, dan amati adanya gerakan dorsofleksi dari ibu jari yang diikuti fanning / pengembangan dari jari-jari, yang berarti refleks Babinski (+)
- l. Lakukan pemeriksaan refleks primitif bayi:
 - 1) Sucking refleks, dengan cara berikan sentuhan pada bibir, dan amati respon gerakan bibir, lidah, dan rahang bawah seolah-olah menyusui
 - 2) Snout refleks, dengan cara berikan ketukan pada bibir atas, dan amati adanya kontraksi otot-otot di sekitar bibir / dibawah hidung
 - 3) Grasp refleks, dengan cara lakukan penekanan / penempatan jari pemeriksa pada telapak tangan pasien, dan amati adanya respon tangan pasien mengepal
- m. Rapikan pasien dan alat yang digunakan
- n. Informasikan hasil pemeriksaan
- o. Lakukan cuci tangan
- p. Catat hasil pemeriksaan pada catatan perawatan

F. Daftar Penilaian Tindakan Pemeriksaan Refleks

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan		
2	Melakukan identifikasi klien		
3	Memperkenalkan diri		
4	Menjelaskan tujuan klien perlu dilakukan pemeriksaan saraf kranial		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan		
6	Meminta persetujuan pasien		
7	Mengatur posisi pasien		
8	Melakukan pemeriksaan refleks bisep		
9	Melakukan pemeriksaan refleks trisep		
10	Melakukan pemeriksaan refleks brakioradialis		
11	Melakukan pemeriksaan refleks patela		
12	Melakukan pemeriksaan refleks achilles		
13	Melakukan pemeriksaan refleks abdominal		
14	Melakukan pemeriksaan refleks plantar (Babinski)		
	Pemeriksaan refleks primitif bayi:		
15	Melakukan pemeriksaan refleks Sucking		
16	Melakukan pemeriksaan refleks Snout		
17	Melakukan pemeriksaan refleks Graps		
18	Menilai hasil pemeriksaan dengan benar		
19	Merapikan pasien dan minta pasien untuk istirahat kembali		
20	Mengakhiri tindakan dengan salam		
21	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Bagian – 11

Pemeriksaan Kekuatan Otot

A. Pendahuluan

Bagian ini memberikan pemahaman tentang kekuatan otot dan melatih keterampilan dalam memeriksa kekuatan otot. Hasil pemeriksaan merupakan bagian dari data yang digunakan untuk merumuskan masalah pasien dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

B. Pengertian Dasar Tentang Kekuatan Otot

Kekuatan otot adalah kemampuan sekelompok otot untuk melakukan kontraksi yang beruntun atau berulang-ulang terhadap suatu beban submaksimal dalam jangka waktu tertentu. Dalam asuhan keperawatan, pemeriksaan kekuatan otot dilakukan untuk mengetahui apakah pasien memungkinkan untuk melakukan aktifitas dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari.

Hasil pemeriksaan kekuatan otot dideskripsikan seperti dalam tabel berikut:

Hasil Pemeriksaan	Skala
Paralisis / Kelumpuhan total	0
Tidak ada gerakan, teraba / terlihat adanya kontraksi otot	1
Ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi / pasien hanya mampu melakukan gerakan mengeser	2
Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan / melawan tahanan pemeriksa	3
Bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang	4
Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal	5

C. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembelajaran praktika diharapkan mahasiswa dapat:

1. Memiliki pengetahuan tentang pemeriksaan kekuatan otot.
2. Melakukan pemeriksaan kekuatan otot dengan benar.
3. Mengidentifikasi hasil pemeriksaan kekuatan otot dengan benar.

D. Skenario

Seorang laki-laki berusia 49 tahun dirawat dengan keluhan mengalami kelumpuhan pada anggota badan yang sebelah kiri. Hasil pengkajian didapatkan data mengeluh tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri sejak tadi malah sehabis bangun tidur. Klien tidak memiliki riwayat diabetes dan hipertensi.

Untuk melengkapi hasil pengkajian, lakukan pemeriksaan kekuatan otot pada pasien tersebut.

Strategi dapat saudara gunakan dalam menyelesaikan bagian ini, diantaranya:

1. Buatlah kelompok dengan anggota minimal 3 orang, yang secara bergantian nanti akan berperan sebagai pasien, pemeriksa, dan pengamat.
2. Pahami dengan baik kemampuan akhir yang harus saudara capai.
3. Bacalah dan pahami skenario yang ada.
4. Siapkan peralatan yang diperlukan.
5. Lakukan tindakan sesuai dengan urutan prosedur tindakan.
6. Lakukan penilaian dengan pengamatan menggunakan check-list yang tersedia.
7. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda “√” pada kolom “Ya”.

E. Prosedur Tindakan

1. Persiapan Alat

- a. Sarung tangan
- b. Penggaris
- c. Ballpoint
- d. Catatan

2. Pelaksanaan Tindakan

- a. Lakukan cuci tangan dan kenakan sarung tangan
- b. Identifikasi pasien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, serta nomor register
- c. Kenalkan nama saudara dan jelaskan kegiatan yang akan dilakukan
- d. Atur posisi tidur pasien yang nyaman
- e. Amati struktur rangka dan perhatikan adanya kelainan dan deformitas
- f. Amati adanya kontraktur dengan meminta pasien untuk menggerakkan persendian ekstremitas
- g. Minta pasien untuk merentangkan kedua lengan kedepan, amati adanya tremor, ukuran otot (atrofi/hipertrofi), serta ukur lingkaran ekstremitas. Adanya perbedaan > 1 cm dianggap bermakna
- h. Lakukan palpasi otot untuk memeriksa apakah ada kelainan otot
- i. Lakukan pemeriksaan otot Sternokleidomastoideus, dengan cara minta pasien menengok ke salah satu sisi dengan melawan tahanan tangan pemeriksa
- j. Lakukan pemeriksaan otot trapezius, dengan cara letakkan kedua tangan pada bahu pasien, dan minta pasien menaikkan bahu melawan tahanan tangan pemeriksa
- k. Lakukan pemeriksaan otot Deltoideus, dengan cara minta pasien mengangkat kedua lengan dan melawan dorongan tangan pemeriksa ke arah bawah
- l. Lakukan pemeriksaan otot panggul, dengan cara posisikan pasien telentang dengan kedua tungkai ekstensi, kemudian minta pasien mengangkat salah satu tungkai, dan dorong tungkai kebawah
- m. Lakukan pemeriksaan abduksi panggul, dengan cara posisikan pasien telentang dengan kedua tungkai ekstensi, kemudian letakkan kedua tangan pada permukaan lateral masing-masing lutut pasien, dan minta pasien untuk meregangkan kedua tungkai melawan tahanan pemeriksa
- n. Lakukan pemeriksaan adduksi panggul, dengan cara posisikan pasien telentang dengan kedua tungkai ekstensi, kemudian letakkan kedua tangan diantara kedua lutut pasien, dan minta pasien untuk merapatkan kedua tungkai melawan tahanan pemeriksa
- o. Lakukan pemeriksaan bisep, dengan cara minta pasien untuk merentangkan kedua lengan dan anjurkan untuk menekuknya, tahan lengan agar tetap ekstensi
- p. Lakukan pemeriksaan trisep, dengan cara minta pasien menekuk kedua lengan dan mencoba merentangkannya melawan usaha pemeriksa untuk membuat lengan pasien tetap fleksi
- q. Lakukan pemeriksaan otot pergelangan tangan dan jari-jari, dengan cara minta pasien meregangkan kelima jari dan melawan usaha pemeriksa untuk mengumpulkan kelima jari
- r. Lakukan pemeriksaan kekuatan genggam, dengan cara minta pasien menggenggam jari telunjuk dan jari tengah pemeriksa, kemudian tarik kedua jari dari genggamannya pasien
- s. Lakukan pemeriksaan *Hamstring*, dengan cara posisikan pasien telentang dengan kedua lutut ditekuk, kemudian minta pasien meluruskan tungkainya melawan tahanan pemeriksa
- t. Lakukan pemeriksaan kuadrisep, dengan cara posisikan pasien telentang dengan

lutut setengah ekstensi, minta pasien untuk menahan usaha pemeriksa memfleksikan lutut

- u. Lakukan pemeriksaan otot mata kaki dan kaki, dengan cara minta pasien melawan usaha pemeriksa untuk mendorsofleksikan kakinya dan kembali melawan usaha pemeriksa untuk menfleksikan kakinya
- v. Rapikan pasien dan alat yang digunakan
- w. Informasikan hasil pemeriksaan kepada pasien
- x. Lakukan cuci tangan
- y. Catat hasil pemeriksaan pada catatan keperawatan

F. Daftar Penilaian Tindakan Pemeriksaan Kekuatan Otot

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan		
2	Mengidentifikasi klien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, nomor register		
	Memperkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara		
3	Menjelaskan tujuan pemeriksaan dan apa yang harus dilakukan klien		
4	Mengatur posisi tidur pasien yang nyaman		
5	Mengamati struktur rangka dan perhatikan adanya kelainan dan deformitas		
6	Mengamati adanya kontraktur dengan meminta pasien untuk menggerakkan persendian ekstremitas		
7	Meminta pasien untuk merentangkan kedua lengan kedepan, amati adanya tremor, ukuran otot (atrofi/hipertrofi), serta mengukur lingkaran ekstremitas.		
8	Melakukan palpasi otot untuk memeriksa apakah ada kelainan otot		
9	Melakukan pemeriksaan otot Sternokleidomastoideus		
10	Melakukan pemeriksaan otot trapezius		
11	Melakukan pemeriksaan otot Deltoideus		
12	Melakukan pemeriksaan otot panggul		
13	Melakukan pemeriksaan abduksi panggul		
14	Melakukan pemeriksaan aduksi panggul		
15	Melakukan pemeriksaan bisep		
16	Melakukan pemeriksaan trisep		
17	Melakukan pemeriksaan otot pergelangan tangan dan jari-jari		
18	Melakukan pemeriksaan kekuatan genggam		
19	Melakukan pemeriksaan <i>Hamstring</i>		
20	Melakukan pemeriksaan kuadrisep		
21	Melakukan pemeriksaan otot mata kaki dan kaki		
22	Merapikan pasien dan alat yang digunakan		
23	Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada pasien		
24	Melakukan cuci tangan		
25	Mencatat hasil pemeriksaan pada catatan keperawatan		

Observer,

Bagian – 12

Pengukuran Rentang Gerak / Range of Motion

A. Pendahuluan

Bagian ini memberikan pemahaman dan melatih keterampilan didalam melakukan pemeriksaan rentang gerak sendi yang merupakan bagian dari kegiatan perawat dalam melakukan pengkajian. Dalam asuhan keperawatan, data ini penting untuk diidentifikasi sehingga perawat dapat menentukan masalah pasien dengan tepat dan dapat menentukan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

B. Pengertian Dasar Tentang Rentang Gerak

Rentang gerak sendi yang dikenal dengan istilah Range of motion (ROM) adalah gerakan yang dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan (Suratun, dkk, 2008). ROM merupakan jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potongan tubuh, yaitu sagital, transversal, dan frontal. Potongan sagital adalah garis yang melewati tubuh dari depan ke belakang, membagi tubuh menjadi bagian kiri dan kanan. Potongan frontal melewati tubuh dari sisi ke sisi dan membagi tubuh menjadi bagian depan ke belakang. Potongan transversal adalah garis horizontal yang membagi tubuh menjadi bagian atas dan bawah. Mobilisasi sendi disetiap potongan dibatasi oleh ligamen, otot, dan konstruksi sendi. Beberapa gerakan sendi adalah spesifik untuk setiap potongan. Pada potongan sagital, gerakannya adalah fleksi dan ekstensi (jari-jari tangan dan siku) dan hiperekstensi (pinggul). Pada potongan frontal, gerakannya adalah abduksi dan adduksi (lengan dan tungkai) dan eversidan inversi (kaki). Pada potongan transversal, gerakannya adalah pronasi dan supinasi (tangan), rotasi internal dan eksternal (lutut), dan dorsifleksi dan plantarfleksi (kaki).

Ketika melakukan pengkajian terhadap rentang gerak, perlu dikembangkan dengan beberapa pertanyaan dan dilakukan observasi terkait data tentang kekakuan sendi, pembengkakan, nyeri, keterbatasan gerak, dan gerakan yang tidak sama. Klien yang memiliki keterbatasan mobilisasi sendi karena penyakit, ketidakmampuan, atau trauma membutuhkan latihan sendi untuk mengurangi bahaya imobilisasi. Latihan tersebut dilakukan oleh fisioterapis atau perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

Rentang gerak sendi (ROM) terdiri dari gerakan-gerakan pada persendian yang oleh Potter & Perry (2005) diuraikan sebagai berikut:

1. Leher, Spina, Servikal

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menggerakkan dagu menempel ke dada,	rentang 45°
Ekstensi	Mengembalikan kepala ke posisi tegak,	rentang 45°
Hiperekstensi	Menekuk kepala ke belakang sejauh mungkin,	rentang 40-45°
Fleksi lateral	Memiringkan kepala sejauh mungkin kearah setiap bahu,	rentang 40-45°
Rotasi	Memutar kepala sejauh mungkin dalam gerakan sirkuler,	rentang 180°

2. Bahu

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menaikan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi di atas kepala,	rentang 180°
Ekstensi	Mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh,	rentang 180°

Hiperektensi	Mengerkan lengan kebelakang tubuh, siku tetap lurus,	rentang 45-60°
Abduksi	Menaikan lengan ke posisi samping diatas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala,	rentang 180°
Adduksi	Menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin,	rentang 320°
Rotasi dalam	Dengansikupleksi, memutarbahudengan menggerakan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang,	rentang 90°
Rotasi luar	Dengan siku fleksi, menggerakan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala,	rentang 90°
Sirkumduksi	Menggerakan lengan dengan lingkaran penuh,	rentang 360°

3. Siku

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menggerakkan siku sehingga lengan bahu bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar bahu,	rentang 150°
Ektensi	Meluruskan siku dengan menurunkan tangan,	rentang 150°

4. Lengan bawah

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Supinasi	Memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas,	rentang 70-90°
Pronasi	Memutar lenganbawahsehinggatelapak tangan menghadap ke bawah,	rentang 70-90°

5. Pergelangan tangan

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menggerakan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah,	rentang 80-90°
Ekstensi	Mengerakan jari-jari tangansehingga jari-jari, tangan, lengan bawah berada dalam arah yang sama,	rentang 80-90°
Hiperekstensi	Membawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh mungkin,	rentang 89-90°
Abduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari,	rentang 30°

Adduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari,	rentang 30-50°
---------	--	----------------

6. Jari- jari tangan

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Membuat genggaman,	rentang 90°
Ekstensi	Meluruskan jari-jari tangan,	rentang 90°

Hiperekstensi	Menggerakanjari-jaritangankebelakang sejauh mungkin,	rentang 30-60°
Abduksi	Meregangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain,	rentang 30°
Adduksi	Merapatkan kembali jari-jari tangan,	rentang 30°

7. Ibu jari

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Mengerakan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan,	rentang 90°
Ekstensi	menggerakan ibu jari lurus menjauh dari tangan,	rentang 90°
Abduksi	Menjauhkan ibu jari ke samping,	rentang 30°
Adduksi	Mengerakan ibu jari ke depan tangan,	rentang 30°
Oposisi	Menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama.	-

8. Pinggul

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Mengerakan tungkai ke depan dan atas,	rentang 90-120°
Ekstensi	Menggerakan kembali ke samping tungkai yang lain,	rentang 90-120°
Hiperekstensi	Mengerakan tungkai ke belakang tubuh,	rentang 30-50°
Abduksi	Menggerakan tungkai ke samping menjauhi tubuh,	rentang 30-50°
Adduksi	Mengerakantungkaikembali ke posisi media dan melebihi jika mungkin,	rentang 30-50°
Rotasi dalam	Memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain,	rentang 90°
Rotasi luar	Memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain,	rentang 90°
Sirkumduksi	Menggerakan tungkai melingkar	-

9. Lutut

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Mengerakan tumit ke arah belakang paha,	rentang 120-130°
Ekstensi	Mengembalikantungkai kelantai,	rentang 120-130°

10. Mata kaki

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Dorsifleksi	Menggerakan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke atas,	rentang 20-30°
Plantarfleksi	Menggerakan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke bawah,	rentang 45-50°

11. Kaki

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Inversi	Memutar telapak kaki ke samping dalam,	rentang 10°
Eversi	Memutar telapak kaki ke samping luar,	rentang 10°

12. Jari-Jari Kaki

Gerakan	Penjelasan	Rentang
Fleksi	Menekukkan jari-jari kaki ke bawah,	rentang 30-60°
Ekstensi	Meluruskan jari-jari kaki,	rentang 30-60°
Abduksi	Menggerakkan jari-jari kaki satu dengan yang lain,	rentang 15°
Adduksi	Merapatkan kembali bersama-sama,	rentang 15°

C. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan modul ini, diharapkan mahasiswa dapat:

1. Memiliki pemahaman yang baik tentang rentang gerak sendi.
2. Mengidentifikasi rentang gerak sendi pada klien.
3. Melakukan pencatatan dan pelaporan hasil pemeriksaan dengan benar.

D. Skenario

Seorang laki-laki berusia 26 tahun dirawat karena operasi pemasangan pen pada tulang lututnya. Hasil pengkajian diperoleh data tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi nafas 16 x/menit. Luka operasi sudah membaik, telah dilakukan angkat jahitan luka, dan pasien mengatakan: "Lutut saya kok rasanya kaku dan tidak bisa ditekuk ya?" Untuk memastikan keluhan tersebut, lakukan pemeriksaan rentang gerak sendi pada pasien tersebut.

E. Prosedur Tindakan

1. Persiapan Alat
 - a. Sarung tangan
 - b. Busur derajat
 - c. Penggaris
 - d. Ballpoint dan lembar catatan
2. Pelaksanaan Tindakan
 - a. Lakukan cuci tangan dan pakai sarung tangan
 - b. Identifikasi pasien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, serta nomor register
 - c. Jelaskan identitas dan tugas saudara
 - d. Jelaskan tujuan pemeriksaan yang akan dilakukan
 - e. Lakukan pemeriksaan rentang gerak sendi pada leher, spina, dan servikal dengan gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, fleksi lateral, dan rotasi
 - f. Lakukan pemeriksaan rentang gerak sendi bahu dengan gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, rotasi dalam, rotasi luar, dan sirkumduksi
 - g. Lakukan pemeriksaan rentang gerak sendi siku dengan gerakan fleksi dan ekstensi
 - h. Lakukan pemeriksaan rentang gerak lengan bawah dengan gerakan supinasi dan pronasi
 - i. Lakukan pemeriksaan rentang gerak pergelangan tangan dengan gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi
 - j. Lakukan pemeriksaan rentang gerak jari-jari tangan dengan gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, dan adduksi

- k. Lakukan pemeriksaan rentang gerak ibu jari tangan dengan gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, oposisi
- l. Lakukan pemeriksaan rentang gerak pinggul dengan gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, rotasi dalam, rotasi luar, dan sirkumduksi
- m. Lakukan pemeriksaan rentang gerak lutut dengan gerakan fleksi dan ekstensi
- n. Lakukan pemeriksaan rentang gerak pergelangan kaki dengan gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi
- o. Lakukan pemeriksaan kaki dengan gerakan inversi dan eversi
- p. Lakukan pemeriksaan rentang gerak jari-jari kaki dengan gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi
- q. Informasikan hasil pemeriksaan kepada pasien
- r. Rapikan pasien dan alat yang digunakan
- s. Lakukan cuci tangan
- t. Catat hasil pemeriksaan

F. Daftar Penilaian Tindakan Pengukuran Rentang Gerak

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan dan pakai sarung tangan		
2	Mengidentifikasi pasien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, serta nomor register		
3	Menjelaskan identitas dan tugas saudara		
4	Menjelaskan tujuan pemeriksaan yang akan dilakukan		
5	Melakukan pemeriksaan rentang gerak sendi pada leher, spina, dan servikal dengan gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, fleksi lateral, dan rotasi		
6	Melakukan pemeriksaan rentang gerak sendi bahu dengan gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, rotasi dalam, rotasi luar, dan sirkumduksi		
7	Melakukan pemeriksaan rentang gerak sendi siku dengan gerakan fleksi dan ekstensi		
8	Melakukan pemeriksaan rentang gerak lengan bawah dengan gerakan supinasi dan pronasi		
9	Melakukan pemeriksaan rentang gerak pergelangan tangan dengan gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi		
10	Melakukan pemeriksaan rentang gerak jari-jari tangan dengan gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, dan adduksi		
11	Melakukan pemeriksaan rentang gerak ibu jari tangan dengan gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, oposisi		
12	Melakukan pemeriksaan rentang gerak pinggul dengan gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, rotasi dalam, rotasi luar, dan sirkumduksi		
13	Melakukan pemeriksaan rentang gerak lutut dengan gerakan fleksi dan ekstensi		
14	Melakukan pemeriksaan rentang gerak pergelangan kaki dengan gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi		
15	Melakukan pemeriksaan kaki dengan gerakan inversi dan eversi		
16	Melakukan pemeriksaan rentang gerak jari-jari kaki dengan gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi		
17	Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada pasien		
18	Merapikan pasien dan alat yang digunakan		
19	Melakukan cuci tangan		
20	Mencatat hasil pemeriksaan		

Observer,

Bagian – 13

Pemeriksaan Tekanan Bola Mata

A. Pendahuluan

Pemeriksaan tekanan bola mata dapat dilakukan dengan menggunakan jari, tonometer Schiotz, dan tonometer aplanasi. Dengan menggunakan modul ini akan memperoleh pengalaman dan keterampilan dalam melakukan pemeriksaan tekanan bola mata menggunakan digital palpasi yaitu menggunakan jari pemeriksa, dan menggunakan tonometer Schiotz.

Tonometer Schiotz merupakan tonometer indentasi atau menekan permukaan kornea dengan beban yang dapat bergerak bebas pada sumbunya. Benda yang ditaruh pada bola mata (kornea) akan menekan bola mata kedalam dan mendapatkan perlawanan tekanan dari dalam melalui kornea. Keseimbangan tekanan tergantung beban tonometer.

Pemeriksaan tonometri digital palpasi, nilai hasil pemeriksaan didasarkan dari kesan berapa ringannya bola mata yang ditekan/di palpasi.

Tinggi rendahnya tekanan dicatat sebagai berikut :

- N : normal,
- N+1 : agak tinggi,
- N+2 : lebih tinggi lagi,
- N-1 : lebih rendah dari normal dst.

Keuntungan cara ini sangat baik pada kelainan mata bila tonometer tidak dapat dipakai atau sulit. *Kekurangan* cara ini memerlukan pengalaman pemeriksa karena terdapat faktor subjektif. Pemeriksaan menggunakan tonometer Schiotz, nilai hasil pemeriksaan didasarkan pada hasil pembacaan nilai tekanan skala busur schiotz yang berada pada rentang 0-15. Apabila dengan beban 5.5 gr (beban standar) terbaca kurang dari 3 maka ditambahkan beban 7.5 atau 10 gr. Kemudian, nilai pembacaan skala dikonversikan pada table tonometer schiotz untuk mengetahui tekanan bola mata dalam mmHg. Pada tekanan lebih dari 20mmHg dicurigai adanya glaucoma, dan apabila hasil lebih dari 25 mmHg pasien menderita glaucoma.

B. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan sesi praktika ini, diharapkan mahasiswa dapat:

1. memiliki pengetahuan tentang pemeriksaan tekanan bola mata.
2. memiliki keterampilan dalam pemeriksaan tonometri digital palpasi.
3. memiliki keterampilan dalam pemeriksaan tonometri Schiotz.

C. Skenario

Seorang laki-laki berusia 60 tahun dirawat dengan keluhan penglihatan kabur. Hasil pengkajian didapatkan data klien mengeluh nyeri / “kemeng” (dalam bahasa jawa) pada mata bagian kiri sejak satu bulan yang lalu. Klien tidak memiliki riwayat diabetes dan hipertensi.

Untuk melengkapi hasil pengkajian, lakukan pemeriksaan tekanan bola mata dengan menggunakan cara tonometri digital palpasi dan tonometri Schiotz.

Strategi dapat saudara gunakan dalam menyelesaikan bagian ini, diantaranya:

8. Buatlah kelompok dengan anggota minimal 3 orang, yang secara bergantian nanti akan berperan sebagai pasien, pemeriksa, dan pengamat.

9. Pahami dengan baik kemampuan akhir yang harus saudara capai.
10. Bacalah dan pahami skenario yang ada.
11. Siapkan peralatan yang diperlukan.
12. Lakukan tindakan sesuai dengan urutan prosedur tindakan.

13. Lakukan penilaian dengan pengamatan menggunakan check-list yang tersedia.
14. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda “√” pada kolom “Ya”.

D. Prosedur Tindakan

1. Pemeriksaan Tonometri DigitalPalpasi
 - a. Persiapan alat
 - Menggunakan jari pemeriksa
 - b. Prosedur tindakan
 - 1) Lakukan cuci tangan
 - 2) Identifikasi klien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, nomor register
 - 3) Jelaskan nama dan tugas saudara
 - 4) Jelaskan tujuan pemeriksaan dan apa yang harus dilakukan klien
 - 5) Minta klien untuk menutup mata dengan arah pandangan kedua mata kebawah
 - 6) Tekan bola mata pada bagian belakang kornea dengan kedua jari telunjuk dengan jari-jari yang lain bersandar pada dahi dan pipi klien
 - 7) Lakukan secara bergantian dengan satu telunjuk mengimbangi saat telunjuk lain menekan bola mata
 - 8) Informasikan hasil pemeriksaan kepada klien
 - 9) Akhiri dengan salam
 - 10) Lakukan cuci tangan
 - 11) Catat hasil pemeriksaan
2. Pemeriksaan Tonometri Schiottz
 - a. Persiapan alat
 - 1) Tonometer Schiottz
 - 2) Anestesi local (pantokain 0.5%)
 - b. Prosedur tindakan
 - 1) Lakukan cuci tangan
 - 2) Identifikasi klien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, nomor register
 - 3) Jelaskan tujuan pemeriksaan dan apa yang harus dilakukan klien
 - 4) Jelaskan nama dan tugas saudara
 - 5) Minta klien rileks dan tidur telentang
 - 6) Teteskan mata klien dengan pantokain dan tunggu klien sampai tidak merasa perih
 - 7) Buka kelopak mata klien dengan telunjuk dan ibu jari, dan jangan sampai bola mata tertekan
 - 8) Minta klien melihat lurus keatas
 - 9) Letakkan telapak tonometer Schiottz pada permukaan kornea tanpa menekannya
 - 10) Baca skala busur Schiottz sebagai hasil pemeriksaan
 - 11) Informasikan hasil pemeriksaan kepada klien dan rapikan klien dan peralatan yang digunakan
 - 12) Akhiri dengan salam
 - 13) Lakukan cuci tangan dan catat hasil pemeriksaan

E. Daftar Penilaian Tindakan Tekanan Bola Mata

1. Pemeriksaan Tonometri Digital Palpasi

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan		
2	Mengidentifikasi klien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, nomor register		
	Memperkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara		
3	Menjelaskan tujuan pemeriksaan dan apa yang harus dilakukan klien		
4	Meminta klien untuk menutup mata dengan arah pandangan kedua mata kebawah		
5	Menekan bola mata pada bagian belakang kornea dengan kedua jari telunjuk dengan jari-jari yang lain bersandar pada dahi dan pipi klien		
6	Melakukan secara bergantian dengan satu telunjuk mengimbangi saat telunjuk lain menekan bola mata		
7	Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada klien		
8	Mengakhiri dengan salam		
9	Melakukan cuci tangan		
10	mencatat hasil pemeriksaan		

Observer,

2. Pemeriksaan Tonometri Schiotz

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan		
2	Melakukan identifikasi klien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir		
3	Memperkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara		
4	Menjelaskan mengapa klien perlu dilakukan pemeriksaan saraf kranial		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan dan apa yang harus dilakukan klien		
6	Meminta klien rileks dan tidur telentang		
7	Meneteskan mata klien dengan pantokain dan tunggu klien sampai tidak merasa perih		
8	Membuka kelopak mata klien dengan telunjuk dan ibu jari, dan jangan sampai bola mata tertekan		
9	Meminta klien melihat lurus keatas		
10	Meletakkan telapak tonometer Schiotz pada permukaan kornea tanpa menekannya		
11	Membaca skala busur Schiotz sebagai hasil pemeriksaan		
12	Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada klien		
13	Merapikan pasien dan minta pasien untuk istirahat kembali		
14	Mengakhiri tindakan dengan salam		
15	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Bagian – 14

Pemeriksaan Ketajaman Penglihatan

A. Pendahuluan

Pemeriksaan ketajaman penglihatan dikenal dengan istilah visus, merupakan pemeriksaan untuk mengidentifikasi kemampuan penglihatan klien. Kegiatan ini dilakukan dalam rangka pengkajian ataupun evaluasi dari tindakan. Pemeriksaan dilakukan secara bergantian antara mata kanan dan mata kiri yang lazimnya dilakukan untuk mata kanan terlebih dahulu. Apabila klien memakai kacamata, maka pemeriksaan dilakukan dalam dua tahap, yakni tanpa memakai kacamata dan dengan memakai kacamata.

B. Pengertian Dasar Tentang Ketajaman Penglihatan

Akomodasi mata berarti memfokuskan bayangan, sedangkan kemampuan pemfokusan objek pada jarak yang berbeda disebut daya akomodasi. Akomodasi bertujuan agar bayangan yang terjadi jatuh tepat pada bintik kuning. Apabila melihat objek yang letaknya jauh, lensa mata menjadi lebih pipih, tetapi jika melihat objek yang dekat, lensa mata menjadi lebih cembung. Pengaturan kecembungan lensa ini diatur oleh otot-otot, lensa yang melingkar (otot siliaris).

Macam-macam kelainan pada mata, antara lain:

1. Hipermetropia (rabun dekat) disebabkan karena lensa mata tidak dapat mencembung atau bola mata terlalu pendek sehingga bayangan benda jatuh di belakang retina.
2. Miopia (rabun jauh) disebabkan karena lensa mata terlalu cembung atau bola mata terlalu panjang sehingga bayangan benda jatuh di depan retina.
3. Presbiopia disebabkan karena elastisitas lensa mata berkurang karena usia tua.
4. Astigmatisme disebabkan karena permukaan lensa mata tidak sama sehingga fokusnya tidak sama, dan bayangan benda yang terbentuk tidak sama.
5. Katarak disebabkan karena lensa mata buram, tidak elastis akibat pengapuran, sehingga daya akomodasi berkurang.
6. Glaukoma disebabkan karena adanya penambahan tekanan dalam mata, karena cairan dalam bilik anterior mata (aqueous humor) belum sempat disalurkan keluar sehingga tegangan yang ditimbulkan dapat menyebabkan tekanan pada saraf optik; lama-kelamaan akan menyebabkan hilangnya daya penglihatan.

Mengukur ketajaman penglihatan dilakukan dengan menggunakan Kartu Snellen, hitung jari, pergerakan tangan, dan sinar lampu senter. Pemeriksaan dilakukan secara berjenjang, maksudnya adalah apabila klien tidak bisa mengidentifikasi huruf pada kartu Snellen dengan tepat, dilakukan dengan cara hitung jari, dan apabila dengan hitung jari dalam jarak terdekat tidak bisa mengidentifikasi dengan benar, dilakukan dengan menggunakan gerakan/lambaian tangan, dan apabila hal ini klien juga tidak bisa mengidentifikasi dengan benar, maka dilakukan dengan menggunakan lampu senter.

Hasil pemeriksaan didokumentasikan sebagai berikut:

1. Tanpa kacamata : VOD = VOS =
2. Memakai kacamata : VOD = VOS =

C. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan bagian ini, mahasiswa diharapkan dapat:

1. Memahami cara pemeriksaan ketajaman penglihatan kepada klien
2. Melakukan pemeriksaan ketajaman penglihatan dengan tepat

D. Skenario

Seorang perempuan berusia 52 tahun datang ke poliklinik dengan keluhan penglihatannya kabur. Hasil pengkajian didapatkan data bahwa klien menderita diabetes sejak 1 (satu) tahun yang lalu dan baru sekitar 2 (dua) minggu ini penglihatannya kabur. Untuk melengkapi data, lakukan pemeriksaan ketajaman penglihatan pada klien tersebut.

E. Prosedur Tindakan

1. Persiapan Alat
 - a. Kartu snellen dan Tongkat penunjuk
 - b. Lampu senter dan Ballpoint dan lembar catatan
2. Pelaksanaan Tindakan
 - a. Lakukan cuci tangan
 - b. Identifikasi pasien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, serta nomor register
 - c. Jelaskan identitas dan tugas saudara
 - d. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
 - e. Lakukan pemeriksaan dengan menggunakan Kartu Snellen, dengan cara;
 - 1) Silakan pasien duduk dengan jarak 6 meter dari kartu Snellen digantungkan
 - 2) Minta pasien untuk menutup mata bagian kiri
 - 3) Minta pasien untuk membaca huruf Snellen dari baris paling atas ke bawah, dan hentikan pemeriksaan pada baris huruf Snellen yang dapat dibaca pasien paling bawah
 - 4) Lakukan pemeriksaan pada mata kiri dengan cara yang sama
 - f. Pemeriksaan dengan menghitung jari
 - 1) Minta pasien menutup mata bagian kiri
 - 2) Lakukan pemeriksaan dengan cara minta pasien menyebutkan jumlah jari tangan yang saudara tunjukkan dari jarak terdekat dan hentikan pemeriksaan pada batas pasien sudah tidak bisa lagi menyebutkan jumlah jari dengan benar
 - 3) Lakukan pemeriksaan pada mata kiri dengan cara yang sama
 - g. Pemeriksaan dengan pergerakan / lambaian tangan
 - 1) Minta pasien menutup mata bagian kiri
 - 2) Lakukan pemeriksaan dengan cara minta pasien menyebutkan lambaian tangan yang saudara tunjukkan dari jarak terdekat dan hentikan pemeriksaan pada batas pasien sudah tidak bisa lagi menyebutkan lambaian tangan dengan benar
 - 3) Lakukan pemeriksaan pada mata kiri dengan cara yang sama
 - h. Pemeriksaan dengan menggunakan sinar lampu senter
 - 1) Minta pasien menutup mata bagian kiri
 - 2) Lakukan pemeriksaan dengan cara minta pasien menyebutkan apakah lampu

senter menyala atau tidak dari arah nasal, lateral, atas, dan bawah

3) Lakukan pemeriksaan pada mata kiri dengan cara yang sama

F. Daftar Penilaian Tindakan Pemeriksaan Ketajaman Penglihatan

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan		
2	Melakukan identifikasi klien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir		
3	Memperkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara		
4	Menjelaskan mengapa klien perlu dilakukan pemeriksaan saraf kranial		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan dan apa yang harus dilakukan klien		
6	Melakukan pemeriksaan dengan menggunakan Kartu Snellen		
7	Mempersilakan pasien duduk dengan jarak 6 meter dari kartu Snellen digantungkan		
8	Meminta pasien untuk menutup mata bagian kiri		
9	Meminta pasien untuk membaca huruf Snellen dari baris paling atas ke bawah, dan menghentikan pemeriksaan pada baris huruf Snellen yang dapat dibaca pasien paling bawah		
10	Melakukan pemeriksaan pada mata kiri dengan cara yang sama		
11	Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada klien		
12	Merapikan pasien dan minta pasien untuk istirahat kembali		
13	Mengakhiri tindakan dengan salam		
14	Melakukan cuci tangan		

Catatan:

Apabila klien tidak bisa mengidentifikasi huruf dalam kartu Snellen paling atas, lanjutkan pemeriksaan dengan menghitung jari, dan seterusnya. (menyesuaikan skenario)

Observer,

Bagian – 15

Pemeriksaan Fungsi Pendengaran

A. Pendahuluan

Berbagai macam cara pemeriksaan fungsi pendengaran yang tujuannya adalah untuk mengidentifikasi adanya gangguan fungsi pendengaran. Pemeriksaan fungsi pendengaran dilakukan dengan cara melakukan tes bisik dan tes garputalla. Bagian ini akan memberikan pemahaman dan keterampilan dalam melakukan pemeriksaan fungsi pendengaran.

B. Pengertian Dasar Terkait Tes Fungsi Pendengaran

Tes fungsi pendengaran dapat dilakukan dengan menggunakan Tes Berbisik dan Tes Garputala, meliputi Tes Rinne, Tes Weber, dan Tes Swabach.

Dalam melakukan Tes Berbisik, kata-kata yang diucapkan: satu atau dua kata untuk menghindari menebak, dapat dikenal klien, bukannya singkatan, kata benda, atau kata kerja.

Ada dua intervensi yang digunakan yaitu intervensi secara kuantitatif dan intervensi secara kualitatif.

1. Intervensi Secara Kuantitas (Leucher):
 - a. 6 meter : normal
 - b. 4-6 meter : praktis normal/ tuli ringan
 - c. 1-4 meter : tuli sedang
 - d. < 1 meter : tuli berat
 - e. Berteriak didepan telinga tidak mendengar : Tuli Total
2. Intervensi secara Kualitatif
 - a. Tidak dapat mendengar huruf lunak (frekuensi rendah) berarti TULI KONDUKSI. Misal Susu : terdengar S S.
 - b. Tidak dapat mendengar huruf desis (frekuensi tinggi) berarti TULI SENSORI. Misal : Susu terdengar U U.

Tes Rinne, dilakukan dengan menggunakan garputala dengan membandingkan hantaran melalui udara dan hantaran melalui tulang. Garputala digetarkan dengan frekuensi 128, 256, dan 512 Hz. Tekan garputala di tulang mastoid sampai tidak terdengar lalu pindahkan ke depan telinga. Rinne (+) berarti ketika garputala di depan telinga masih terdengar.

Interpretasi hasil pemeriksaan Tes Rinne adalah:

- a. Hantaran Udara (HU) ; Hantaran Tulang = 2 ; 1 berarti normal
- b. Rinne (+) = intensitas HU > HT berarti Telinga normal atau Tuli saraf
- c. Rinne (-) = intensitas HU < HT berarti Tuli Konduktif

Tes Weber, bertujuan untuk membandingkan hantaran tulang telinga kiri dan telinga kanan dengan cara garputala digetarkan dan diletakkan pada garis tengah kepala, ubun-ubun, glabella, dagu, atau pertengahan gigi seri yang merupakan daerah paling sensitif.

Interpretasi hasil pemeriksaan Tes Rinne adalah:

- a. Mendengar bunyi sama di kedua telinga berarti Normal
- b. Jika bunyi lebih keras pada telinga yang sehat berarti Tuli saraf

- c. Jika bunyi lebih keras pada telinga yang sakit berarti Tuli konduksi

Tes Schwabach, adalah pemeriksaan membandingkan antara pemeriksa dengan klien melalui cara garputalla diletakkan didepan telinga untuk mengidentifikasi adanya konduksi udara dan garputalla diletakkan di tulang mastoid untuk mengidentifikasi adanya konduksi tulang.

Kesimpulan Hasil Pemeriksaan Tes Pendengaran Dengan Garputalla

Tes Rinne	Tes Weber	Tes Schwabach	Interpretasi
Positif	Lateralisasi tidak ada	Sama dengan pemeriksa	Normal
Negatif	Lateralisasi ke telinga yang sakit	Memanjang	Tuli Konduktif
Positif	Lateralisasi ke telinga yang sehat	Memendek	Tuli Sensorineural

C. Capaian Pembelajaran

Setelah melaksanakan praktikum pada bagian ini, diharapkan mahasiswa dapat:

1. Mengidentifikasi fungsi pendengaran klien
2. Melakukan pemeriksaan fungsi pendengaran dengan benar

D. Skenario

Seorang laki-laki berusia 43 tahun datang ke poliklinik dengan keluhan telinga sebelah kirinya terasa berdengung (*bahasa jawa: gembrebeg*). Hasil pengkajian didapatkan data bahwa klien mengalami telinganya kemasukan air pada waktu berenang kemarin pagi. Klien tidak memiliki riwayat sakit diabetes dan hipertensi. Untuk melengkapi data dalam pengkajian saudara, lakukan pemeriksaan fungsi pendengaran klien tersebut.

E. Prosedur Tindakan

1. Tes Berbisik
 - a. Lakukan cuci tangan
 - b. Identifikasi klien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, serta nomor register
 - c. Jelaskan identitas dan tugas saudara
 - d. Jelaskan pemeriksaan yang akan saudara lakukan
 - e. Anjurkan klien berdiri dengan membelakangi saudara
 - f. Bisikkan 5 – 10 kata mulai dari jarak 1 meter
 - g. Bila semua kata benar mundur ke jarak 2 meter dan bisikkan kata yang sama
 - h. Bila semua kata benar mundur ke jarak 3 meter, 4 meter, 5 meter, dan 6 meter
2. Tes Rinne
 - a. Lakukan cuci tangan
 - b. Identifikasi klien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, serta nomor register
 - c. Jelaskan identitas dan tugas saudara
 - d. Jelaskan pemeriksaan yang akan saudara lakukan
 - e. Anjurkan klien duduk dengan nyaman
 - f. Getarkan garputalla
 - g. Letakkan bagian pangkal garputalla di tulang mastoid klien sampai klien tidak lagi mendengar getaran

h. Pindahkan garputalla ke depan telinga

3. Tes Weber

- a. Lakukan cuci tangan
- b. Identifikasi klien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, serta nomor register
- c. Jelaskan identitas dan tugas saudara
- d. Jelaskan pemeriksaan yang akan saudara lakukan
- e. Anjurkan klien duduk dengan nyaman
- f. Getarkan garputalla
- g. Letakkan bagian pangkal garputala di garis tengah kepala, ubun-ubun, glabella, dagu, atau pertengahan gigi seri
- h. Minta klien untuk membandingkan hantaran tulang antara telinga kiri dengan telinga kanan

4. Tes Swabach

- a. Lakukan cuci tangan
- b. Identifikasi klien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, serta nomor register
- c. Jelaskan identitas dan tugas saudara
- d. Jelaskan pemeriksaan yang akan saudara lakukan
- e. Anjurkan klien duduk dengan nyaman
- f. Getarkan garputalla dan dengarkan kemudian pindahkan garputalla yang masih bergetar ke depan telinga klien
- g. Identifikasi apakah klien masih bisa mendengarkan getaran garputalla
- h. Getarkan garputalla dan dengarkan kemudian letakkan pangkal garputalla yang masih bergetar ke tulang mastoid klien
- i. Identifikasi apakah klien masih bisa merasakan getaran garputalla

F. Daftar Penilaian Tindakan Pemeriksaan Fungsi Pendengaran

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan		
2	Melakukan identifikasi klien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir		
3	Memperkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara		
4	Menjelaskan mengapa klien perlu dilakukan pemeriksaan saraf kranial		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan dan apa yang harus dilakukan klien		
6	Melakukan pemeriksaan Tes berbisik		
7	Melakukan pemeriksaan Tes Rinne		
8	Melakukan pemeriksaan Tes Weber		
9	Melakukan pemeriksaan Tes Schwabach		
10	Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada klien		
11	Merapikan pasien dan minta pasien untuk istirahat kembali		
12	Mengakhiri tindakan dengan salam		
13	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Bagian – 16

Pemeriksaan Kadar Gula Darah Sewaktu

A. Pendahuluan

Bagian ini akan memberikan pengalaman praktik untuk melakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan glukometer dan menggunakan material darah kapiler. Sebagian besar rumah sakit, pemeriksaan kadar gula darah dilakukan oleh petugas laboratorium dengan menggunakan material darah vena dan biasanya dilakukan bersama dengan pemeriksaan lainnya.

Ada beberapa jenis pemeriksaan kadar gula darah, diantaranya pemeriksaan gula darah puasa, pemeriksaan gula darah 2 jam setelah makan, dan pemeriksaan gula darah sewaktu. Pemeriksaan gula darah puasa, klien dianjurkan untuk puasa minimal 10 jam sebelum waktu pemeriksaan, pemeriksaan gula darah 2 jam setelah makan dimaksudkan setelah waktu pengambilan gula darah puasa kemudian klien dianjurkan untuk segera makan dan minum secukupnya dan setelah 2 jam kemudian dilakukan pemeriksaan gula darahnya, sedangkan pemeriksaan gula darah sewaktu dilakukan kapanpun tanpa persyaratan puasa atau setelah makan.

Keterampilan dalam memeriksa kadar gula darah diperlukan oleh perawat apabila sedang bertugas di fasilitas kesehatan pratama atau di rumah sakit dalam melaksanakan monitoring pada klien diabetes mellitus (DM). Seorang klien DM perlu dilakukan monitoring kadar gula darahnya untuk mengetahui keberhasilan diet dan terapi yang diberikan. Saudara akan membahas materi asuhan keperawatan klien DM nanti pada mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah (KMB).

B. Capaian Pembelajaran

Setelah saudara menyelesaikan praktikum diharapkan:

- a. Saudara memiliki pengetahuan tentang pemeriksaan kadar gula darah.
- b. Saudara terampil dalam melakukan pemeriksaan kadar gula darah.
- c. Saudara dapat mengkomunikasikan tentang tujuan, langkah prosedur, dan hasil pemeriksaan kepada klien dengan baik tanpa menimbulkan kecemasan.

C. Skenario

Seorang klien perempuan berusia 40 tahun datang ke fasilitas kesehatan pratama tempat saudara bekerja. Hasil pengkajian, saudara memperoleh data bahwa klien sudah 2 (dua) bulan ini merasa berat badannya berangsur turun sedangkan kebiasaan makannya lebih sering karena klien merasa mudah lapar. Klien juga mengeluh banyak kencing dan banyak minum. Ibu dari klien memiliki riwayat sering dirawat di rumah sakit karena sakit gula.

Klien bermaksud ingin memeriksakan kadar gula darahnya.

Strategi dapat saudara gunakan dalam menyelesaikan bagian ini, diantaranya:

1. Buatlah kelompok dengan anggota minimal 3 orang, yang secara bergantian nanti akan berperan sebagai pasien, pemeriksa, dan pengamat.
2. Pahami dengan baik kemampuan akhir yang harus saudara capai.
3. Bacalah dan pahami skenario yang ada.
4. Siapkan peralatan yang diperlukan.
5. Lakukan tindakan sesuai dengan urutan prosedur tindakan.
6. Lakukan penilaian dengan pengamatan menggunakan check-list yang tersedia.
7. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda “√” pada

kolom “Ya”.

D. Prosedur Tindakan

1. Persiapan Alat
 - a. Satu bagian alatglucometer
 - b. Strip untuk specimen darah kapiler
 - c. Alat penghubung lancet
 - d. Jarum lancet
 - e. Kaps alkohol
 - f. Sarung tangan
 - g. Alat tulis
2. Pelaksanaan Tindakan
 - a. Lakukan cuci tangan
 - b. Lakukan identifikasi klien yang meliputi nama, tempat tanggal lahir, dan register
 - c. Jelaskan tujuan pemeriksaan
 - d. Jelaskan langkah prosedur dan yang harus dilakukan oleh klien
 - e. Gunakan sarung tangan
 - f. Siapkan glukometer dengan memasukkan batere dan menyalakannya
 - g. Atur jam, tanggal, dan tahun pada glukometer
 - h. Ambil chip yang tersedia pada botol strip specimen dan masukkan kedalam glukometer untuk cekfungsi alat (Apabila pada layar muncul“OK” berarti glukometer siapuntuk digunakan dan apabila pada layar muncul “error” berarti glukometer tidak bisa digunakan)
 - i. Masukkan chip dan strip untuk pemeriksaan gula darah, dan perhatikan pada layar akan muncul angka/kode sesuai pada botol strip. Kemudian akan muncul gambar tetes darah dan “kedip-kedip”.
 - j. Masukkan lancet pada alat penghubung yang biasanya berbentuk seperti pen, kemudian atur kedalamannya
 - k. Gunakan kaps alkohol untuk membersihkan ujung jari klien
 - l. Lakukan penusukan pada ujung jari klien dan minta klien untuk nafas dalam
 - m. Sentuh darah yang keluar pada strip, kemudian darah akan meresap dan menghasilkan bunyi “beep”
 - n. Tunggu hingga hasil pemeriksaan muncul pada layar
 - o. Cabut lancet dari alat penghubung dan juga strip dari glukometer, buang pada tempat yang tersedia
 - p. Informasikan hasil pemeriksaan kepada klien
 - q. Rapikan peralatan yangdigunakan
 - r. Catat hasil pemeriksaan
 - s. Akhiri dengan salam
 - t. Lakukan cuci tangan

E. Daftar Penilaian Tindakan Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan		
2	Melakukan identifikasi klien yang meliputi nama, tempat tanggal lahir, dan register		
3	Menjelaskan tujuan pemeriksaan		
4	Menjelaskan langkah prosedur dan yang harus dilakukan oleh klien		
5	Menggunakan sarung tangan		
6	Menyiapkan glukometer dengan memasukkan batere dan menyalakannya		
7	Mengatur jam, tanggal, dan tahun pada glukometer		
8	Mengambil chip yang tersedia pada botol strip specimen dan masukkan kedalam glukometer untuk cek fungsi alat		
9	Memasukkan chip dan strip untuk pemeriksaan gula darah, dan perhatikan pada layar akan muncul angka/kode sesuai pada botol strip		
10	Memasukkan lancet pada alat penghubung yang biasanya berbentuk seperti pen, kemudian mengatur kedalamannya		
11	Menggunakan kapas alkohol untuk membersihkan ujung jari klien		
12	Melakukan penusukan pada ujung jari klien dan minta klien untuk nafas dalam		
13	Menyentuh kanda yang keluar pada strip menghasilkan bunyi "beep"		
14	Mencabut lancet dari alat penghubung dan juga strip dari glukometer, kemudian membuang pada tempat yang tersedia		
15	Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada klien		
16	Merapikan peralatan yang digunakan		
17	Mencatat hasil pemeriksaan		
18	Mengakhiri dengan salam		
19	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Bagian – 17

Pemeriksaan Kadar Asam Urat

A. Pendahuluan

Keterampilan dalam memeriksa kadar asam urat dalam darah diperlukan oleh perawat apabila sedang bertugas di fasilitas kesehatan pratama atau di rumah sakit dalam melaksanakan monitoring pada klien dengan kadar asam urat yang tinggi. Seorang klien perlu dilakukan monitoring kadar asam urat dalam darahnya untuk mengetahui keberhasilan diet dan terapi yang diberikan.

Setelah menyelesaikan bagian ini diharapkan saudara akan memiliki keterampilan dalam melakukan pemeriksaan kadar asam urat dalam darah dengan material darah kapiler.

B. Capaian Pembelajaran

Setelah saudara menyelesaikan praktikum diharapkan:

- a. Saudara memiliki pengetahuan tentang pemeriksaan kadar asam urat dalam darah.
- b. Saudara terampil dalam melakukan pemeriksaan kadar asam urat dalam darah.
- c. Saudara dapat mengkomunikasikan tentang tujuan, langkah prosedur, dan hasil pemeriksaan kepada klien dengan baik tanpa menimbulkan kecemasan.

C. Skenario

Seorang klien perempuan berusia 40 tahun datang ke fasilitas kesehatan pratama tempat saudara bekerja. Hasil pengkajian, saudara memperoleh data bahwa klien sudah 2 (minggu) bulan ini memperoleh pengobatan untuk menurunkan kadar asam urat dalam darahnya. Klien sudah merasakan tidak nyeri lagi pada sendi-sendi jari kakinya.

Klien bermaksud ingin memeriksakan kadar asam urat dalam darahnya.

Strategi dapat saudara gunakan dalam menyelesaikan bagian ini, diantaranya:

1. Buatlah kelompok dengan anggota minimal 3 orang, yang secara bergantian nanti akan berperan sebagai pasien, pemeriksa, dan pengamat.
2. Pahami dengan baik kemampuan akhir yang harus saudara capai.
3. Bacalah dan pahami skenario yang ada.
4. Siapkan peralatan yang diperlukan.
5. Lakukan tindakan sesuai dengan urutan prosedur tindakan.
6. Lakukan penilaian dengan pengamatan menggunakan check-list yang tersedia.
7. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda “√” pada kolom “Ya”.

D. Prosedur Tindakan

1. Persiapan Alat
 - a. Satu bagian alat untuk pemeriksaan asam urat
 - b. Strip untuk specimen darah kapiler
 - c. Alat penghubung lancet
 - d. Jarum lancet
 - e. Kapas alkohol
 - f. Sarung tangan
 - g. Alat tulis

2. Pelaksanaan Tindakan

- a. Lakukan cuci tangan
- b. Lakukan identifikasi klien yang meliputi nama, tempat tanggal lahir, dan register
- c. Jelaskan tujuan pemeriksaan
- d. Jelaskan langkah prosedur dan yang harus dilakukan oleh klien
- e. Gunakan sarung tangan
- f. Siapkan alat pemeriksaan dengan memasukkan batere dan menyalakannya
- g. Atur jam, tanggal, dan tahun pada alat pemeriksaan
- h. Ambil chip yang tersedia pada botol strip specimen dan masukkan kedalam alat pemeriksaan untuk cek fungsi alat (Apabila pada layar muncul "OK" berarti alat pemeriksaan siap untuk digunakan dan apabila pada layar muncul "error" berarti alat pemeriksaan tidak bisa digunakan)
- i. Masukkan chip dan strip untuk pemeriksaan asam urat, dan perhatikan pada layar akan muncul angka/kode sesuai pada botol strip. Kemudian akan muncul gambar tetes darah dan "kedip-kedip".
- j. Masukkan lancet pada alat penghubung yang biasanya berbentuk seperti pen, kemudian atur kedalamannya
- k. Gunakan kapas alkohol untuk membersihkan ujung jari klien
- l. Lakukan penusukan pada ujung jari klien dan minta klien untuk nafas dalam
- m. Sentuh darah yang keluar pada strip, kemudian darah akan meresap dan menghasilkan bunyi "beep"
- n. Tunggu hingga hasil pemeriksaan muncul pada layar
- o. Cabut lancet dari alat penghubung dan juga strip dari alat pemeriksaan, buang pada tempat yang tersedia
- p. Informasikan hasil pemeriksaan kepada klien
- q. Rapikan peralatan yang digunakan
- r. Catat hasil pemeriksaan
- s. Akhiri dengan salam
- t. Lakukan cuci tangan

E. Daftar Penilaian Tindakan Pemeriksaan Asam Urat

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan		
2	Melakukan identifikasi klien yang meliputi nama, tempat tanggal lahir, dan register		
3	Menjelaskan tujuan pemeriksaan		
4	Menjelaskan langkah prosedur dan yang harus dilakukan oleh klien		
5	Menggunakan sarung tangan		
6	Menyiapkan alat pemeriksaan dengan memasukkan baterai dan menyalakannya		
7	Mengatur jam, tanggal, dan tahun pada alat pemeriksaan		
8	Mengambil chip yang tersedia pada botol strip specimen dan masukkan kedalam alat pemeriksaan untuk cek fungsi alat		
9	Memasukkan chip dan strip untuk pemeriksaan asam urat, dan perhatikan pada layar akan muncul angka/kode sesuai pada botol strip		
10	Memasukkan lancet pada alat penghubung yang biasanya berbentuk seperti pen, kemudian mengatur kedalamannya		
11	Menggunakan kapas alkohol untuk membersihkan ujung jari klien		
12	Melakukan penusukan pada ujung jari klien dan minta klien untuk nafas dalam		
13	Menyentuh kanda yang keluar pada strip menghasilkan bunyi "beep"		
14	Mencabut lancet dari alat penghubung dan juga strip dari alat pemeriksaan, kemudian membuang pada tempat yang tersedia		
15	Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada klien		
16	Merapikan peralatan yang digunakan		
17	Mencatat hasil pemeriksaan		
18	Mengakhiri dengan salam		
19	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Bagian – 18

Pemeriksaan Kadar Kolesterol

A. Pendahuluan

Keterampilan dalam memeriksa kadar kolesterol dalam darah diperlukan oleh perawat apabila sedang bertugas di fasilitas kesehatan pratama atau di rumah sakit dalam melaksanakan monitoring pada klien dengan kadar kolesterol yang tinggi. Seorang klien perlu dilakukan monitoring kadar kolesterol dalam darahnya untuk mengetahui keberhasilan diet dan terapi yang diberikan.

Setelah menyelesaikan bagian ini diharapkan saudara akan memiliki keterampilan dalam melakukan pemeriksaan kadar kolesterol dalam darah dengan material darah kapiler.

B. Capaian Pembelajaran

Setelah saudara menyelesaikan praktikum diharapkan:

- a. Saudara memiliki pengetahuan tentang pemeriksaan kadar kolesterol dalam darah.
- b. Saudara terampil dalam melakukan pemeriksaan kadar kolesterol dalam darah.
- c. Saudara dapat mengkomunikasikan tentang tujuan, langkah prosedur, dan hasil pemeriksaan kepada klien dengan baik tanpa menimbulkan kecemasan.

C. Skenario

Seorang klien laki-laki berusia 45 tahun datang ke fasilitas kesehatan pratama tempat saudara bekerja. Hasil pengkajian, saudara memperoleh data bahwa klien sudah 2 (dua) bulan ini merasa badannya tidak enak sedangkan kebiasaan makannya lebih sering mengonsumsi makanan yang tinggi kadar lemaknya. Klien juga mengeluh sering pusing dan kaku pada daerah tengkuk.

Strategi dapat saudara gunakan dalam menyelesaikan bagian ini, diantaranya:

1. Buatlah kelompok dengan anggota minimal 3 orang, yang secara bergantian nanti akan berperan sebagai pasien, pemeriksa, dan pengamat.
2. Pahami dengan baik kemampuan akhir yang harus saudara capai.
3. Bacalah dan pahami skenario yang ada.
4. Siapkan peralatan yang diperlukan.
5. Lakukan tindakan sesuai dengan urutan prosedur tindakan.
6. Lakukan penilaian dengan pengamatan menggunakan check-list yang tersedia.
7. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda “√” pada kolom “Ya”.

D. Prosedur Tindakan

1. Persiapan Alat
 - a. Satu bagian alatglucometer
 - b. Strip untuk specimen darah kapiler
 - c. Alat penghubung lancet
 - d. Jarum lancet
 - e. Kapas alkohol
 - f. Sarung tangan
 - g. Alat tulis

2. Pelaksanaan Tindakan

- a. Lakukan cuci tangan
- b. Lakukan identifikasi klien yang meliputi nama, tempat tanggal lahir, dan register
- c. Jelaskan tujuan pemeriksaan
- d. Jelaskan langkah prosedur dan yang harus dilakukan oleh klien
- e. Gunakan sarung tangan
- f. Siapkan alat pemeriksaan dengan memasukkan batere dan menyalakannya
- g. Atur jam, tanggal, dan tahun pada alat pemeriksaan
- h. Ambil chip yang tersedia pada botol strip specimen dan masukkan kedalam alat pemeriksaan untuk cek fungsi alat (Apabila pada layar muncul "OK" berarti alat pemeriksaan siap untuk digunakan dan apabila pada layar muncul "error" berarti alat pemeriksaan tidak bisa digunakan)
- i. Masukkan chip dan strip untuk pemeriksaan kolesterol darah, dan perhatikan pada layar akan muncul angka/kode sesuai pada botol strip. Kemudian akan muncul gambar tetes darah dan "kedip-kedip".
- j. Masukkan lancet pada alat penghubung yang biasanya berbentuk sepertipen, kemudian atur kedalamannya
- k. Gunakan kapas alkohol untuk membersihkan ujung jari klien
- l. Lakukan penusukan pada ujung jari klien dan minta klien untuk nafas dalam
- m. Sentuh darahyangkeluar pada strip, kemudian darahakan meresapdanmenghasilkan bunyi "beep"
- n. Tunggu hingga hasil pemeriksaan muncul pada layar
- o. Cabut lancet dari alat penghubung dan juga strip dari alat pemeriksaan, buang pada tempat yang tersedia
- p. Informasikan hasil pemeriksaan kepada klien
- q. Rapikan peralatan yangdigunakan
- r. Catat hasil pemeriksaan
- s. Akhiri dengan salam
- t. Lakukan cuci tangan

E. Daftar Penilaian Tindakan Kadar Kolesterol

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan		
2	Melakukan identifikasi klien yang meliputi nama, tempat tanggal lahir, dan register		
3	Menjelaskan tujuan pemeriksaan		
4	Menjelaskan langkah prosedur dan yang harus dilakukan oleh klien		
5	Menggunakan sarung tangan		
6	Menyiapkan alat pemeriksaan dengan memasukkan baterai dan menyalakannya		
7	Mengatur jam, tanggal, dan tahun pada alat pemeriksaan		
8	Mengambil chip yang tersedia pada botol strip specimen dan masukkan kedalam alat pemeriksaan untuk cek fungsi alat		
9	Memasukkan chip dan strip untuk pemeriksaan kolesterol darah, dan perhatikan pada layar akan muncul angka/kode sesuai pada botol strip		
10	Memasukkan lancet pada alat penghubung yang biasanya berbentuk seperti pen, kemudian mengatur kedalamannya		
11	Menggunakan kapas alkohol untuk membersihkan ujung jari klien		
12	Melakukan penusukan pada ujung jari klien dan minta klien untuk nafas dalam		
13	Menyentuh kendarah yang keluar pada strip menghasilkan bunyi "beep"		
14	Mencabut lancet dari alat penghubung dan juga strip dari alat pemeriksaan, kemudian membuang pada tempat yang tersedia		
15	Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada klien		
16	Merapikan peralatan yang digunakan		
17	Mencatat hasil pemeriksaan		
18	Mengakhiri dengan salam		
19	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Bagian – 19

Pengukuran Nilai Metabolisme Basal

A. Pendahuluan

Bagian ini merupakan bagian dari kegiatan praktika pada mata kuliah Ilmu Biomedik Dasar yang akan memberikan pengalaman praktik untuk prosedur pemeriksaan Basal Metabolisme Rate dalam kaitannya dengan fungsi sistem tubuh.

Memahami bahwa variabel-variabel yang mempengaruhi Basal Metabolisme yang dapat membantu memprediksi (kecenderungan) penyakit atau gangguan yang berkaitan dengan system endokren yang diderita seseorang.

Laju Metabolik Basal (Basal Metabolic Rate/BMR) adalah energi yang dibutuhkan untuk mempertahankan fungsi fisiologis normal pada saat istirahat. $BMR = \text{kcal} / \text{m}^2 / \text{jam}$ (kilokalori energi yang digunakan per meter persegi permukaan tubuh per jam). Pengukuran Basal Metabolisme Ratesering dilakukan dalam kondisi seseorang istirahat atau aktivitas minimal untuk mengetahui system metabolisme dalam tubuh seseorang.

Setelah menyelesaikan bagian ini diharapkan saudara akan memiliki keterampilan dalam melakukan tindakan keperawatan tentang prosedur pemeriksaan Basal metabolisme Rate.

B. Capaian Pembelajaran

Setelah saudara menyelesaikan praktikum diharapkan:

1. Saudara memiliki pengetahuan tentang Basal metabolisme Rate dan factor-faktor yang mempengaruhi.
2. Saudara terampil dalam melakukan tindakan pemeriksaan Basal metabolisme Rate.
3. Saudara dapat mengkomunikasikan tentang tujuan, langkah prosedur, dan memberikan *re-inforcement* kepada klien dengan baik.

C. Skenario

Seorang perempuan berusia 49 tahun dirawat di bangsal Interna dengan keluhan Badan terasa gerah, Pasien juga mengeluh berat badan mengalami penurunan 3 kg dalam 2 bulan ini. Hasil pengkajian, saudara memperoleh data bahwa kulit klien terasa panas, ada tremor halus pada jari tangannya. Pasien mengatakan pernah mengukur BB dua bulan yang lalu 58 kg. Untuk mengetahui status Metabolisme pada pasien, lakukan pemeriksaan Basal Metabolisme Rate pada pasien.

Strategi dapat saudara gunakan dalam menyelesaikan bagian ini, diantaranya:

1. Buatlah kelompok dengan anggota minimal 3 orang, yang secara bergantian nanti akan berperan sebagai pasien, pemeriksa, dan pengamat.
2. Pahami dengan baik kemampuan akhir yang harus saudara capai.
3. Bacalah dan pahami skenario yang ada.
4. Siapkan peralatan yang diperlukan.
5. Lakukan tindakan sesuai dengan urutan prosedur tindakan.
6. Lakukan penilaian dengan pengamatan menggunakan check-list yang tersedia.
7. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda “√” pada kolom “Ya”.

D. Prosedur Tindakan

1. Persiapan Sebelum Pemeriksaan BMR

- Beritahu pasien untuk puasa (boleh minum air tawar) 10-12 jam sebelum pemeriksaan.
- Malam hari sebelum pemeriksaan subyek dapat tidur nyenyak dan cukup waktu.
- Pada waktu pemeriksaan subyek harus bebas dari pengaruh obat-obatan.
- Pemeriksaan dilakukan subyek dalam keadaan istirahat tiduran.
- Ruang pemeriksaan dalam suasana tenang dan dalam batas suhu nyaman.

2. Persiapan Alat:

- Alat Ukur TB
- Alat Ukur BB
- Alat Pendokumentasian

3. Langkah Prosedur

- Siapkan peralatan
- Cuci tangan
- Tentukan tujuan yang akan dicapai pasien
- Jelaskan langkah-langkah tindakan
- Beri kesempatan pasien untuk bertanya jika belum paham tentang prosedur
- Kaji jenis kelamin pasien
- Kaji umur pasien
- Ukur BB dan TB pasien
- Anjurkan pasien berbaring dan dalam kondisi tenang
- Hitung Nilai BMR berdasar hasil pemeriksaan BB, TB dan Jenis kelamin pasien dengan rumus :
Pria: $(9,99 \times BB) + (6,25 \times TB) - (4,92 \times \text{Umur} + 5)$
Wanita: $(9,99 \times BB) + (6,25 \times TB) - (4,92 \times \text{Umur} - 161)$
- Rapikan pasien
- Bereskan peralatan
- Cuci tangan

4. Dokumentasi

- Catat tindakan yang saudara lakukan dan catat juga hasil pengukuran catatan perawatan.
- Tulis waktu pelaksanaan dan tanda tangan saudara.

E. Daftar Penilaian Tindakan Mengukur Nilai Metabolisme Basal

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan.		
2	Melakukan identifikasi pasien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir.		
3	Memperkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara.		
4	menjelaskan mengapa pasien perlu dilakukan pemeriksaan Spirometri .		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan dan apa yang harus dilakukan pasien.		
6	Meminta persetujuan pasien.		
7	Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan		
8	Kaji jenis kelamin pasien		
9	Kaji umur pasien		
10	Ukur BB dan TB pasien		
11	Anjurkan pasien berbaring dan dalam kondisi tenang		
12	Hitung Nilai BMR berdasar hasil pemeriksaan BB, TB dan Jenis kelamin pasien		
13	Rapikan pasien dan bereskan peralatan		
14	Mengakhiri tindakan dengan salam.		
15	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Bagian – 20

Pengukuran Indeks Masa Tubuh

A. Pendahuluan

Bagian ini merupakan bagian dari kegiatan praktika pada mata kuliah Ilmu Biomedik Dasar yang akan memberikan pengalaman praktik untuk prosedur pemeriksaan Body Composition dalam kaitannya dengan fungsi sistem tubuh yang lain

Memahami bahwa variabel-variabel antropometri dapat membantu memprediksi (kecenderungan) penyakit yang diderita seseorang.

Pengukuran *bodycomposition* sering dilakukan dalam *exercise physiology* untuk mengetahui efek exercise tersebut, dimana secara umum diinginkan komposisi tubuh yang ideal. Komposisi tubuh mencakup komponen lemak (*fat mass*) dan bukan lemak tubuh (*nonfat mass*).

Komponen bukan lemak dibentuk terutama oleh jaringan otot. Salah satu cara untuk mengukur komposisi tubuh adalah dengan antropometri. Ilmu antropometri dimaksudkan untuk mengukur dimensi tubuh secara keseluruhan atau per bagian menggunakan alat dan metode ukur yang tepat, seperti: berat badan, panjang dan tinggi badan, luasan dan lebar badan, lingkaran dan renggangan, dan pengukuran jaringan lunak (*skinfolds*).

Setelah menyelesaikan bagian ini diharapkan saudara akan memiliki keterampilan dalam melakukan tindakan keperawatan tentang prosedur pemeriksaan Body Composition yang meliputi: TB, BB dan IMT.

B. Capaian Pembelajaran

Setelah saudara menyelesaikan praktikum diharapkan:

1. Saudara memiliki pengetahuan tentang Body Composition.
2. Saudara terampil dalam melakukan tindakan pemeriksaan Body Composition.
3. Saudara dapat mengkomunikasikan tentang tujuan, langkah prosedur, dan memberikan *re- inforcement* kepada klien dengan baik.

C. Skenario

Seorang perempuan berusia 39 tahun datang ke Poliklinik interna dengan keluhan badan terasa tidak enak, bahu pegel, dan perut sebah. Hasil pengkajian, saudara memperoleh data bahwa klien setiap pagi minum manis, makan sehari 3 kali dan sering ngemil. Pasien mengatakan pernah mengukur BB setahun yang lalu 68 kg. Untuk mengetahui volume tidal dan volume inspirasi maksimal paru-paru pasien, lakukan pemeriksaan Body Composition pada pasien.

Strategi dapat saudara gunakan dalam menyelesaikan bagian ini, diantaranya:

1. Buatlah kelompok dengan anggota minimal 3 orang, yang secara bergantian nanti akan berperan sebagai pasien, pemeriksa, dan pengamat.
2. Pahami dengan baik kemampuan akhir yang harus saudara capai.
3. Bacalah dan pahami skenario yang ada.
4. Siapkan peralatan yang diperlukan.
5. Lakukan tindakan sesuai dengan urutan prosedur tindakan.
6. Lakukan penilaian dengan pengamatan menggunakan check-list yang tersedia.
7. Diskusikan pencapaian hasil belajar dengan menyimak jumlah dari tanda “√” pada kolom “Ya”.

D. Prosedur Tindakan

1. Persiapan alat: Pengukur Berat Badan standart, Pengukur TB Standart, alat dokumentasi
2. Persiapan pasien:
 - a. Selama pemeriksaan pasien harus merasa nyaman. sepatu/alas kaki dilepas, tidak membawa beban (tas, buku)
 - b. Sebelum pemeriksaan subjek sudah tahu tentang tujuan pemeriksaan yang akan dilakukan.
3. Pelaksanaan Tindakan
 - a. Siapkan peralatan
 - b. Cuci tangan
 - c. Tentukan tujuan yang akan dicapai pasien
 - d. Jelaskan langkah-langkah tindakan
 - e. Beri kesempatan pasien untuk bertanya jika belum paham tentang prosedur
 - f. Anjurkan pasien untuk melepas alas kaki
 - g. Ukur Berat Badan Pasien
 - h. Ukur Tinggi Badan Pasien
 - i. Hitung Indeks Massa Tubuh Pasien
 - j. Evaluasi hasil pemeriksaan
 - k. Rapihkan pasien
 - l. Bereskan peralatan
 - m. Cuci tangan
4. Dokumentasi
 - a. Catat tindakan yang saudara lakukan dan catat juga hasil pengukuran catatan perawatan.
 - b. Tulis waktu pelaksanaan dan tanda tangan saudara.

E. Daftar Penilaian Tindakan Mengukur Indeks Masa tubuh

NO	KEGIATAN	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
1	Melakukan cuci tangan		
2	Melakukan identifikasi pasien meliputi nama, nomor register, dan tanggal lahir		
3	Memperkenalkan diri saudara dengan menyebutkan nama dan tugas saudara		
4	Menjelaskan mengapa pasien perlu dilakukan pemeriksaan IMT		
5	Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan dan apa yang harus dilakukan pasien		
6	Meminta persetujuan pasien		
7	Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan		
8	Anjurkan pasien untuk melepas alas kaki		
9	Ukur Berat Badan Pasien		
10	Ukur Tinggi Badan Pasien		
11	Hitung Indeks Massa Tubuh Pasien		
12	Evaluasi hasil pemeriksaan		
13	Rapikan pasien dan bereskan peralatan		
14	Mengakhiri tindakan dengan salam		
15	Melakukan cuci tangan		

Observer,

Referensi

1. Armstrong, (1995), *Buku ajar Biokimia*, EGC, Jakarta.
2. Berne & Levy (2000), *Principles of Physiology*, 3rd ed, St. Louis : Mosby, Inc.
3. Cavanaugh, B.M. (2003), *Nurse's Manual of Laboratory and Diagnostic Test*, 4^{ed}, Philadelphia, F.A. Davis Company
4. Colbi, (1998), *Ringkasan Biokimia Harper*, EGC, Jakarta.
5. Cree and Rischmiller. 1986. *Science in Nursing*. Sydney: W.B. Saunders Company
6. Evelyn C pearce. 2003. *Anatomi dan fisiologi untuk paramedis*. Bandung:Gramedia
7. Ganong, WF. (2001), *Review of Medical Physiology*, Philadelphia : JB. Lippincott.
8. Gibson,John (2002), *Fisiologi dan Anatomi Modern untuk Perawat*, Jakarta : EGC.
9. Guyton & Hall (2000), *Review of Medical Physiology*, Philadelphia ; Lippincott.
10. Hickman, Ray & Caon Martin (1995), *Nursing Science ; mater and energy in the human body, second edition*, Melbourne ; Macmillan Education Ltd.
11. Iyan Darmawan, (1987), *Biokimia Harper*, EGC, Jakarta.
12. J.F. Gabriel (1996), *Fisika Kedokteran*, Jakarta EGC.
13. Marieb, Elaine N (1992), *Human anatomy & Physiology, second edition*, California : the Benjamin Cumingham Publishing Co. Inc.
14. Martini, F (1995), *Fundamental of anatomy & Physiology*, new Jersey : Prentice Hall.
15. Murray, dkk, (2003), *Biokimia Harper*, Edisi 25, EGC, Jakarta.
16. Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever (2010). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, 12^{ed}, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins
17. Snell Richard S (1998), *Anatomi Klinik Bagian 1,2,3, edisi 3*, Jakarta EGC.
18. Stephen Bresnick (2002), *Intisari Fisika*, Jakarta EGC.
19. Tambayong (2001), *Anatomi Fisiologi untuk Keperawatan*, Jakarta EGC.
20. Uegene Ackerman, Lunda B.M. Ellis dan Lawrence E. Williams (1988), *Ilmu Biofisika*, Surabaya : Airlangga University Press

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 1

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 2

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 3

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 4

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 5

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 6

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 7

--

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 8

--

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 9

--

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 10

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 11

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 12

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 13

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 14

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 15

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 16

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 17

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 18

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 19

Hasil dan Pengalaman Belajar Bagian – 20

JADWAL PRAKTIKA ILMU BIOMEDIK DASAR

1. Kegiatan praktika dilaksanakan di Laboratorium Keperawatan Prodi Keperawatan Magelang.
2. Setiap pelaksanaan praktika, mahasiswa menyiapkan peralatan dan bahan yang diperlukan.
3. Penilaian dapat dilakukan oleh Dosen Pembimbing pada pertemuan berlangsung atau mengambil waktu tersendiri, kesepakatan antara Dosen dan Mahasiswa.
4. Dosen Pembimbing terdiri dari:
 - a. Heru Supriyatno, MN. Hp. 0812-2735-9001
 - b. Mardiyono, M.NS., Ph.D Hp.0811 2700 612
 - c. Sunarmi, S.ST., M.Kes. Hp. 0895-0492-1734
 - d. Bambang Sarwono, SKp., M.Kes. Hp. 0813-9216-6262

Modul Praktikum

KOMUNIKASI

Lulut Handayani, S.Kep., Ns., M.Kes

Moh Ridwan, SKM., M.Kes

Tulus Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kes

Wiwin Renny Rahmawati, SST., S.Pd., Ns., M.Kes

PRODI KEPERAWATAN MAGELANG

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil'alamin, dengan segala keterbatasan akhirnya Modul Komunikasi dapat tersusun. Buku ini berisikan tentang panduan bagi mahasiswa dan dosen untuk melakukan proses belajar mengajar.

Tujuan penyusunan buku ini adalah agar terdapat kesamaan persepsi antara mahasiswa dan dosen dalam melakukan proses belajar mengajar dan kesesuaian dengan kompetensi dalam kurikulum. Dosen dapat memfasilitasi tujuan pembelajaran sesuai kurikulum dan mahasiswa berkesempatan mengeksplorasi pengetahuannya secara bebas.

Buku ini akan ditelaah ulang oleh tim dan masukan dosen / mahasiswa setiap semester.

Masukan yang disampaikan kepada kami sangat berharga untuk perbaikan buku ini.

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

- A. Kata Pengantar
- B. Halaman Pengesahan
- C. Daftar Isi
- D. Modul Praktika Komunikasi
 - 1. Materi / Jadwal Penerapan Komunikasi terapeutik fase pre interaksi, orientasi, kerja, terminasi, evaluasi
 - 2. Penerapan Komunikasi pada tahap pengkajian
 - 3. Penerapan Komunikasi pada tahap Diagnosa Keperawatan
 - 4. Penerapan Komunikasi pada tahap Perencanaan
 - 5. Penerapan komunikasi pada tahap Implementasi
 - 6. Penerapan komunikasi pada tahap evaluasi
 - 7. Penerapan Komunikasi dengan gangguan kebutuhan dasar manusia
 - 8. Penerapan Komunikasi pada anak-anak
 - 9. Penerapan Komunikasi pada remaja
 - 10. Penerapan Komunikasi pada dewasa dan lansia
 - 11. Penerapan Komunikasi pada klien dengan kebutuhan khusus
 - 12. Penerapan Komunikasi pada klien dengan gangguan jiwa
 - 13. Penerapan Komunikasi pada klien kronik dan terminasi
 - 14. Penerapan Komunikasi kelompok dan massa

MODUL PRAKTIKA KOMUNIKASI

1. Tema Modul : Modul Praktika Komunikasi
2. Mata Kuliah / Kode : Komunikasi Keperawatan/ Kep.S.4.01
3. Jumlah SKS : 1 P
4. Alokasi Waktu : 1 x 170 menit x 16 Pertemuan
5. Semester / T.A : I / T.A 2023/2024

6. Tempat : Kelas

7. Tujuan :

Capaian Pembelajaran Lulusan:

Setelah menyelesaikan mata ajaran ini, peserta didik mampu memahami konsep komunikasi dalam keperawatan yang meliputi komunikasi terapeutik pada sepanjang daur kehidupan dan kelompok khusus

- a. Kemampuan Akhir, pada akhir pembelajaran mata Kuliah ini, mahasiswa mampu
 - 1) Mahasiswa akan memahami konsep dasar komunikasi, jenis komunikasi, komunikasi terapeutik
 - 2) Mahasiswa akan memahami komunikasi pada anak-anak sebagai dasar bagi mahasiswa perawat memberikan asuhan / pelayanan keperawatan.
 - 3) Mahasiswa akan memahami komunikasi pada remaja dan dewasa sebagai dasar bagi mahasiswa perawat memberikan asuhan / pelayanan keperawatan.
 - 4) Mahasiswa akan memahami Komunikasi pada lansia dan kelompok khusus. sebagai dasar bagi mahasiswa perawat memberikan asuhan / pelayanan keperawatan.
 - 5) Mahasiswa akan memahami Komunikasi pada lansia dan kelompok khusus. sebagai dasar bagi mahasiswa perawat memberikan asuhan / pelayanan keperawatan.

8. Gambaran Umum Modul

Modul ini mendiskusikan tentang konsep dasar komunikasi dalam keperawatan yang meliputi pembahasan mengenai : Konsep komunikasi , komunikasi terapeutik, komunikasi sepanjang daur kehidupan serta komunikasi pada kelompok dan massa. yang akan mendasari mahasiswa keperawatan sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan secara sistematis dan komprehensif.

9. Karakteristik Mahasiswa

Peserta adalah mahasiswa Tingkat I Semester I

10. Target Kompetensi

Mampu menerapkan ilmu komunikasi di bidang kesehatan sebagai landasan dalam melaksanakan asuhan keperawatan

11. Indikator Ketercapaian:

Mahasiswa mampu mengaplikasikan ilmu komunikasi dalam praktek keperawatan

12. Materi Pembelajaran

No	Materi
1	Komunikasi terapeutik fase pre interaksi, orientasi, kerja, terminasi, evaluasi
2	Komunikasi pada tahap pengkajian
3	Komunikasi pada tahap Diagnosa Keperawatan
4	Komunikasi pada tahap
5	Komunikasi pada tahap Implementasi
6	Komunikasi pada tahap evaluasi
7	Komunikasi dengan gangguan kebutuhandasar manusia
8	Komunikasi pada anak-anak
9	Komunikasi pada remaja

--	--

10	Komunikasi pada dewasa dan lansia
11	Komunikasi pada klien dengan kebutuhan khusus
12	Komunikasi pada klien dengan gangguan jiwa
13	Komunikasi pada klien kronik dan terminasi
14	Komunikasi kelompok dan massa

13. Strategi Pembelajaran

Metode pembelajaran pada elemen kompetensi komunikasi mengacu pada metode pembelajaran *problem based learning learning*, berdasarkan prinsip – prinsip tersebut maka implementasi pada proses pembelajaran untuk kompetensi afektif dan psikomotor banyak menerapkan metode roleplay.

14. Sarana Penunjang Pembelajaran Ruang laboratorium microteaching

15. Prosedur Umum

- a. Setiap mahasiswa diberikan skenario kasus
- b. Mahasiswa melakukan simulasi berpasangan berperan sebagai perawat dan klien.

Mahasiswa menerapkan ilmu biomedik dasar dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

16. Referensi

- a. Asuhan Keperawatan anak dan dalam kontek keluarga, Pusdiknakes Depkes RI Jakarta (1993)
- b. Hubungan terapeutic perawat – klien Budiana Keliat S.Kp
- c. Elyshabet d.k.k , Asuhan Keperawatan anak.university Indonesia

KOMPONEN KOMUNIKASI

A. TUJUAN

1. Mengidentifikasi komponen komunikasi

B. PENDAHULUAN

Komunikasi terdiri dari beberapa komponen yaitu komunikator, message,

channel, komunikasi Dan feedback. Komponen tersebut selalu ada pada proses komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat dan klien

C. Identifikasi komponen komunikasi

Silahkan berpasangan dengan teman anda dan lakukan komunikasi kemudian identifikasi komunikator, message, channel, komunikasi, dan feedback

KOMUNIKASI PADA TAHAP PENGKAJIAN

A. TUJUAN

Memahami komunikasi pada tahap pengkajian

B. PENDAHULUAN

Pengkajian adalah tahap pertama dalam proses keperawatan. Tahap ini merupakan tahap yang penting dalam proses keperawatan karena tahap-tahap selanjutnya dalam proses keperawatan tidak akan dapat berjalan dengan baik jika tahap pengkajian tidak dilakukan dengan baik.

Pada tahap ini perawat menggunakan kemampuan verbal maupun non verbal dalam mengumpulkan data klien. Perawat juga dituntut untuk mampu melakukan pengamatan baik verbal maupun non verbal serta menginterpretasikan hasil pengamatan dalam bentuk masalah. Setelah data terkumpul, selanjutnya dikomunikasikan dalam bahasa verbal kepada klien atau tim kesehatan lainnya dan dikomunikasikan dalam bentuk tulisan (di dokumentasikan) untuk dikomunikasikan pada tim kesehatan lain dan sebagai aspek legal asuhan keperawatan.

C. APLIKASI KOMUNIKASI PADA PENGKAJIAN

1. Wawancara

a. Fase orientasi

Salam terapeutik : Selamat pagi pak....., Saya perawat Ahmad yang akan bertugas merawat bapak hari ini. Terimakasih bapak telah mempercayakan kami untuk membantu mengatasi masalah bapak.

Evaluasi dan Validasi : Bagaimana perasaan ibu sekarang? (tunggu jawaban klien) Saya lihat ibu sangat tertekan dan sangat menderita atas masalah ini.

Kontrak : Saat ini saya akan mengumpulkan data terkait dengan sakit yang ibu derita, saya membutuhkan informasi tentang bagaimana asal mula masalah ibu sehingga ibu tidak bisa makan selama beberapa hari. Waktu yang saya butuhkan adalah 15 – 20 menit, dan ibu tetap saja istirahat di atas tempat tidur ini.

b. Fase Kerja

“Apakah yang ibu rasakan sekarang?” “Jelaskan bagaimana asal mula penyakit yang ibu rasakan sekarang!” (tunggu respon klien)

“Apakah pengobatan atau tindakan yang telah dilakukan selama ibu di rumah?” (tunggu respon klien)

c. Fase Terminasi

Evaluasi subyektif/obyektif: Bagaimanakah perasaan ibu sekarang? (tunggu respon klien) Bagaimanakah perasaan ibu sekarang? (tunggu respon klien)

Berdasarkan data hasil wawancara dapat kita identifikasi bersama bahwa ibu mengalami nyeri pada lambung dan mual-muntah jika makan.

Kontrak yang akan datang: Baiklah bu ... saya akan berkonsultasi dengan dokter dan 10 menit lagi saya akan kembali untuk melakukan tindakan keperawatan sesuai hasil kesepakatan dengan dokter.

Rencana Tindak Lanjut: Ibu harus terus mencoba makan dan minum melalui mulut, minum air hangat atau teh manis dan makanan yang tidak menimbulkan rasa mual. Cobalah biskuit ringan untuk memulai.

2. Pemeriksaan fisik dan Observasi

Komunikasi yang digunakan perawat pada saat perawat melakukan pengumpulan data melalui pemeriksaan fisik adalah dalam rangka meminta ijin klien, memeriksa, memfokuskan pemeriksaan yang

dilakukan sesuai dengan keluhan dan petunjuk yang diberikan klien. Perawat juga mengobservasi ekspresi wajah (misal menyeringai kesakitan, menangis, pucat, dll) sebagai bentuk non komunikasi non verbal dan mencatatnya dalam status keperawatan klien. Saat melakukan pemeriksaan fisik dan observasi teknik komunikasi yang digunakan perawat adalah klarifikasi dan berbagi persepsi.

Pemeriksaan fisik dan observasi, biasanya dilakukan bersamaan dengan wawancara atau setelah kegiatan wawancara selesai. Dengan demikian maka Strategi Pelaksanaan (SP) Komunikasi dapat menyatu dengan SP komunikasi saat wawancara. Berikut ini contoh komunikasi dengan fokus fase kerja untuk menerapkan teknik klarifikasi dan berbagi persepsi.

Contoh komunikasi fase kerja:

- Sambil melakukan palpasi perut klien, perawat berkata “Apakah di daerah sini yang terasa nyeri yang menyebabkan ibu sering merasa mual dan muntah?”
- Saya lihat, ibu tampak sangat khawatir dan tertekan dengan kondisi ibu sekarang. Perawat menggunakan catatan medik, laboratorium, foto rotgen, dll sebagai bentuk komunikasi tertulis dengan anggota tim kesehatan lain untuk melengkapi dan

mengklarifikasi data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik dan observasi.

3. Pengumpulan Data dari Dokumen lain.

Perawat menggunakan catatan medik, laboratorium, foto rotgen, dll sebagai bentuk komunikasi tertulis dengan anggota tim kesehatan lain untuk melengkapi dan mengklarifikasi data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik dan observasi.

Lakukanlah latihan komunikasi seperti pada contoh ilustrasi saat wawancara di atas

- Anda bergantian bermain peran sebagai perawat dan klien secara bergantian
- Mintalah teman / pasangan bermain peran Anda mengevaluasi penampilan komunikasi Anda

- Diskusikan permasalahan Anda dengan teman Anda
- Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan latihan?

III. KOMUNIKASI PADA TAHAP DIAGNOSA KEPERAWATAN

A. TUJUAN

Memahami komunikasi pada tahap diagnosa keperawatan

B. PENDAHULUAN

Pada tahap proses keperawatan ini komunikasi dilakukan untuk mengklarifikasi data dan menganalisisnya sebelum menentukan masalah keperawatan Klien, selanjutnya mendiskusikan dengan klien. Masalah atau diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dikomunikasikan/ disampaikan kepada klien agar dia kooperatif dan berusaha bekerjasama dengan perawat untuk mengatasi masalahnya dan juga kepada perawat lain secara langsung dan tulisan untuk dokumentasi. Teknik yang dilakukan paa tahap diagnosis keperawatan adalah teknik informasi (informing).

C. APLIKASI KOMUNIKASI PADA DIAGNOSA KEPERAWATAN

Beberapa contoh diagnosis keperawatan terkait dengan gangguan nutrisi:

- Nutrisi tidak adekuat (kurang) sehubungan dengan gangguan proses digesti
- Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan gangguan metabolisme.

Contoh Komunikasi pada fase kerja:

“Berdasarkan data yang saya peroleh melalui pemeriksaan fisik dan informasi dari ibu terkait dengan keluhan yang menyebabkan ibu masuk rumah sakit, saya menyimpulkan bahwa ibu mengalami gangguan nutrisi karena ada masalah pada proses digesti. Lambung ibu bermasalah, terkait dengan masalah pada lambung ibu, saya akan berkolaborasi dengan dokter untuk pengobatan dan tindakan selanjutnya selanjutnya”.

Lakukanlah latihan komunikasi seperti pada contoh ilustrasi saat wawancara di atas

- Anda bergantian bermain peran sebagai perawat dan klien secara bergantian
- Mintalah teman / pasangan bermain peran Anda mengevaluasi penampilan komunikasi Anda
- Diskusikan permasalahan Anda dengan teman Anda
- Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan latihan?

IV. KOMUNIKASI PADA TAHAP PERENCANAAN

A. TUJUAN

Memahami komunikasi pada tahap perencanaan

B. PENDAHULUAN

Pada tahap ini tugas perawat adalah merumuskan tujuan keperawatan dan menetapkan kriteria keberhasilan, merencanakan asuhan keperawatan dan tindakan kolaboratif yang akan dilakukan. Komunikasi yang penting dilakukan perawat pada fase ini adalah mendiskusikan kembali rencana yang sudah disusun perawat dan bersama klien menentukan kriteria keberhasilan yang akan dicapai. Dalam fase ini keterlibatan keluarga juga penting kaitannya dengan peranserta keluarga dalam perawatan klien. Rencana asuhan keperawatan selanjutnya di tulis atau didokumentasikan dalam status klien sebagai bentuk tanggung jawab profesional dan memudahkan komunikasi antar tim kesehatan untuk asuhan keperawatan yang berkesinambungan.

C. APLIKASI KOMUNIKASI PADA TAHAP PERENCANAAN Contoh Komunikasi pada fase kerja:

“Berdasarkan masalah keperawatan yang telah kita tetapkan bersama, selanjutnya saya kolaborasikan dengan dokter terkait dengan masalah tersebut, saya sampaikan bahwa salah satu tindakan yang akan dilakukan

pada ibu adalah pemasangan infus. Tujuan pemasangan infus ini adalah untuk memenuhi kebutuhan nutrisi ibu. Untuk saat ini lambung ibu harus diistirahatkan dulu untuk pemeriksaan selanjutnya. Pemasangan infus ini sifatnya sementara, jika ibu tidak mual atau muntah lagi maka akan kami lepaskan”.

Lakukanlah latihan komunikasi seperti pada contoh ilustrasi saat wawancara di atas

- Anda bergantian bermain peran sebagai perawat dan klien secara bergantian
- Mintalah teman / pasangan bermain peran Anda mengevaluasi penampilan komunikasi Anda
- Diskusikan permasalahan Anda dengan teman Anda
- Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan latihan?

V. KOMUNIKASI PADA TAHAP IMPLEMENTASI

A. TUJUAN

Memahami komunikasi pada tahap implementasi

B. PENDAHULUAN

Pada tahap ini berkomunikasi atau diskusi dengan para profesional kesehatan lain adalah penting dalam rangka untuk memberikan penanganan yang adekuat kepada klien. Pada tahap ini perawat sangat efektif berkomunikasi dengan klien karena perawat akan menggunakan seluruh kemampuan dalam komunikasi pada saat menjelaskan tindakan tertentu, memberikan pendidikan kesehatan, memberikan konseling, menguatkan sistem pendukung, membantu meningkatkan kemampuan koping, dan sebagainya. Perawat menggunakan verbal maupun non verbal selama melakukan tindakan keperawatan untuk mengetahui respon klien secara langsung (yang diucapkan) maupun yang tidak diucapkan. Semua aktifitas keperawatan / tindakan harus didokumentasikan secara tertulis untuk dikomunikasikan kepada tim kesehatan lain, mengidentifikasi rencana tindak lanjut, dan aspek legal dalam asuhan keperawatan.

Teknik komunikasi terapeutik yang digunakan pada fase ini adalah memberikan informasi (informing), dan mungkin berbagi persepsi.

C. APLIKASI KOMUNIKASI PADA TAHAP IMPLEMENTASI Contoh Komunikasi pada fase kerja:

“Tadi sudah saya sampaikan bahwa salah satu tindakan yang akan saya lakukan adalah

memasang infus. Tujuan pemasangan infus adalah untuk memenuhi kebutuhan nutrisi ibu. Saat pemasangan, ibu akan merasa sakit sedikit waktu jarum infus dimasukkan ke pembuluh darah, Apakah ibu sudah siap?”

Pada saat melakukan tindakan keperawatan, disamping komunikasi verbal yang diucapkan dengan kata-kata, perawat harus menunjukkan sikap terapeutik secara fisik selama berkomunikasi, yaitu:

1. Ekspresi wajah menyenangkan, tampak ikhlas
2. Mendekat dan Membungkuk ke arah klien
3. Mempertahankan kontak mata yang menunjukkan kesungguhan untuk membantu
4. Sikap terbuka tidak meliat tangan atau kaki saat interaksi terjadi
5. Tetap rileks
- 6.

VI. KOMUNIKASI PADA TAHAP EVALUASI

A. TUJUAN

Memahami komunikasi pada tahap evaluasi

B. PENDAHULUAN

Pada tahap ini perawat menilai keberhasilan dari asuhan dan tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Semua hasil dicatat dalam buku catatan perkembangan perawatan klien, mendiskusikan hasil dengan klien, meminta tanggapan klien atas keberhasilan atau ketidakberhasilan tindakan yang dilakukan, dan bersama klien merencanakan tindak lanjut asuhan keperawatannya. Jika belum berhasil maka perawat dapat mendiskusikan kembali dengan klien apa yang diharapkan dan bagaimana peran serta / keterlibatan klien atau keluarga dalam mencapai tujuan dan rencana baru asuhan keperawatan klien.

Pada setiap fase dalam proses perawatan, perawat harus menggunakan teknik-teknik komunikasi terapeutik dan menggunakan fase-fase behubungan intim Perawat – Klien mulai fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi.

Setiap Anda diminta latihan, siapkan diri Anda terlebih dahulu dengan membuat Strategi Pelaksanaan (SP) Komunikasi. Untuk mengingatkan kembali berikut ini format SP komunikasi yang harus Anda tulis sesuai dengan kondisi klien, tujuan dan rencana yang akan Anda lakukan. Setiap Anda membuat SP Komunikasi, berarti Anda sudah masuk fase Pra

orientasi tahapan komunikasi dan hubungan terapeutik perawat dan klien.

FORMAT

STRATEGI PELAKSANAAN KOMUNIKASI

Kondisi Klien :

Diagnosis Keperawatan :

Rencana Keperawatan :

Tujuan :

SP Komunikasi

Fase Orientasi: Salam terapeutik Evaluasi dan Validasi Kontrak

Fase Kerja : (Tuliskan kata-kata sesuai tujuan dan rencana yang akan dicapai /dilakukan)

Fase Terminasi : Evaluasi subyektif / obyektif Rencana tindak lanjut Kontrak yang akan datang

VII. KOMUNIKASI PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

A. TUJUAN

Memahami tentang penerapan komunikasi saat melakukan asuhan keperawatan klien dengan gangguan kebutuhan dasar manusia berdasarkan tahap-tahap komunikasi / hubungan terapeutik.

B. PENDAHULUAN

Dalam kegiatan belajar ini akan memberikan pengetahuan dan pemahaman tentang penerapan komunikasi saat Anda melakukan asuhan keperawatan klien dengan gangguan kebutuhan dasar manusia berdasarkan tahap-tahap komunikasi / hubungan terapeutik . Pada latihan pertama ini fokuskan latihan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan

oksigen dan selanjutnya berlatihlah menerapkan komunikasi terapeutik untuk membantu klien mengatasi masalah / gangguan kebutuhan lainnya.

C. APLIKASI KOMUNIKASI PADA TAHAP PERENCANAAN Ilustrasi kasus

Seorang klien bernama ibu Fatimah, usia 38 tahun diantar keluarganya ke rumah sakit dengan keluhan sesak nafas. Ibu Fatimah mengeluh batuk-batuk sudah lebih dari satu minggu dan hari ini ditambah dengan sesak yang semakin berat disertai perasaan tidak nyaman di dada. Kondisi klien : tampak pucat, ada pernafasan cuping hidung, Respirasi Rate lebih dari 28x/menit.

1. Penerapan Komunikasi pada tahap pengkajian Fase Pra Interaksi :

(Mahasiswa membuat SP Komunikasi sebelum interaksi)

Fase Orientasi : (salam terapeutik, evaluasi / validasi dan kontrak),
P=Perawat, K=Klien P : Selamat pagi bu, assalamu'alaikum,

K : Jawaban salam klien

P : Bagaimana perasaan ibu hari ini? Ibu tampak segar dan lebih cantik dari biasanya. K : *Respon klien terkait perasaannya dan reward yang diberikan perawat

P : Tujuan saya datang ke ibu adalah akan melakukan pemeriksaan / pengkajian keperawatan untuk mendapatkan data terkait dengan masalah pernafasan yang terjadi pada ibu.

Pemeriksaan yang akan saya lakukan lebih kurang 15 menit, saya harap ibu dapat

bekerjasama dengan saya selama pemeriksaan / pengkajian saya lakukan.

P: *Respon klien terkait persetujuannya dalam kontrak yang dilakukan

K: Tempatnya di tempat tidur ini saja dan ibu dapat tetap istirahat supaya tidak sesak. P: *Respon klien mengangguk atau mengatakan ya.

*Respon klien sesuai kondisi klien

Fase Kerja (Terkait dengan pemeriksaan yang akan dilakukan)

P : Coba ceritakan sejak kapan ibu merasa sesak nafas ibu bertambah berat (tunggu respon klien). Coba identifikasi pada saat apa sesak yang ibu rasakan semakin bertambah berat (tunggu respon klien). Apakah sebelumnya batuk ibu tidak disertai sesak?(tunggu respon klien). Bila ibu merasa sesak, dampak apa yang paling berat ibu rasakan ?? (tunggu respon klien)

K : Respon terkait dengan pertanyaan perawat

P : Sekarang saya akan melakukan pemeriksaan suara nafas dengan menggunakan stetoskop.

Mohon ibu dapat bekerjasama dengan saya. Silakan ibu berbaring terlentang, ayo saya bantu untuk mengatur posisi yang nyaman buat ibu. Bagaimana apakah posisi sekarang membuat ibu nyaman ??

K : Respon klien

P: Permisi ya bu saya akan membuka baju bagian atas dan memeriksa paruparu. Coba tarik nafas dalam kemudian hembuskan dst.

Fase Terminasi (TerKait dengan pemeriksaan yang akan dilakukan)

P : Baiklah ibu terimakasih telah mampu bekerjasama dengan saya dalam rangka mengumpulkan data tentang masalah pernafasan ibu.

K : Respon klien

P : Bagaimana perasaan ibu setelah pemeriksaan ini? K : Respon Klien

P : Saya akan menganalisa data ibu untuk menetapkan diagnosa

keperawatan ibu dan mengkonsultasikan dengan dokter untuk treatment yang terbaik kepada ibu. Selanjutnya saya akan menyusun rencana asuhan keperawatan dan akan kembali menemui ibu untuk mendiskusikannya.

K : Respon klien

P : Baiklah bu nanti saya akan kembali 10 menit lagi, terimakasih ya .
Selamat pagi..... Assalamu'alaikum

P : Jawaban klien

Setelah tahap pengkajian keperawatan selesai sesuai dengan tujuan selanjutnya perawat melakukan analisis data untuk menentukan masalah / diagnosa keperawatan klien. Setelah menetapkan masalah keperawatan, perawat menginformasi diagnosa keperawatan tersebut kepada klien.

2. Penerapan Komunikasi pada tahap Diagnosa Keperawatan klien dengan gangguan kebutuhan oksigen,

Fase orientasi

P : Assalamu'alaikum, bu K : Jawaban salam klien

P : Bagaimana perasaan ibu sekarang?

K : Respon klien terkait perasaannya dan reward yang diberikan perawat

P : Seperti yang sudah saya sampaikan tadi bahwa saya datang kembali untuk menyampaikan hasil analisis terkait dengan masalah ibu. Waktunya 10 menit saja.

K : Respon persetujuan klien

Fase Kerja

P : Berdasarkan hasil pemeriksaan ibu mengalami gangguan kebutuhan oksigenasi (pada proses difusi). ibu menderita radang paru-paru yang cukup lama sehingga mengganggu proses oksigenasi di paru-paru ibu.

K : Respon klien

P : Menurut ibu bagaimana kesimpulan terkait dengan masalah ibu dan hasil konsultasi? K : Respon klien

P-K : Melakukan diskusi sampai ada kesepakatan dan kesepahaman klien terkait masalahnya.

Fase Terminasi

P : Baiklah bu, menurut pendapat saya ibu telah paham dengan masalah ibu, selanjutnya ibu bisa bekerjasama dengan kami selama perawatan di rumah sakit ini.

K : Respon Klien

P : Bagaimana perasaan ibu setelah mengetahui tentang diagnosa / masalah keperawatan ibu? K : Respon klien

P : Setelah ini akan kami rencanakan tindakan keperawatan dan hasil kolaborasi dengan dokter dan selanjutnya akan saya diskusikan kembali dengan ibu.

K : Respon Klien

P : Nanti saya akan kembali untuk menyampaikan rencana keperawatan yang saya buat dan segera melakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan ibu.

3. Penerapan Komunikasi pada tahap Rencana Keperawatan klien dengan gangguan kebutuhan oksigen

P : Assalamu'alaikum, bu K : Jawaban salam klien

P : Bagaimana perasaan ibu sekarang?

K : Respon klien terkait perasaannya dan reward yang diberikan perawat

P : Saya akan menyampaikan rencana tindakan keperawatan ibu, waktu yang diperlukan 5 – 10 menit. Apa ibu siap mendengarkan?

K : Respon persetujuan klien

Fase Kerja

P : Berdasarkan masalah / diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan, saya sampaikan bahwa rencana yang akan kami lakukan adalah: memberikan oksigen melalui kanul oksigen, memberikan pengobatan sesuai program dokter, dan melakukan pemeriksaan-pemeriksaan antara lain foto thoraks (Rontgen) untuk melihat luasnya gangguan, dan pemeriksaan darah.

K : Respon klien

P : Saya mengharapkan ibu bisa bekerjasama dengan kami untuk mengatasi masalah kesehatan ibu.

K : Respon klien

Fase Terminasi

P : Bagaimana perasaan ibu sekarang? K : Respon Klien

P : Setelah ini saya akan melakukan tindakan keperawatan dengan cepat sesuai rencana. Saya akan kembali 5 menit lagi untuk memberikan oksigen, pengambilan contoh darah dan tindakan-tindakan lain yang sesuai rencana.

K : Respon Klien

4. Penerapan Komunikasi pada tahap Tindakan Keperawatan klien dengan gangguan kebutuhan oksigen

Contoh komunikasi pada tahap tindakan keperawatan Fase orientasi

P : Assalamu'alaikum, bu K : Jawaban salam klien

P : Bagaimana perasaan ibu sekarang?

K : Respon klien terkait perasaannya dan reward yang diberikan perawat

P : Seperti yang sudah saya sampaikan tadi bahwa saya datang kembali

untuk melakukan tindakan keperawatan dalam rangka memenuhi kebutuhan oksigen ibu yang terganggu. Apa ibu sudah siap?

K : Respon persetujuan klien

Fase Kerja :

P : Mari saya bantu posisi yang nyaman buat ibu. Permissi saya pasang slang oksigen ini melalui hidung ibu. Mungkin ibu merasa tidak nyaman untuk sementara, tapi saya yakin dengan alat bantu nafas ini, rasa sesak nafas ibu akan berkurang. Semoga tidak terlalu lama ibu akan dapat bernafas kembali dengan normal.

K : Respon klien

Fase Terminasi

P : Bagaimana pernafasan ibu sekarang? . K : Respon Klien

P : Jika ada masalah selama dalam pemberian bantuan oksigen ini, laporkan kepada kami K : Respon Klien

P : Nanti saya akan kembali untuk melakukan evaluasi keperawatan terkait tindakan yang telah dilakukan

P : Terimakasih ibu telah bekerjasama dengan baik. Semoga ibu cepat sembuh. Mohon pamit dan Selamat siang

5. Penerapan Komunikasi pada tahap Evaluasi Tindakan Keperawatan klien dengan gangguan kebutuhan oksigen,

Contoh Komunikasi pada tahap Evaluasi Keperawatan P : Selamat siang bu, assalamu'alaikum,

K : Jawaban salam klien

P : Bagaimana perasaan ibu sekarang? Saya lihat wajah ibu tidak tampak pucat lagi? Apa sesak ibu sudah berkurang?

K : Respon klien terkait perasaannya

P : Seperti yang sudah saya sampaikan tadi bahwa saya datang kembali untuk melakukan evaluasi tindakan keperawatan. Waktunya 5-10 saja, tapi kalau ibu memerlukan diskusi terkait masalah ibu saya akan siap membantu.

K : Respon persetujuan klien

P : Bagaimana perasaan ibu sekarang? Saya lihat wajah ibu tidak tampak pucat lagi? Apa sesak ibu sudah berkurang?

K : Respon klien terkait perasaannya

P : Seperti yang sudah saya sampaikan tadi bahwa saya datang kembali untuk melakukan evaluasi tindakan keperawatan. Waktunya 5-10 saja, tapi kalau ibu memerlukan diskusi

terkait

masalah ibu saya akan siap membantu.

K : Respon persetujuan klien

Fase Kerja :

P : Permissi saya lihat tanda-tanda fisik ibu ya

(perawat melakukan pemeriksaan terkait kebutuhan oksigen klien) K :

Respon klien

Fase Terminasi

P : Bagaimana pernafasan ibu sekarang? . K : Respon Klien

P : Setelah saya kaji ulang masalah ibu dan informasi yang ibu berikan, saya dapat simpulkan bahwa rasa sesak ibu telah berkurang, akan tetapi bantuan tersebut dan obat-obatan untuk mengatasi infeksi paru-paru ibu harus tetap diberikan supaya penyelesaian masalah ibu bisa tuntas.

K : Respon Klien

Dari contoh pelaksanaan komunikasi di atas dapat kita ketahui bahwa pada tiap tahap proses perawatan pada saat perawat melakukan tindakan untuk mengatasi masalah klien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya, selalu melibatkan fase-fase berhubungan dan komunikasi terapeutik mulai fase pra orientasi, fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi.

Lakukanlah latihan komunikasi seperti pada contoh ilustrasi di atas

- Anda bergantian bermain peran sebagai perawat dan klien secara bergantian
- Mintalah teman / pasangan bermain peran Anda mengevaluasi penampilan komunikasi Anda
- Diskusikan permasalahan Anda dengan teman Anda
- Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan latihan?

Selama masa ini, potensi pertumbuhan pribadi meningkat. Begitu juga dengan potensi kegagalan.

VIII. KOMUNIKASI PADA KLIEN ANAK-ANAK

Tahap 1. *Trust vs Mistrust* (percaya vs tidak percaya)

- Terjadi pada usia 0 s/d 18 bulan
- Tingkat pertama teori perkembangan psikososial Erikson terjadi antara kelahiran sampai usia satu tahun dan merupakan tingkatan paling dasar dalam hidup.

Memahami tentang penerapan komunikasi saat melakukan asuhan keperawatan klien

anak sesuai dengan tahap tumbuh kembang berdasarkan tahap-tahap komunikasi / hubungan terapeutik.

A. PENDAHULUAN

Dalam kegiatan belajar ini akan memberikan pengetahuan dan pemahaman tentang penerapan komunikasi saat Anda melakukan asuhan keperawatan klien dengan berbagai usia berdasarkan tahap psikososial Erickson. Pada latihan pertama ini fokuskan latihan pada klien anak-anak dan selanjutnya berlatihlah menerapkan komunikasi terapeutik untuk membantu klien mengatasi masalah / gangguan kebutuhan lainnya.

Teori Erik Erikson tentang perkembangan manusia dikenal dengan teori perkembangan psiko-sosial. Teori perkembangan psikososial ini adalah salah satu teori kepribadian terbaik dalam psikologi. Seperti Sigmund Freud, Erikson percaya bahwa kepribadian berkembang dalam beberapa tingkatan. Salah satu elemen penting dari teori tingkatan psikososial Erikson adalah perkembangan persamaan ego. Persamaan ego adalah perasaan sadar yang kita kembangkan melalui interaksi sosial. Menurut Erikson, perkembangan ego selalu berubah berdasarkan pengalaman dan informasi baru yang kita dapatkan dalam berinteraksi dengan orang lain. Erikson juga percaya bahwa kemampuan memotivasi sikap dan perbuatan dapat membantu perkembangan menjadi positif, inilah alasan mengapa teori Erikson disebut sebagai teori perkembangan psikososial.

Ericson memaparkan teorinya melalui konsep polaritas yang bertingkat/bertahapan. Ada

8 (delapan) tingkatan perkembangan yang akan dilalui oleh manusia. Menariknya bahwa tingkatan ini bukanlah sebuah gradualitas. Manusia dapat naik ketingkat berikutnya walau ia tidak tuntas pada tingkat sebelumnya. Setiap tingkatan dalam teori Erikson berhubungan dengan kemampuan dalam bidang kehidupan. Jika tingkatannya tertangani dengan baik, orang itu akan merasa pandai. Jika tingkatan itu tidak tertangani dengan baik, orang itu akan tampil dengan perasaan tidak selaras.

Dalam setiap tingkat, Erikson percaya setiap orang akan mengalami konflik/krisis yang merupakan titik balik dalam perkembangan. Erikson berpendapat, konflik-konflik ini berpusat pada perkembangan kualitas psikologi atau kegagalan untuk mengembangkan kualitas itu.

- Oleh karena bayi sangat bergantung, perkembangan kepercayaan didasarkan pada ketergantungan dan kualitas dari pengasuh kepada anak.
- Jika anak berhasil membangun kepercayaan, dia akan merasa selamat dan aman dalam dunia. Pengasuh yang tidak konsisten, tidak tersedia secara emosional, atau menolak, dapat mendorong perasaan tidak percaya diri pada anak yang di asuh. Kegagalan dalam mengembangkan kepercayaan akan menghasilkan ketakutan dan kepercayaan bahwa dunia tidak konsisten dan tidak dapat di tebak.

Tahap 2. Otonomi (*Autonomy*) VS malu dan ragu-ragu (*shame and doubt*)

- Terjadi pada usia 18 bulan s/d 3 tahun
- Tingkat ke dua dari teori perkembangan psikososial Erikson ini terjadi selama masa awal kanak-kanak dan berfokus pada perkembangan besar dari pengendalian diri.
- Seperti Freud, Erikson percaya bahwa latihan penggunaan toilet adalah bagian yang penting sekali dalam proses ini. Tetapi, alasan Erikson cukup berbeda dari Freud. Erikson percaya bahwa belajar untuk mengontrol fungsi tubuh seseorang akan membawa kepada perasaan mengendalikan dan kemandirian.
- Kejadian-kejadian penting lain meliputi

pemerolehan pengendalian lebih yakni atas pemilihan makanan, mainan yang disukai, dan juga pemilihan pakaian.

- Anak yang berhasil melewati tingkat ini akan merasa aman dan percaya diri, sementara yang tidak berhasil akan merasa tidak cukup dan ragu-ragu terhadap diri sendiri.

Tahap 3. Inisiatif (*Initiative*) vs rasa bersalah (*Guilt*)

- Terjadi pada usia 3 s/d 5 tahun.
- Selama masa usia prasekolah mulai menunjukkan kekuatan dan kontrolnya akan dunia melalui permainan langsung dan interaksi sosial lainnya. Mereka lebih tertantang karena menghadapi dunia sosial yang lebih luas, maka dituntut perilaku aktif dan bertujuan.
- Anak yang berhasil dalam tahap ini merasa mampu dan kompeten dalam memimpin orang lain. Adanya peningkatan rasa tanggung jawab dan prakarsa.
- Mereka yang gagal mencapai tahap ini akan merasakan perasaan bersalah, perasaan ragu-ragu, dan kurang inisiatif. Perasaan bersalah yang tidak menyenangkan dapat muncul apabila anak tidak diberi kepercayaan dan dibuat merasa sangat cemas.

•		
•	kehidupan psikisnya karena konflik internal, antara id dan super ego.	lingkungan sosial.

Erikson yakin bahwa kebanyakan rasa bersalah dapat digantikan dengan cepat oleh rasa berhasil.

Tahap 4. *Industry vs inferiority* (tekun vs rasa rendah diri)

- Terjadi pada usia 6 s/d pubertas. Melalui interaksi sosial, anak mulai mengembangkan perasaan bangga terhadap keberhasilan dan kemampuan mereka.
- Anak yang didukung dan diarahkan oleh orang tua dan guru membangun perasaan kompeten dan percaya dengan ketrampilan yang dimilikinya. Anak yang menerima sedikit atau tidak sama sekali dukungan dari orang tua, guru, atau teman sebaya

akan merasa ragu akan kemampuannya untuk berhasil.

- Prakarsa yang dicapai sebelumnya memotivasi mereka untuk terlibat dengan pengalaman-pengalaman baru.
- Ketika beralih ke masa pertengahan dan akhir kanak-kanak, mereka mengarahkan energi mereka menuju penguasaan pengetahuan dan keterampilan intelektual.
- Permasalahan yang dapat timbul pada tahun sekolah dasar adalah berkembangnya rasa rendah diri, perasaan tidak berkompeten dan tidak produktif.
- Erikson yakin bahwa guru memiliki tanggung jawab khusus bagi perkembangan ketekunan anak-anak.

Perbandingan Sigmund Freud

Erikson adalah pengembang teori Freud dan mendasarkan konstruk teori psikososialnya dari psiko-analisis Freud. Kalau Freud memaparkan teori perkembangan manusia hanya sampai masa remaja, maka para penganut teori psiko-analisa (freudian) akan menemukan kelengkapan penjelasan dari Erikson, walaupun demikian ada perbedaan antara psikoseksual Freud dengan psikososial Erikson. Beberapa aspek perbedaan tersebut dapat dilihat di bawah ini:

Freud	Erikson
• Peranan/fungsi id dan ketidaksadaran sangat penting	• Peran/fungsi ego lebih ditonjolkan, yang berhubungan dengan tingkah laku yang nyata.
• Hubungan segitiga antara anak, ibu dan ayah menjadi landasan yang terpenting dalam perkembangan kepribadian.	• Hubungan-hubungan yang penting lebih luas, karena mengikutsertakan pribadi-pribadi lain yang ada dalam lingkungan hidup yang langsung pada anak. Hubungan antara anak dan orang tua melalui pola pengaturan bersama

	(<i>mutual regulation</i>).
• Orientasi patologik, mistik karena berhubungan dengan berbagai hambatan pada struktur kepribadian dalam perkembangan kepribadian.	• Orientasinya optimistik, karena kondisi- kondisi dari pengaruh lingkungan sosial yang ikut mempengaruhi perkembangan kepribadian anak bisa diatur.
• Timbulnya berbagai hambatan dalam	• Konflik timbul antara ego dengan

B. CONTOH APLIKASI KOMUNIKASI KLIEN ANAK

Komunikasi pada Bayi

Situasi

Suatu hari Ibu Ifa datang ke klinik perawat Devi untuk meminta tolong mengajari bagaimana cara memandikan bayi yang benar.

Ibu Ifa : Assalamualaikum

Perawat Devi : Waalaikumsalam, silahkan masuk Bu. Perkenalkan nama saya Perawat Devi yang jaga klinik pada hari ini. Apa ada yang bisa saya bantu Bu?

Ibu Ifa : Perkenalkan sus, nama saya Ibu ifa, saya datang kemari untuk meminta tolong kepada suster Devi untuk mengajari saya bagaimana cara memandikan bayi yang benar sus karena baru satu minggu kemarin saya melahirkan dan belum tahu cara memandikan bayi yang benar. Apakah suster bersedia?

Perawat Devi : Oh iya Bu, saya akan melakukan kontrak kerja terlebih dahulu kepada Ibu.

Kapan dan dimana kita bisa bertemu Bu?

Ibu Ifa : Bagaimana kalau besok suster ke rumah saya di Jalan Anggrek no 11, Plaza. Kira-kira suster bisanya jam berapa ya?

Perawat Devi : Bagaimana kalau besok sekitar jam 10 saja Bu, apakah Ibu bisa? Ibu Ifa : Iya sus bisa.

Perawat Devi : Oh iya sudah Bu, besok saya akan datang ke rumah Ibu di Jalan Anggrek no 11, Plaza jam 10 ya Bu. Apakah benar bu?

Ibu Ifa : Iya Ibu benar.

Perawat Devi : Apakah ada yang mau ditanyakan lagi Bu?

Ibu Ifa : Oh tidak sus, besok saya tunggu suster dirumah. Terimakasih sus atas kerjasamanya.

Perawat Devi : Iya Bu sama-sama.

Ibu Ifa : Oh iya sudah sus begitu saja, saya pamit pulang dulu sus.

Wassalamualaikum Sus.

Perawat Devi : Waalaikumsalam Bu.

Ibu Ifa berusia 23 tahun dan memiliki bayi perempuan berusia seminggu, Ibu Ifa ingin belajar mandiri dan ingin mengetahui cara memandikan bayinya dengan perawat Devi di rumah Ibu Ifa.

Fase Orientasi

Perawat Devi : Assalamualaikum

Ibu Ifa : Waalaikumsalam

Perawat Devi : Bagaimana keadaan si kecil Bu? Sehat?

Ibu Ifa : Alhamdulillah baik Bu. Mari silahkan masuk Bu. Wah kebetulan Bu, junior waktunya untuk dimandikan.

Perawat Devi : Wah kebetulan banget ya Bu, oh ya bagaimana kalau kita mulai sekarang saja untuk memandikan juniornya.

Ibu Ifa : Oh iya Bu, mari Bu.

Fase Kerja

Ibu Ifa : Ini Bu, kelengkapan mandi sudah saya siapkan. Oh ini Bu juniornya. Perawat Devi : Iya Bu (sambil membuka baju bayi) jangan lupa Bu, suhurnya air untuk mandi jangan terlalu panas atau dingin, bersihkan kulit bayi dari kotoran, sisa

makanan, air seni dan tinjanya dengan air, mandi dua kali sehari itu juga membantu membersihkan kulit si kecil. Jika si kecil sangat aktif, mandi juga bisa dilakukan tiga kali sehari Bu.

Ibu Ifa : Oh jadi seperti itu ya Bu (Ibu Ifa yang mempraktekan, perawat yang membimbing)

Perawat Devi : Waktu si kecil dimandikan dilihat sabunnya juga ya Bu, sabun yang baik untuk si kecil yaitu sabun yang khusus untuk bayi dan usahakan sabunnya agak berminyak ya Bu.

Ibu Ifa : Itu tujuannya untuk apa Bu?

Perawat Devi : Tujuannya untuk mencegah iritasi pada kulit si kecil, sangat baik bila bilasan dilakukan dua kali untuk membersihkan bahan-bahan kimia Bu. Kalau misal iritasi terhadap merek tertentu sebaiknya beralih ke merek lain Bu jangan sampai berlarut-larut.

Ibu Ifa : Iya Bu, lalu adakah bagian tertentu yang perlu perlakuan ekstra Bu?

Perawat Devi : Ada. Daerah seperti sela jari jemari, ketiak, selangkangan jangan sampai terlewatkan. Cara membersihkan alat kelamin laki-laki dan perempuan berbeda Bu. Cara membersihkan alat kelamin bayi perempuan itu dibasuh dari bagian depan ke belakang Bu atau ke arah anus dengan menggunakan kapas atau waslap basah tapi yang lembut ya Bu dan waktu si kecil BAB bilas anus dengan menggunakan air bersih yang mengalir kalau terpaksa Ibu bisa menggunakan tisu atau kapas basah. Nah tisuanya jangan mengandung alkohol ya Bu dikhawatirkan bisa membuat kulit bayi iritasi.

Ibu Ifa : Iya Bu, jadi seperti itu ya Bu.

Perawat Devi : Selesai mandi, pakai handuk yang lembut agar nyaman di kulit si kecil, memakai pelembab berupa lotion atau krim yang gunanya untuk mempertahankan kandungan air yang terdapat di kulit Bu, nah khususnya pada bagian luar.

Apakah Ibu sudah mengerti?

Ibu Ifa : Baik Bu, saya sudah mengerti sekarang.

Fase Terminasi

Perawat Devi : Sepertinya Ibu sudah mulai paham. Apa Ibu bisa mengulangi seperti yang saya contohkan tadi?

Ibu Ifa : Tentu saja (sambil mempraktekan dengan penuh)

Perawat Devi : Benar sekali. Bu kalau besok kira-kira saya akan kembali lagi untuk mengontrol bagaimana Bu?

Ibu Ifa : Baik Bu.

Perawat Devi : Baiklah, saya sekarang pamit dulu Bu. Wassalamualaikum
Ibu Ifa : Waalaikumsalam

Lakukanlah latihan komunikasi seperti pada contoh ilustrasi di atas

- Anda bergantian bermain peran sebagai perawat dan klien secara bergantian
- Mintalah teman / pasangan bermain peran Anda mengevaluasi penampilan komunikasi Anda
- Diskusikan permasalahan Anda dengan teman Anda
- Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan latihan?

KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA TODDLER

Pada suatu hari di sebuah Rumah Sakit datanglah seorang klien sanak balita bersama ibunya. anak itu terlihat lemas dan pucat.

Perawat : selamat pagi Ibu, saya perawat yang bertugas pagi hari ini, maaf boleh saya

tau saya berbicara dengan Ibu siapa ?

Ibu klien: nama saya ibu Ira sus, dan nama anak saya ini Icha. Klien :
oh begitu, Ibu Ira ada yang bisa saya bantu ?

Ibu klien: iya sus ini anak saya sakit sus, sepertinya dia sakit diare sus.
Perawat : baik bu, bagaimana gejala yang terjadi pada anak ibuk ?

Ibu klien : begini sus, anak sayan itu sudah 2 hari BAB nya cair dan sedikit kemerahan sus, sedangkan dalam satu hari BAB nya bisa sampai 8 kali. Anak saya juga demam sus.

Perawat : baik ibu, untuk mengetahui kondisi anak ibu apa boleh saya priksa anak ibu sekarang ?

Ibu klien : baik sus.

Perawat : adek Icha yang cantik, sekarang suster mau mengukur suhu tubuh adek ya. Ini namanya termometer untuk mengukur suhu tubuh adek icha, di taruh di ketiak adek Icha. Suster taruh sekarang ya ?

Klien : iya sus.

Perawat : (sembari menunggu hasil suhu tubuh, suster memeriksa detak jantung adek Icha) Beberapa saat kemudian hasilnya diketahui

Perawat : (mengambil termometer) ini ibu hasilnya sudah ada, suhu tubuh adek Icha sangat tinggi yaitu 39⁰C.

Ibu Klien : suhu tubuhnya tinggi sekali ya sus ? Perawat : iya buk.

Perawat : boleh saya tau terakhir adek Icha makan apa ya bu ?

Ibu klien : saya kurang tahu ya sus, soalnya saya sibuk bekerja. Oh iya saya ingat sepertinya terakhir kali anak saya makan makanan yang dibeli dipinggir jalan sama pembantu saya sus.

Perawat : sebaiknya ibu sekarang lebih meluangkan waktu untuk anak ibu agar bisa mengontrol makanan yang dimakan anak ibu. Karena pada usia adek Icha ini perlu sekali perhatian dari ibu.

Ibu klien: baiklah sus, terus untuk saat ini apa yang harus saya lakukan untuk anak saya ini ya sus ?

Perawat : untuk saat ini ibu bisa memberikan seperti kauh sub, jus buah segar, air kelapa dan air putih bersih dari sumber yang aman. Jika anak ibu muntah, sebaiknya tunggu hingga 10 menit, kemudian mulai lagi memberikan minuman secara perlahan dan sedikit demi sedikit. Makanan tetap perlu diberikan pada anak yang sedang diare. Meskipun ia menolak, usahakan agar anak mau makan sedikit namun sering. Fungsinya, memberi energi yang surut ketika anak diare serta membantu anak tidak kehilangan berat badan berlebih. Sedangkan makanan yang dianjurkan adalah makanan yang lunak, seperti ubur nasi, bubur kacang hijau, ikan atau daging yang di masak hingga lembut.

Ibu klien : baik sus.

Perawat : oh iya buk, bila besok tiba-tiba adek Icha diare lagi. Ibu bisa memberikan larutan oralit. Larutan oralit bisa ibu beli diapotik tapi jika ibu tidak sempat membelinya ibu bisa membuat larutan oralit sendiri.

Ibu klien : bagaimana cara membuat larutan oralit sendiri sus ?

Perawat : larutkan satu sendok gula putih dan $\frac{1}{4}$ sendok makan garam dalam 200 ml air hangat, atau larutkan delapan sendok gula dan satu sendok garam dalam 1000 ml air hangat.

Ibu klien : baiklah sus.

Perawat : sebelumnya apa bisa Ibu ulangi apa yang tadi saya informasikan kepada Ibu ?

Ibu klien : untuk saat ini saya bisa memberikan seperti kauh sub, jus buah segar, air kelapa dan air putih bersih dari sumber yang aman. Jika anak saya muntah, sebaiknya tunggu hingga 10 menit, kemudian mulai lagi memberikan minuman secara perlahan dan sedikit demi sedikit. Makanan tetap perlu diberikan. Meskipun ia menolak, usahakan agar anak mau makan sedikit namun sering. Fungsinya, memberi energi yang surut ketika anak diare serta membantu anak tidak kehilangan berat badan berlebih. Sedangkan makanan yang dianjurkan adalah makanan yang lunak, seperti ubur nasi, bubur kacang hijau, ikan atau daging yang di masak hingga lembut. Dan jika tiba anak saya diare lagi saya bisa memberikan larutan oralit.

Perawat : baiklah, sepertinya Ibu sudah mengerti.

Ibu klien : baik sus, terimakasih atas bantuannya ya sus ? Perawat : sama-sama Ibu. Cepat sembuh ya adek Icha. Klien : iya sus, trimakasih

sus ?

Perawat : sama-sama adek Icha. Selamat pagi ibu. Ibu klien :
selamat pagi sus. (meninggalkan ruangan)

Perawat : (mengambil termometer) ini ibu hasilnya sudah ada, suhu
tubuh adek Icha sangat tinggi yaitu 39⁰C.

Ibu Klien : suhu tubuhnya tinggi sekali ya sus ? Perawat : iya
buk.

Perawat : boleh saya tau terakhir adek Icha makan apa ya bu ?

Ibu klien : saya kurang tahu ya sus, soalnya saya sibuk bekerja. Oh
iya saya ingat sepertinya terakhir kali anak saya makan makanan yang
dibeli dipinggir jalan sama pembantu saya sus.

Perawat : sebaiknya ibu sekarang lebih meluangkan waktu untuk
anak ibu agar bisa mengontrol makanan yang dimakan anak ibu. Karena
pada usia adek Icha ini perlu sekali perhatian dari ibu.

Ibu klien: baiklah sus, terus untuk saat ini apa yang harus saya lakukan
untuk anak saya ini ya sus ?

Perawat : untuk saat ini ibu bisa memberikan seperti kauh sub, jus
buah segar, air kelapa dan air putih bersih dari sumber yang aman. Jika
anak ibu muntah, sebaiknya tunggu hingga 10 menit, kemudian mulai lagi
memberikan minuman secara perlahan dan sedikit demi sedikit. Makanan
tetap perlu diberikan pada anak yang sedang diare. Meskipun ia menolak,
usahakan agar anak mau makan sedikit namun sering. Fungsinya, memberi
energi yang surut ketika anak diare serta membantu anak tidak kehilangan
berat badan berlebih. Sedangkan makanan yang dianjurkan adalah
makanan yang lunak, seperti ubur nasi, bubur kacang hijau, ikan atau
daging yang di masak hingga lembut.

Ibu klien : baik sus.

Perawat : oh iya buk, bila besok tiba-tiba adek Icha diare lagi. Ibu
bisa memberikan larutan oralit. Larutan oralit bisa ibu beli diapotik tapi
jika ibu tidak sempat membelinya ibu bisa membuat larutan oralit sendiri.

Ibu klien : bagaimana cara membuat larutan oralit sendiri sus ?

Perawat : larutkan satu sendok gula putih dan $\frac{1}{4}$ sendok makan garam dalam 200 ml air hangat, atau larutkan delapan sendok gula dan satu sendok garam dalam 1000 ml air hangat.

Ibu klien : baiklah sus.

Perawat : sebelumnya apa bisa Ibu ulangi apa yang tadi saya informasikan kepada Ibu ?

Ibu klien : untuk saat ini saya bisa memberikan seperti kauh sub, jus buah segar, air kelapa dan air putih bersih dari sumber yang aman. Jika anak saya muntah, sebaiknya tunggu hingga 10 menit, kemudian mulai lagi memberikan minuman secara perlahan dan sedikit demi sedikit. Makanan tetap perlu diberikan. Meskipun ia menolak, usahakan agar anak mau makan sedikit namun sering. Fungsinya, memberi energi yang surut ketika anak diare serta membantu anak tidak kehilangan berat badan berlebih. Sedangkan makanan yang dianjurkan adalah makanan yang lunak, seperti ubur nasi, bubur kacang hijau, ikan atau daging yang di masak hingga lembut. Dan jika tiba anak saya diare lagi saya bisa memberikan larutan oralit.

Perawat : baiklah, sepertinya Ibu sudah mengerti.

Ibu klien : baik sus, terimakasih atas bantuannya ya sus ? Perawat : sama-sama Ibu. Cepat sembuh ya adek Icha. Klien : iya sus, trimakasih sus ?

Perawat : sama-sama adek Icha. Selamat pagi ibu.

Ibu klien : selamat pagi sus. (meninggalkan ruangan)

Lakukanlah latihan komunikasi seperti pada contoh ilustrasi di atas

- Anda bergantian bermain peran sebagai perawat dan klien secara bergantian
- Mintalah teman / pasangan bermain peran Anda mengevaluasi penampilan komunikasi
- Diskusikan permasalahan Anda dengan teman Anda

- Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan latihan?

KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN ANAK SEKOLAH

Suatu hari di sebuah Rumah Sakit di salah satu ruangan ada seorang klien anak sekolah yang berumur 10 tahun, dia bernama Hanifah Uswatun Huda.

P : “Assalamu’alaikum”

K : “Wa’alaikumsalam”

P : “Selamat pagi adek”

K : “Pagi sus”

P : “Adek, saya perawat Anif, yang bertugas pada pagi ini, saya yang nantinya akan merawat adek selama berada di sini.”

K : “Iya sus”

P : “Adek namanya siapa?”

K : “Nama saya Hanifah Uswatun Huda sus.”

P : “Supaya lebih akrab adek maunya dipanggil siapa dek?” K : “Hanifah saja sus.”

P : “Umur adek berapa?”

K : “10 tahun sus.”

P : “Adek sama siapa di sini?”

K : “Sama Ibu, tapi lagi keluar.”

P : “Oh ya, adek tinggalnya di mana?” K : “Saya tinggal di Muntilan sus.”

P : “Bagaimana keadaan adek sekarang, apa yang adek rasakan?”

K : “Kepala saya pusing sus, saya juga mual dan muntah-muntah, badannya terasa nyeri, terus perut saya juga sakit sus.”

P : “Baiklah adek, saya nanti akan kembali lagi kesini untuk

memeriksa kondisi adek, sekitar 10 sampai 15 menit saja.”

K : “Oh iya sus terimakasih.”

Tepat jam 11.00 perawat masuk ke dalam ruangan untuk memeriksa kondisi klien P : “Assalamu’alaikum“

K : “Wa’alaikumsalam”

P : “Bagaimana dek sudah siap?”

K : “Sudah sus.”

P : “Baiklah kita mulai sekarang ya?”

K : “Iya sus”

P : “Rileks saja dek, adek tidak usah tegang , sekarang dicek dulu suhunya” K : ”Iya sus”

P : “Suhu tubuh adek 38° C,agak panas ya dek,sekarang diambil darahnya dulu ya dek, tidak sakit kok”

K : “Iya sus”

P : “Sudah selesai dek, nanti saya akan kembali lagi membawa hasil labnya dan bertemu dengan adek,permisi”

K : “Oh iya sus.”

Tepat pukul 14.00 perawat kembali ke ruangan membawa hasil cek lab klien P : “Assalamu’alaikum”

K : “Wa’alaikumsalam”

P : “Adek, ini hasil labnya sudah keluar ini adek terkena typus, saya disini akan membicarakan tentang penyakit typus, tidak lama dek sekitar 10 menit saja.”

K : “Baiklah sus.”

P : “Apakah sebelumnya adek sudah mengetahui tentang penyakit typus?” K : “Cuma pernah dengar sus”

P : “Kalau begitu saya akan menjelaskan tentang apa itu penyakit typus. Typus adalah penyakit yang disebabkan oleh kuman salmonella yang menyerang di usus halus, dapat ditularkan melalui makanan, jari tangan atau kuku, muntah, lalat, dan feses.”

K : “Oh begitu ya sus, lalu biar tidak terkenan typus, bagaimana mencegahnya?”

P : “Harus menjaga asupan makanannya, adek tidak boleh jajan sembarangan, jaga kebersihan, cuci tangan sebelum makan, dan istirahat yang cukup.”

K : “Oh begitu ya sus, terimakasih sudah menjelaskan tentang typus dan pencegahannya.”

P : “Kalau begitu lewat apa saja dek penularannya?”

K : “Melalui makanan, jari tangan atau kuku, muntah, lalat, dan feses ya sus?” P : “Iya adek, kalau cara mencegahnya, gimana dek tadi?”

K : “Harus menjaga asupan makanan, tidak jajan sembarangan, jaga kebersihan, dan istirahat yang cukup.”

P : “Iya bagus adek, baiklah berarti adek sudah mengerti” K : “Iya sus”

P : “Nah, sekarang gimana perasaan adek setelah kita membicarakan tentang penyakit typus, cara penularan, dan juga cara pencegahannya tadi dek?”

K : “Saya merasa sedikit lega sus setelah suster memberi pengertian tadi. Terima kasih sus.”

P : “Iya dek sama-sama. Besok saya akan kembali kesini lagi ya dek, untuk memeriksa kondisi adek lagi. Baiklah adek terima kasih atas waktunya, selamat beristirahat lagi ya dek cepat sembuh ya? Permisi.”

K : “Iya sus sama-sama.”

Lakukanlah latihan komunikasi seperti pada contoh ilustrasi di atas

- Anda bergantian bermain peran sebagai perawat dan klien secara bergantian
- Mintalah teman / pasangan bermain peran Anda mengevaluasi penampilan komunikasi Anda
- Diskusikan permasalahan Anda dengan teman Anda
- Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan latihan?

IX. KOMUNIKASI PADA REMAJA

A. TUJUAN

Memahami tentang penerapan komunikasi saat melakukan asuhan keperawatan klien remaja sesuai dengan tahap tumbuh kembang berdasarkan tahap-tahap komunikasi / hubungan terapeutik.

B. PENDAHULUAN

Dalam kegiatan belajar ini akan memberikan pengetahuan dan pemahaman tentang penerapan komunikasi saat Anda melakukan asuhan keperawatan klien dengan berbagai usia berdasarkan tahap psikososial Erickson. Pada latihan pertama ini fokuskan latihan pada klien anak-anak dan selanjutnya berlatihlah menerapkan komunikasi terapeutik untuk membantu klien mengatasi masalah / gangguan kebutuhan lainnya.

Teori Erik Erikson tentang perkembangan manusia dikenal dengan teori perkembangan psiko-sosial. Teori perkembangan psikososial ini adalah salah satu teori kepribadian terbaik dalam psikologi. Seperti Sigmund Freud, Erikson percaya bahwa kepribadian berkembang dalam beberapa tingkatan. Salah satu elemen penting dari teori tingkatan psikososial Erikson adalah perkembangan persamaan ego. Persamaan ego adalah perasaan sadar yang kita kembangkan melalui interaksi sosial. Menurut Erikson, perkembangan ego selalu berubah berdasarkan pengalaman dan informasi baru yang kita dapatkan dalam berinteraksi dengan orang lain. Erikson juga percaya bahwa kemampuan memotivasi sikap dan perbuatan dapat membantu perkembangan menjadi positif, inilah alasan mengapa teori Erikson disebut sebagai teori perkembangan psikososial.

Erikson memaparkan teorinya melalui konsep polaritas yang

bertingkat/bertahapan. Ada 8 (delapan) tingkatan perkembangan yang akan dilalui oleh manusia. Menariknya bahwa tingkatan ini bukanlah sebuah gradualitas. Manusia dapat naik ketingkat berikutnya walau ia tidak tuntas pada tingkat sebelumnya. Setiap tingkatan dalam teori Erikson berhubungan dengan kemampuan dalam bidang kehidupan. Jika tingkatannya tertangani dengan baik, orang itu akan merasa pandai. Jika tingkatan itu tidak tertangani dengan baik, orang itu akan tampil dengan perasaan tidak selaras.

Dalam setiap tingkat, Erikson percaya setiap orang akan mengalami konflik/krisis yang merupakan titik balik dalam perkembangan. Erikson berpendapat, konflik-konflik ini berpusat pada perkembangan kualitas psikologi atau kegagalan untuk mengembangkan kualitas itu. Selama masa ini, potensi pertumbuhan pribadi meningkat. Begitu juga dengan potensi kegagalan.

Tahap 5. *Identity vs identify confusion* (identitas vs kebingungan identitas)

- Terjadi pada masa remaja, yakni usia 10 s/d 20 tahun
- Selama remaja ia mengeksplorasi kemandirian dan membangun kepakaan dirinya.
- Anak dihadapkan dengan penemuan siapa mereka, bagaimana mereka nantinya, dan kemana mereka menuju dalam kehidupannya (menuju tahap kedewasaan).
- Anak dihadapkan memiliki banyak peran baru dan status sebagai orang dewasa –pekerjaan dan romantisme, misalnya, orangtua harus mengizinkan remaja menjelajahi banyak peran dan jalan yang berbeda dalam suatu peran khusus.
- Jika remaja menjajaki peran-peran semacam itu dengan cara yang sehat dan positif untuk diikuti dalam kehidupan, identitas positif akan dicapai.
- Jika suatu identitas remaja ditolak oleh orangtua, jika remaja tidak secara memadai menjajaki banyak peran, jika jalan masa depan positif tidak dijelaskan, maka kebingungan identitas merajalela.
- Namun bagi mereka yang menerima dukungan memadai maka eksplorasi personal, kepekaan diri, perasaan mandiri dan control dirinya akan muncul dalam tahap ini.
- Bagi mereka yang tidak yakin terhadap kepercayaan diri dan hasratnya, akan muncul rasa tidak aman dan bingung

terhadap diri dan masa depannya.

Skenario kasus:

Suatu siang di Rumah Sakit Bunda tepatnya dibangsal mawar, datanglah seorang suster yang sedang melaksanakan shif siang dengan bermaksud untuk melakukan komunikasi terapeutik kepada kliennya yang menderita sakit types.

P : Assalamu'alaikum.

K : Wa'alaikumsalam.

P : Selamat siang mbak, saya Dyah Septa. Saya perawat yang jaga pada siang hari ini. Ini mbak Dyaswati Endah Pratiwi ya?

K : Iya sus.

P : Mbak biasa atau lebih senang dipanggil dengan panggilan apa mbak?. K : Suster bisa panggil saya Dyas saja sus.

P : Baik mbak Dyas, bagaimana keadaan mbak hari ini?. Apakah sudah membaik?. K : Alhamdulillah saya sudah agak membaik sus.

P : Alhamdulillah, o ya mbak pada siang hari ini saya ingin sedikit berbincang-bincang dengan mbak tentang masalah types. Apakah mbak Dyas bersedia?.

K : Ya boleh sus.

P : Kira-kira mau kapan mbak?. Dan berapa lama?.

K :Sekarang saja sus, 5-10 menit saja ya sus. Jangan lama-lama.

P : O ya. Tempatnya kira-kira mau dimana mbak? Kalau saya boleh sarankan lebih baik disini saja bagaimana mbak? Agar mbak juga bisa sambil istirahat.

K : Ya sus, saya kira disini saja.

P : Nah, kemarin dokter kan sudah menyampaikan kalau mbak menderita types. Apa sebelumnya mbak sudah mengetahui types itu

seperti apa?.

K : Belum sus, pokoknya saya merasa tubuh saya panas, saya sering sakit kepala, perut saya juga sakit. Nafsu makan saya juga menurun sus.

P : Oh ya, benar itu mbak. Tanda-tanda seperti yang dirasakan mbak tadi merupakan

gejala types pada tahap awal. Jadi types itu penyakit di usus karena infeksi bakteri. Nah agar mbak cepat sembuh, mbak bisa mengonsumsi air putih yang cukup, hindari konsumsi makanan yang bersantan, hindari juga minuman yang beralkohol dan minuman yang mengandung kafein.

K : Terus kalau begitu saya makannya apa sus?.

P : Saya sarankan mbak mengonsumsi bubur yang dicampur dengan sayuran atau lauk supaya nutrisinya lebih mudah diserap oleh tubuh. O ya mbak hindari juga konsumsi susu ya mbak.

K : Memangnya ada apa dengan konsumsi susu sus?.

P : Untuk saat ini susu masih sangat sensitive dengan usus mbak.

K : O begitu sus, baik saya akan melakukan apa yang suster sarankan tadi.

P : Nah sekarang apa mbak sudah paham tentang gejala types dan makanan-makanan yang boleh dikonsumsi mbak selanjutnya?.

K : Types itu penyakit di usus karna bakteri kan sus?. Gejalanya tubuh saya panas, sakit

perut dan juga pusing. Sekarang saya harus makan bubur yang dicampur sayur dan lauk. Dan tidak boleh makan yang bersantan apalagi yang beralkohol atau berkafein. Harus minum air putih yang cukup dan belum boleh minum susu karna masih sensitive untuk usus saya.

P : Ya betul sekali mbak. Jadi, sekarang mbak sudah paham ya tentang masalah types. Sekarang saya mohon ijin kepada mbak untuk mengambil sample darah mbak untuk dilakukan pemeriksaan di laboratorium.

K : O ya silahkan sus. Proses pengambilan darah

P : O ya mbak ini proses pengambilan darahnya sudah selesai. Hasil lab darah mbak baru bisa diketahui besok siang mbak. Bagaimana perasaan mbak sekarang?.

K : Alhamdulillah sus perasaan saya jauh lebih baik. Saya jadi tau tentang apa itu types. P : Apakah sekiranya mbak bersedia kalau kapan-kapan saya ajak ngobrol lagi seperti ini?.

K : Ya sus saya bersedia.

P : Kira-kira mau kapan mbak? Dan tempatnya dimana?.

K : Kalau besok saja bagaimana sus? Sekalian saya mengetahui hasil lab darah saya. P : Baik mbak. Bagaimana dengan tempatnya mbak?.

K : Disini saja ya sus. Diwaktu dan tempat yang sama.

P : Baik berarti besok saya datang berkunjung lagi kesini, ditempat dan waktu yang sama yang mbak.

K : Ya sus.

P : Baiklah kalau begitu sekarang saya permisi dulu ya mbak, semoga mbak cepat sembuh dan selamat beristirahat.

K : Ya sus, terimakasih.

P : Ya mbak, senang bisa membantu. Saya permisi dulu.
Assalamu'alaikum. K : Wa'alaikumsalam.

Lakukanlah latihan komunikasi seperti pada contoh ilustrasi di atas

- Anda bergantian bermain peran sebagai perawat dan klien secara bergantian
- Mintalah teman / pasangan bermain peran Anda mengevaluasi penampilan komunikasi Anda
- Diskusikan permasalahan Anda dengan teman Anda

X. KOMUNIKASI PADA DEWASA DAN LANSIA

- Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan latihan?

Memahami tentang penerapan komunikasi saat melakukan asuhan keperawatan klien dewasa dan lansia sesuai dengan tahap tumbuh kembang berdasarkan tahap-tahap komunikasi / hubungan terapeutik.

A. PENDAHULUAN

Dalam kegiatan belajar ini akan memberikan pengetahuan dan pemahaman tentang penerapan komunikasi saat Anda melakukan asuhan keperawatan klien dengan berbagai usia berdasarkan tahap psikososial Erickson. Pada latihan pertama ini fokuskan latihan pada klien anak-anak dan selanjutnya berlatihlah menerapkan komunikasi terapeutik untuk membantu klien mengatasi masalah / gangguan kebutuhan lainnya.

Teori Erik Erikson tentang perkembangan manusia dikenal dengan teori perkembangan psiko-sosial. Teori perkembangan psikososial ini adalah salah satu teori kepribadian terbaik dalam psikologi. Seperti Sigmund Freud, Erikson percaya bahwa kepribadian berkembang dalam beberapa tingkatan. Salah satu elemen penting dari teori tingkatan psikososial Erikson adalah perkembangan persamaan ego. Persamaan ego adalah perasaan sadar yang kita kembangkan melalui interaksi sosial. Menurut Erikson, perkembangan ego selalu berubah berdasarkan pengalaman dan informasi baru yang kita dapatkan dalam berinteraksi dengan orang lain. Erikson juga percaya bahwa kemampuan memotivasi sikap dan perbuatan dapat membantu perkembangan menjadi positif, inilah alasan mengapa teori Erikson disebut sebagai teori perkembangan psikososial.

Erikson memaparkan teorinya melalui konsep polaritas yang bertingkat/bertahapan. Ada

8 (delapan) tingkatan perkembangan yang akan dilalui oleh manusia. Menariknya bahwa tingkatan ini bukanlah sebuah gradualitas. Manusia dapat naik ke tingkat berikutnya walau ia tidak tuntas pada tingkat sebelumnya. Setiap tingkatan dalam teori Erikson berhubungan dengan kemampuan dalam bidang kehidupan. Jika tingkatannya tertangani dengan

baik, orang itu akan merasa pandai. Jika tingkatan itu tidak tertangani dengan baik, orang itu akan tampil dengan perasaan tidak selaras.

Dalam setiap tingkat, Erikson percaya setiap orang akan mengalami konflik/krisis yang merupakan titik balik dalam perkembangan. Erikson berpendapat, konflik-konflik ini berpusat pada perkembangan kualitas psikologi atau kegagalan untuk mengembangkan kualitas itu. Selama masa ini, potensi pertumbuhan pribadi meningkat. Begitu juga dengan potensi kegagalan.

Tahap 6. *Intimacy vs isolation* (keintiman vs keterkucilan)

- Terjadi selama masa dewasa awal (20an s/d 30an tahun)
- Erikson percaya tahap ini penting, yaitu tahap seseorang membangun hubungan yang dekat dan siap berkomitmen dengan orang lain.
- Mereka yang berhasil di tahap ini, akan mengembangkan hubungan yang komit dan aman.
- Erikson percaya bahwa identitas personal yang kuat penting untuk mengembangkan hubungan yang intim. Penelitian telah menunjukkan bahwa mereka yang memiliki sedikit kepakaan diri cenderung memiliki kekurangan komitmen dalam menjalin suatu hubungan dan lebih sering terisolasi secara emosional, kesendirian dan depresi.
- Jika mengalami kegagalan, maka akan muncul rasa keterasingan dan jarak dalam interaksi dengan orang.

Tahap 7. *Generativity vs Stagnation* (Bangkit vs Stagnan)

- Terjadi selama masa pertengahan dewasa (40an s/d 50an tahun).
- Selama masa ini, mereka melanjutkan membangun hidupnya berfokus terhadap karir dan keluarga.
- Mereka yang berhasil dalam tahap ini, maka akan merasa bahwa mereka berkontribusi terhadap dunia dengan partisipasinya di dalam rumah serta komunitas.
- Mereka yang gagal melalui tahap ini, akan merasa tidak produktif dan tidak terlibat di dunia ini.

Tahap 8. *Integrity vs depair* (integritas vs putus asa)

- Terjadi selama masa akhir dewasa (60an tahun)
- Selama fase ini cenderung melakukan cerminan diri terhadap masa lalu.
- Mereka yang tidak berhasil pada fase ini, akan merasa bahwa hidupnya percuma dan mengalami banyak penyesalan.
- Individu akan merasa kepahitan hidup dan putus asa

- Mereka yang berhasil melewati tahap ini, berarti ia dapat mencerminkan keberhasilan dan kegagalan yang pernah dialami.
- Individu ini akan mencapai kebijaksanaan, meskipun saat menghadapi kematian.

B. Aplikasi

KOMUNIKASI DEWASA MUDA

Skenario kasus:

Pada suatu hari, diruang melati RS Tidar Magelang. Seorang klien berusia 19 tahun yang didiagnosa menderita sakit typhoid.

Tahap orientasi

P : Assalamu'alaikum, selamat pagi mbak K : wa'alaikumsalam, pagi juga sus

P : perkenalkan saya perawat Fitriya dan mbak bisa panggil saya dipanggil Fitriya. Saya perawat yang tugas pada pagi hari ini dari jam 07.00 sampai jam 14.00.saya akan melakukan pemeriksaan selama 5-10 menit kepada mbak. Apakah mbak bersedia?

K : Iya, Sus. Silahkan.

P : Sebelumnya, bolehkah saya tau nama mbak?

K : Nama saya Laksita Isna Sus. Dipanggil Laksita saja.

Tahap kerja

P : Mbak sudah makan belum hari ini? K : Sudah sus, tadi pagi.

P : sudah diminum obatnya mbak? K : sudah juga sus

P : sebelum ini apa yang yang mbak rasakan?

K : mual, muntah, seperti tidak mau makan sus, badannya juga panas

P : baiklah, mbak. Pertama saya akan memeriksa tekanan darah mbak. Permissi ya mbak. K : Iya, Sus. Silahkan.

P : Ohh.. ini tekanan darah mbak Laksita 100/70mmHg itu artinya tekanan darah mbak normal. Kemudian saya akan mengukur suhu tubuh mbak. Maaf ini alatnya di jepit pada ketiak mbak ya?

K : baiklah, Sus.

P : ohh, ini suhu mbak Laksita 39 °C agak tinggi ya mbak ya. K : iya sus

P : untuk menjaga kondisi mbak agar lebih baik, saya sarankan untuk banyak minum, mengkonsumsi buah dan sayur secara teratur dan seimbang, menghindari pikiran yang berat dibuat santai saja setiap masalah.

K : Iya, mbak.

Tahap terminasi

P : nah, sekarang apa yang harus mbak lakukan untuk tidak sakit yang kedua kalinya?

K : saya harus banyak minum, mengkonsumsi buah dan sayur secara teratur dan saya juga harus menghindari pikiran yang terlalu berat.

P : yap, benar sekali. Baiklah untuk pemeriksaan kali ini cukup, saya akan kembali memeriksa kondisi mbak diwaktu dan tempat yang sama. Apakah mbak bersedia ?

K : baiklah, sus

P : kalau begitu saya permissi dahulu, selamat beristirahat dan semoga lekas sembuh mbak. K : iya sus terima kasih

Lakukanlah latihan komunikasi seperti pada contoh ilustrasi di atas

- Anda bergantian bermain peran sebagai perawat dan klien secara bergantian

- Mintalah teman / pasangan bermain peran Anda mengevaluasi penampilan komunikasi Anda
- Diskusikan permasalahan Anda dengan teman Anda
- Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan latihan?

KOMUNIKASI PADA DEWASA TUA (LANSIA)

Skenario kasus

Di sebuah rumah sakit ternama di Magelang terdapat klien lansia bernama Setiaji, beliau berumur 75 tahun dan menderita hipertensi. Pagi ini seorang perawat bernama Diah Sinto Revadila sedang dinas pagi di ruangan Kakek Aji. Dia akan melakukan pemeriksaan dan melihat perkembangan kondisi Kakek.

Fase Pre Interaksi

1. Perawat menyiapkan mental dan rasa percaya diri.
2. Perawat telah memahami penyakit luka dan lingkupnya.

Setelah mengobrol sebentar, perawat mencoba menjelaskan asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada Kakek.

Perawat : “ Baiklah Kek, pagi ini saya akan melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada Kakek. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu badan dan pernapasan. Tujuannya untuk mengetahui apakah tekanan darah Kakek sudah normal atau belum. Pemeriksaan ini kurang lebih 10 menit, apa Kakek bersedia?”

Klien : “ Iya Mbak.” (menganggukkan kepala) “ Silakan, lakukan yang terbaik ya Mbak.”

Perawat : “ Baik Kek, saya akan berusaha yang terbaik. Saya juga mohon kerjasamanya selama pemeriksaan nanti ya Kek.” (tersenyum)

Fase Kerja

Perawat : “Maaf, permisi ya Kek, Kakek tiduran saja biar lebih santai.” Klien : (langsung mencari posisi tidur)

Setelah itu perawat memberikan tindakan kepada Kakek.

3. Perawat telah mendapatkan data-data klien.

Fase Orientasi

Perawat

“Nah sekarang saya akan mengukur tekanan darah Kakek. Ini namanya alat

: tensi Kek.” (menunjukkan alat) “Kakek tolong tangan kirinya sedikit diangkat ya, saya akan memasang manset tensi.”

Klien : “Iya Mbak.” (mengangkat tangan kiri)

Pagi hari pukul 08.00...

Perawat : (memasuki ruangan) “Selamat pagi Kek.”
(tersenyum)

Perawat

(mengukur tekanan darah)

: “Cucu Kakek sudah berapa sekarang?” (mencoba mengajak komunikasi Kakek)

Klien : “Iya, selamat pagi Mbak.” (tersenyum dan tampak bingung karena

kehadiran perawat)

Perawat : “Bagaimana kabarnya hari ini Kek? Sehat?”

Klien : “Alhamdulillah sudah agak lumayan. Maaf ini siapa ya?” (tersenyum lebar) Perawat : “Wah maaf

saya sampai lupa memperkenalkan diri.” (tersenyum lebar) “

Perkenalkan, nama saya Diah Sinto Revadila, saya perawat yang sedang dinas pagi di ruangan ini. Mulai pagi ini saya akan merawat Kakek dari pukul 08.00 sampai dengan 14.00. Dengan Kakek Setiaji ya?”

Klien : “ Iya, salam kenal juga Mbak. Iya benar, panggil saja Kakek Aji.”
(tertawa) Perawat : “ Baik Kek. Kakek sudah makan belum pagi ini?”

Klien : “ Belum Mbak, belum tiga kali maksudnya.” (tertawa)

Perawat : “ Wah kakek ini suka melucu ya.” (tertawa) “ Obatnya sudah diminum semua kan Kek?”

Klien : “ Jelas sudah dong Mbak.”

Klien : “ Sedikit Mbak, cuma 12. Dan mereka sudah besar-besar semua.” (tertawa) Perawat : “ Oh, sudah berkeluarga semua ya Kek?”

Klien : “ Yang enam orang sudah, terus yang enamnya lagi masih kuliah. Mereka cantik dan ganteng-ganteng Mbak, seperti Kakeknya.”

Perawat : “ Ya iya dong, kayak kakeknya.” (tersenyum lebar)

“ Nah sekarang tolong tangan kanannya yang diangkat ya Kek, saya akan memasang termometer untuk mengukur suhu Kakek.”

Klien : (mengangkat sedikit tangan kanannya)

Perawat : “ Langsung dijepit ya Kek, jangan dilepas sebelum saya suruh.” Klien : (hanya mengangguk)

Beberapa menit kemudian perawat telah selesai mengukur tekanan darah dan suhu Kakek. Peralatan dilepas kembali, dan setelah itu perawat melanjutkan pemeriksaan nadi dan pernapasan Kakek.

Perawat : “ Sekarang saya akan memeriksa nadi Kakek. Permis tangan kirinya ya

Kek.” (memegang tangan kiri Kakek)

Fase Terminasi

Setelah semua pemeriksaan sudah dilakukan, perawat mencatat hasilnya dan merapikan semua peralatan.

Perawat : “ Nah Kek, sekarang saya akan membacakan hasil pemeriksaan tadi. Tekanan darah Kakek 180/100, suhu badan 38⁰C, nadi 80 kali/menit, dan pernapasan 16 kali/menit.”

Klien : “ Tensinya masih tinggi ya Mbak?”

Perawat : “ Iya Kek. Saya sarankan Kakek banyak minum air putih, makan sayur- sayuran, dan kurangi mengonsumsi garam ya Kek. Selain itu Kakek juga harus banyak istirahat agar cepat sembuh.”

Klien : “ Baik, terimakasih sarannya Mbak. Saya juga tidak mau lama-lama di rumah sakit.” (tersenyum lebar)

XI. KOMUNIKASI PADA KLIEN DENGAN KELOMPOK KHUSUS

KOMUNIKASI PADA KLIEN GANGGUAN WICARA

Memahami tentang penerapan komunikasi saat melakukan asuhan keperawatan

Perawat

“ Nah, iya Kek.” (tersenyum lebar)

: “ Saya kira pemeriksaan hari ini cukup. Sebelum saya tutup, saya ingin mengulang kembali tadi apa saja yang harus Kakek konsumsi?”

kliendengan kebutuhan khusus dengan gangguan wicara sesuai dengan tahap tumbuh kembang berdasarkan tahap-tahap komunikasi / hubungan terapeutik.

Klien : “ Saya harus banyak minum air putih, makan sayuran, dan mengurangi mengonsumsi garam Mbak.”

A. PENDAHULUAN

Perawat

“ Benar sekali Kek. Saya kira Kakek sudah paham. Terimakasih atas

: kerjasamanya hari ini ya Kek. Jika ada yang diperlukan, Kakek bisa minta tolong saya.”

Indra wicara merupakan organ kompleks yang terdiri atas sistem saraf pengatur wicara pada korteks serebri, pusat pengatur pernafasan di pons, struktur mulut dan tenggorok, serta paru-paru

Klien : “ Iya Mbak, sama-sama.”

Perawat : “ Besok saya akan kembali lagi untuk pemeriksaan selanjutnya ya Kek.” Klien : “ Baik Mbak.”

Perawat : “ Selamat pagi Kek.” (meninggalkan ruangan)

Lakukanlah latihan komunikasi seperti pada contoh ilustrasi di atas

- Anda bergantian bermain peran sebagai perawat dan klien secara bergantian
- Mintalah teman / pasangan bermain peran Anda mengevaluasi penampilan komunikasi Anda
- Diskusikan permasalahan Anda dengan teman Anda
- Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan latihan?

sebagai pemasuplai udara yang digunakan untuk menghasilkan suara. Sebenarnya suara yang

timbul dari mulut kita merupakan udara yang dihembuskan paru-paru melewati pita suara sehingga dihasilkan suara. Proses ini disebut fonasi. Suara yang muncul akibat getaran pita suara masih merupakan suara murni sehingga terdengar seperti suara “aaaa”. Suara yang muncul dari tenggorok selanjutnya dipantulkan melalui langit-langit (palatal), lidah (lingual) dan bibir (labial), yang kemudian membentuk susunan vokal dan konsonan serta membentuk kata-kata kompleks. Proses ini disebut

artikulasi.

Gangguan wicara dapat terjadi akibat kerusakan organ lingual, kerusakan pita suara, ataupun gangguan persyarafan. Berkomunikasi dengan klien dengan gangguan wicara memerlukan kesabaran supaya pesan dapat dikirim dan ditangkap dengan benar. Klien yang mengalami gangguan wicara umumnya telah belajar berkomunikasi dengan menggunakan bahasa isyarat atau menggunakan tulisan dan gambar.

Pada saat berkomunikasi dengan klien dengan gangguan wicara, hal-hal berikut perlu diperhatikan :

1. Perawat benar-benar dapat memperhatikan mimik dan gerak bibir klien.
2. Usahakan memperjelas hal yang disampaikan dengan mengulang kembali kata-kata yang diucapkan klien.
3. Mengendalikan pembicaraan supaya tidak membahas terlalu banyak topik.
4. Mengendalikan pembicaraan sehingga menjadi lebih rileks dan pelan.
5. Memperhatikan setiap detail komunikasi sehingga pesan dapat diterima dengan baik.
6. Apabila perlu, gunakan bahasa tulisan dan simbol.
7. Apabila memungkinkan, hadirkan orang yang terbiasa berkomunikasi lisan dengan klien untuk menjadi mediator komunikasi.

B. APLIKASI

Skenario kasus:

Di sebuah poliklinik, seorang klien dewasa bernama dengan gangguan wicara datang menemui seorang perawat. Klien tersebut berumur 35 tahun dan ia mempunyai keluhan pusing pada bagian kepala akibat terbentur pintu kamar dan demam.

Fase Pre orientasi

(perawat menyiapkan mental dan rasa percaya diri, perawat telah memahami tentang penyakit ringan dan telah mendapatkan data klien, selanjutnya klien menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan seperti, alat tulis, tensimeter dan termometer)

Fase Orientasi

Perawat : Assalamualaikum (tersenyum)

Klien : wa..aa laaik.kumm saalaam (senyum)

Perawat : perkenalkan ibu saya perawat yang akan bertugas hari ini.

Klien : a..apa ? (menengadahkan tangan)

Perawat : saya perawat ... (melakukan kontak mata dan berbicara dengan bibir pelan sambil menunjukan diri sendiri serta papan nama)

Klien : oo iya (senyum)

Perawat : ibu sebelum melakukan konsultasi ini, kita melakukannya akan berpa lama dan dimana bu? Klien : 5 menit, disini saja

Fase kerja

Perawat : iya ibu, jadi apa yang saat ini ibu rasakan ? (berbicara dengan gerakan bibir pelan)

Klien : pus..ing , a..n aas , ak bisa ti ul (sambil memegang kepala , leher dan menyatakan tidak bisa tidur)

Perawat : (merangkul klien) ohh iya ibu disini ya bu. Coba ya ibu saya periksa (perawat melakukan palpasi pada leher dan pelipis klien)

Klien : (tersenyum dan mengangguk)

Perawat : ibu maaf saya bolehkah melakukan pemeriksaan terhadap tekanan darah ibu (berbicara pelan dan menatap mata klien)

Klien : apa ? (kebingungan)

Perawat : periksa tekanan darah ibu (berbicara pelan sambil memegang tangan klien)

Klien : (mengangguk dan menunjuk tangannya) di si ni ya sus ? Perawat : iya ibu benar (tersenyum) , ini namanya tensimeter bu. Klien : be la pa ? (menunjuk alat tensi)

Perawat : ibu tekanan darahnya rendah 100/70 mmhg, ini sebabnya ibu

sering pusing. (tersenyum) Klien : (mengangguk)

Perawat : saya lanjut mengukur suhu ibu ya ? (senyum) Klien : ii y aa sus.

Perawat : suhu ibu cukup tinggi 38 (memegang leher klien) Klien : (memandang mata perawat)

Perawat : ibu tidak perlu khawatir, ibu bisa sembuh dengan mengatur pola makan ibu dan teratur minum obat serta ibu istirahat yang cukup.

Perawat : oh iya hari ini ibu sudah minum air putih berapa gelas ? Klien : a..a pa ? (kebingungan)

Perawat : ibu tadi sudah minum air putih berapa gelas ?(menunjuk gelas) satu, dua atau tiga bu (tersenyum)

Klien : s.aa tu (mengacungkan jari telunjuk) Perawat : bagus (memberikan jempol)

Fase terminasi

Perawat : ibu saya tinggal dulu ya sebentar kira-kira 5 menit, saya akan memberikan data yang telah saya dapatkan ini kepada dokter yang bertugas, nanti saya kembali lagi untuk memberikan obat kepada ibu (merangkul klien), apakah ibu berkenan menunggu saya bu ?

Klien : (tersenyum dan mengangguk)

Perawat : suster boleh pergi ? (memandang mata klien dan menunjuk pintu) Klien : b oo l eh sus (senyum)

Perawat : selamat pagi bu (senyum)

(setelah 5 menit perawat kembali ke ruang klinik tempat klien menunggu)
Perawat : selamat pagi ibu , saya kembali lagi (sambil tersenyum)

Klien : (senyum)

Perawat : ibu bagaimana masih pusing ? (memegang bahu klien) Klien : (mengangguk)

Perawat : jangan sedih bu, ini saya bawaan obat diminum 3x sehari semua ya bu setelah makan. Klien : (melihat-lihat obatnya dan

mengangguk)

Perawat : iy ibu ini obat untuk ibu (menunjuk obat klien) diminum teratur ya bu supaya cepat sembuh . (tersenyum). Apakah ibu sudah jelas ?

Klien : (mengangguk dan tersenyum)

Perawat : ibu saya rasa konsultasinya sudah cukup dan ini juga sudah 5 menit. Semoga ibu lekas sembuh . apakah ibu berkenan besok lusa untuk kembali lagi kesini, saya akan mengontrol kondisi ibu apakah tindakan yang saya berikan sudah berhasil apa perlu tambahan lain. Mari sini ibu saya antar ke pintu depan (sambil merangkul klien)

Klien : (tersenyum sumringah

Lakukanlah latihan komunikasi seperti pada contoh ilustrasi di atas

- Anda bergantian bermain peran sebagai perawat dan klien secara bergantian
- Mintalah teman / pasangan bermain peran Anda mengevaluasi penampilan komunikasi Anda
- Diskusikan permasalahan Anda dengan teman Anda
- Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan latihan?

Komunikasi dengan klien tuna rungu

A. TUJUAN

Memahami tentang penerapan komunikasi saat melakukan asuhan keperawatan kliendengan kebutuhan khusus dengan tuna rungu sesuai dengan tahap tumbuh kembang berdasarkan tahap-tahap komunikasi / hubungan terapeutik.

B. PENDAHULUAN

Komunikasi terapeutik sangat diperlukan apalagi pada klien tuna rungu yang mengalami kesulitan dalam menerima informasi. Tunarungu adalah seseorang yang mengalami kekurangan atau kehilangan kemampuan mendengar baik sebagian atau seluruhnya yang diakibatkan karena tidak berfungsinya sebagian atau seluruh alat pendengaran. Dalam

perspektif patologis yang dianut oleh pakar medis, kedokteran, ahli pendidikan dan masyarakat umum yang memandang bahwa ketunarunguan sebagai impairment atau kerusakan (gangguan). Menurut bukti hasil penelitian antropologis atau linguistik pada orang tunarungu lebih dianggap sebagai orang yang cacat sehingga perlu dinormalisasikan melalui lembaga pendidikan khusus maupun rehabilitasi selama beberapa dekade. Mereka selalu berpikir orang tuna rungu harus bisa berbicara dan mendengar dengan menggunakan kecanggihan teknologi alat bantu dengar dan cochlear implants karena mau tidak mau mereka hidup di tengah dunia masyarakat. Ada upaya-upaya untuk menyembuhkan pendengaran mereka dengan teknologi kedokteran dan dampak ketunarunguan mereka terhadap psikologisnya cenderung menjadi pedoman untuk menyatakan bahwa mereka perlu diterapi untuk dapat melakukan adaptasi sosial di lingkungannya.

Karakteristik individu yang mengalami tuna rungu adalah sebagai berikut :

- a. Egosentrisme yang melebihi anak normal.
- b. Mempunyai perasaan takut akan lingkungan yang lebih luas.
- c. Ketergantungan terhadap orang lain
- d. Perhatian mereka lebih sukar dialihkan.
- e. Mereka umumnya memiliki sifat yang polos, sederhana dan tanpa banyak masalah.
- f. Mereka lebih mudah marah dan cepat tersinggung.

Masalah komunikasi yang terjadi pada klien tuna rungu :

- a. Mengalami kesulitan dalam menerima dan memberikan informasi dalam interaksinya.
- b. Mudah marah dan cepat tersinggung (apabila salah dalam mendengar)
- c. Kurangnya kesadaran akan aspek-aspek diri sendiri yang akan sangat mempengaruhi interaksi dengan orang lain.

Cara Penyelesaian Masalah Dalam Komunikasi Pada Tuna Rungu

- a. Menggunakan bahasa isyarat.
- b. Libatkan keluarga dalam komunikasi dengan tuna rungu.
- c. Gunakan alat bantu dengar.

- d. Gunakan bahasa pantomin.

Tekhnik komunikasi pada klien tuna rungu :

- a. Penekanan intonasi dan gerak bibir.
- b. Menurunkan jarak.
- c. Gunakan isyarat kata-kata atau bahasa yang berbentuk tindakan.
- d. Pengulangan kata.
- e. Menyentuh klien.
- f. Menjaga kontak mata.
- g. Jangan melakukan pembicaraan ketika sedang mengunyah.
- h. Gunakan bahasa pantomin bila memungkinkan dengan gerak sederhana dan perlahan.
- i. Gunakan bahasa isyarat atau bahasa jari jika bisa dan diperlukan
- j. Jika ada sesuatu yang sulit dikomunikasikan coba sampaikan dalam bentuk tulisan, gambar atau simbol.
- k. Gunakan bahasa, kalimat, kata-kata yang sederhana.

C. APLIKASI

Skenario kasus:

1. Pra-Interaksi

“ Di Rumah Sakit Harapan di kamar Cendana terdapat seorang klien yang bernama Indah berumur 18tahun. Indah adalah seorang mahasiswa di sebuah Universitas Swasta di Magelang. Sejak kecil Indah mengalami kelainan pada pendengarannya (tuna rungu). Saat ini Indah mengalami dehidrasi yang cukup parah sehingga ia diharuskan untuk rawat inap beberapa hari di Rumah sakit. Suster yang melakukan asuhan keperawatan terhadap Indah bernama Zahra”.

2. Fase Orientasi

Perawat : (mengeuk pintu) Assalamualaikum adek. Selamat pagi (sambil menyentuh pundak klien)

Klien : (tidak mengerti apa yang dikatakan perawat)

Perawat : Indah kan? Saya perawat Zahra (melakukan kontak mata dan

berbicara dengan gerakan bibir pelan)

Klien : Apa sus? (masih bingung dengan apa yang dikatakan perawat)

Perawat : Saya suster zahra (sambil menunjukkan diri sendiri dan memperlihatkan papan nama) Klien : Zahra ?? (menunjuk perawat)

Perawat : Iyaaa Indah (sambil mengangguk)

Klien : Maaf ya sus saya tidak bisa dengar kalau saya tidak memakai alat bantu pendengaran Perawat : Iyaa tidak apa-apa saya mengerti

3. Fase Kerja

Perawat : Hari ini udah minum berapa gelas? (bicara dengan bibir pelan dan menunjuk gelas dengan tujuan klien mengerti apa yang dimaksudkan)

Klien : Udah Suster

Perawat : Berapa gelas? (dengan menunjukkan 1 jari, 2 jari, 3 jari)

Klien : Ohh (menggelengkan kepala) sedikit sus (dengan gerakan tangan)

Perawat : Minum yang banyak ya biar cepet sembuh. Okee??

Klien : Okee (sambil tersenyum)

Perawat : Saya tensi dulu yaa. Mana tangannya (sambil memegang tangan klien) Klien : (mengangguk)

Perawat : (melakukan cek tensi terhadap klien)

Udaaahh. Pokoknya kamu gak boleh capek-capek ya. Jangan lupa makan, Minum air putih yang banyak

Klien : (dengan gerakan tangan sambil tersenyum)

D. Fase Terminasi

Perawat : saya tinggal dulu ya (menunjuk pintu arah keluar) Klien : iyaa. Jangan lama ya sus

Perawat : iya nanti saya kesini lagi Klien : bener ya sus. Jangan bohong

Perawat : Iyaa. Saya pergi ya

Klien : Iyaa. Hati-hati

Lakukanlah latihan komunikasi seperti pada contoh ilustrasi di atas

- Anda bergantian bermain peran sebagai perawat dan klien secara bergantian
- Mintalah teman / pasangan bermain peran Anda mengevaluasi penampilan komunikasi Anda
- Diskusikan permasalahan Anda dengan teman Anda
- Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan latihan?

XII. KOMUNIKASI PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN JIWA

A. TUJUAN

Memahami tentang penerapan komunikasi saat melakukan asuhan keperawatan klien dengan gangguan jiwa sesuai dengan masalah keperawatan yang dialami berdasarkan tahap- tahap komunikasi / hubungan terapeutik.

B. PENDAHULUAN

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang mendorong proses penyembuhan klien (Depkes RI, 1997). Dalam pengertian lain mengatakan bahwa komunikasi terapeutik adalah proses yang digunakan oleh perawat memakai pendekatan yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan pada klien.

Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antara perawat dengan klien. Persoalan yang mendasar dari komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan klien, sehingga dapat dikategorikan ke

dalam komunikasi pribadi di antara perawat dan klien, perawat membantu dan klien menerima bantuan.

Menurut Stuart dan Sundeen (dalam Hamid, 1996), tujuan hubungan terapeutik diarahkan pada pertumbuhan klien.

Tujuan komunikasi terapeutik adalah :

1. Membantu klien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal yang diperlukan.
2. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
3. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.

Tujuan terapeutik akan tercapai bila perawat memiliki karakteristik sebagai berikut (Hamid, 1998) :

1. Kesadaran diri.
2. Klarifikasi nilai.
3. Eksplorasi perasaan.
4. Kemampuan untuk menjadi model peran.
5. Motivasi altruistik.
6. Rasa tanggung jawab dan etik

Ada beberapa trik ketika harus berkomunikasi dengan penderita gangguan jiwa :

1. Pada klien halusinasi maka perbanyak aktivitas komunikasi, baik meminta klien berkomunikasi dengan klien lain maupun dengan perawat, klien halusinasi terkadang menikmati dunianya dan harus sering harus dialihkan dengan aktivitas fisik.
2. Pada klien harga diri rendah harus banyak diberikan reinforcement
3. Pada klien menarik diri sering libatkan dalam aktivitas atau kegiatan yang bersama – sama, ajari dan contohkan cara berkenalan dan berbincang dengan klien lain, beri penjelasan manfaat berhubungan dengan orang lain dan akibatnya jika dia tidak mau berhubungan dll.
4. Klien perilaku kekerasan, khusus pada klien perilaku kekerasan maka harus direduksi atau ditenangkan dengan obat – obatan sebelum kita support dengan terapi – terapi lain, jika klien masih mudah mengamuk maka perawat dan klien lain bisa menjadi korban.

C. APLIKASI

KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA KLIEN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

ORIENTASI

Perawat : “Selamat pagi mbak, perkenalkan nama saya perawat wendi farista, mbak bisa memanggil saya wendi . Saya adalah mahasiswa praktik di rumah sakit ini, jadi jika mbak memerlukan bantuan, saya akan siap membantu....

Nama mbak siapa, senangnya dipanggil apa?” Klien : “mbak rina,”

Perawat : “Iya mbak rina, Bagaimana perasaan mbak saat ini? Apakah masih ada perasaan kesal atau marah?”

Klien : Diam

Perawat : “Baiklah, sekarang kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah mbak. Berapa lama mbak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit?”

Klien : “Jangan lama-lama, bosan saya di sini,”

Perawat : “Baik mbak, mbak maunya kita bincang-bincang di mana? Bagaimana kalau di sini saja?” Klien : “Iya,”

KERJA

Perawat : “coba cerita sama saya, kenapa kok mbak bisa marah ?”

Klien : “Mereka itu tidak pernah menghargai perasaan orang.. Saya tahu, saya hanya penjual ikan dan saya tidak pernah tamat SD, tapi saya juga manusia,, Bahkan saya tidak bisa sekolah karena uang orangtua kami dipakai buat sekolahnya mereka. Harusnya mereka berterima kasih, saya sudah mau berkorban untuk mereka, mereka malah menganggap saya beban dalam keluarga, selalu

menatap saya dengan tatapan sinis, seolah-olah saya memang sudah tidak bisa apa-apa lagi.. yang jelas saya merasa tidak dihargailah... Betul-betul kurang ajar mereka,”

Perawat : “Mereka itu Kakaknya mbak ya?”

Klien : “Dan istrinya,, sama saja tidak ada bedanya...” Perawat : “oh jadi mereka selalu membuat mbak marah?” Klien : “Iya, tapi biasanya hanya minum miras”

Perawat : “Oh... Jadi mbak ini marah karena tidak dihargai dalam keluarga. Terus apa saat mbak ini marah, Apakah mbak merasakan kesal kemudian dada mbak berdebar-debar, mata melotot, rahang terkutup rapat, dan tangan mengepal?”

Klien : “Ya iya, namanya juga lagi marah,”

Perawat : “Apakah mbak membanting barang-barang atau memecahkan sesuatu atau apa yang mbak lakukan ?”

Klien : “Iya, Kaca jendela rumah saya pecahkan semua,”

Perawat : “Oh..iya, jadi mbak memecahkan seluruh kaca jendela, terus apa yang mbak rasakan setelah mbak melakukan hal tersebut?”

Klien : “rasanya puas,”

Perawat : “oh begitu ya mbak, tapi kan kalau mbak memecahkan kaca jendela, keluarga mbak harus membeli kaca yang baru, trus setelah mbak melakukan hal itu bagaimana reaksi keluarga mbak ? ” Klien : “Mereka ketakutan. Mereka pikir saya pasti akan membunuh mereka semua,”

Perawat : “Betul, keluarga jadi takut kepada mbak, kaca-kaca pecah, harus mengeluarkan uang untuk membeli kaca baru lagi. Menurut mbak adakah cara lain yang lebih baik? Maukah mbak belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?”

Klien : “Bagaimana?”

Perawat : ”Ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan, mbak. Bagaimana kalau kita belajar satucara dulu?”

Klien : ”Iya,”

Perawat : ”Begini mbak saya beri contoh dulu ya, kalau tanda-tanda marah tadi sudah mbak rasakan maka mbak berdiri, lalu tarik napas 4 hitungan dari hidung 1 2 3 4,2 hitungan tahan sebentar, 4 hitungan lalu

keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo sekarang mbak ikuti saya, ayo berdiri di depan saya. lalu tarik napas 4 hitungan dari hidung 1 2 3

4,2 hitungan tahan sebentar, 4 hitungan lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan. Mungkin untuk pertama masih merasa kaku tapi untuk selanjutnya akan merasa rileks. Agar bisa rileks mbak harus melakukannya berulang kali ya. Trus sekarang bagaimana perasaannya ?”

Klien : “Agak lebih tenang,”

TERMINASI

Perawat : “Bagaimana mbak perasaan mbak setelah kita berbincang-bincang ?” Klien : “Lumayan lebih tenang,”

Perawat : “Iya, jadi penyebab dari kemarahan mbak adalah karena tidak dihargai, dan yang mbak rasakan adalah kesal kemudian dada mbak berdebar-debar, mata melotot, rahang terkatup rapat, dan tangan mengepal. Yang mbak lakukan

adalah memecahkan kaca jendela dan mereka semua ketakutan, semua kaca juga pecah,”

Perawat : “Coba selama saya tidak ada, ingat-ingat lagi penyebab marah mbak yang lalu, apa yang mbak lakukan kalau marah yang belum kita bahas dan jangan lupa latihan napas dalamnya ya mbak? Sekarang kita buat jadwal latihannya ya mbak, berapa kali sehari mbak mau latihan napas dalam?”

Klien : “3 kali,” Perawat : “Jam berapa saja mbak?”

Klien : “Jam 12, jam 4 dan jam 8 malam,”

Perawat : “Baik mbak, bagaimana kalau 2 jam lagi saya datang dan kita latihan cara yang

lain untuk mencegah/mengontrol marah. Tempatnya disini saja ya mbak, Selamat pagi,”

(2 jam kemudian dokter dan perawat mendatangi klien) Dokter : “gimana kedaan kamu, pagi ini?”

klien : “sssstt, jagan ganggu aku ! aku sedang marah.”

dokter : “ohh iya maaf, apakah mbak rina belum bisa menerapkan cara mengatasi marah mbak rina yang sudah perawat wendi berikan ?”

klien : “setiap saya teringat muka mereka, saya merasa jengkel.”

dokter : “ya udah kalau begitu kita coba terapkan cara dari perawat wendi”

Klien : “baik”

Dokter : “mbak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan.”

klien : “iya”

Dokter : “nah ,setiap kali mbak merasa mau marah lakukan cara seperti tadi secara berulang-ulang.”

Klien : “baik”

Dokter : “baiklah ,kalau seperti itu saya permisi dulu ya mbak” Klien :
“iya dok”

XIII. KOMUNIKASI PADA KLIEN KRONIS DAN TERMINASI

Tahap Pre Orientasi

Disebuah rumah sakit umum seorang perawat bernama Setiyana Rahasti akan memeriksa dan menyampaikan kondisi klien di ruang mawar. Klien bernama nona Fitri Kustiyarini. Nona Fitri Kustiyarini telah dirawat selama beberapa hari di rumah sakit tersebut. Nona Fitri adalah seorang wanita berusia 25 tahun. Perawat Setiyana datang dengan membawa beberapa peralatan medis yang dibutuhkan dan hasil pemeriksaan laboratorium Nona Fitri Kustiyarini.

Tahap Orientasi

Perawat : Selamat pagi.

Klien : Pagi sus

Perawat : Sebelumnya perkenalkan, nama saya Setiyana Rahasti perawat yang jaga diruangan ini. Apa benar dengan nona Fitri Kustiyarini?

Klien : Iya benar sus, dengan saya sendiri.

Perawat : Baik nona Fitri, bagaimana keadaan nona pagi ini? Apa sudah merasa nyaman atau masih ada keluhan?

Klien : Perut saya merasa tertekan, nyeri panggul pada saat sebelum dan sesudah menstruasi, menstruasi saya juga tidak lancar.

Lakukanlah latihan komunikasi seperti pada contoh ilustrasi di atas

- Anda bergantian bermain peran sebagai perawat dan klien secara bergantian
- Mintalah teman / pasangan bermain peran Anda mengevaluasi penampilan komunikasi Anda
- Diskusikan permasalahan Anda dengan teman Anda
- Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan latihan?

Tahap Kerja

Perawat : Maaf nona sebelumnya saya tensi lebih dahulu ya. Klien : ya sus

Perawat : Nona, apakah ada keluhan lain yang nona rasakan?

Klien : Ada sus, perut dan dada mengalami bengkak terkadang terasa kembung juga kandung kemih saya merasa tertekan sehingga sering buang air kecil.

Perawat : Oh begitu ya nona. Baik nona disini saya selain memeriksa kondisi nona saya juga akan membacakan hasil pemeriksaan laboratorium yang telah nona lakukan tadi pagi. Saya harap nona tabah dan menerima apapun hasil dari pemeriksaan dokter.

Baik sesuai harapan nona atau tidak saya harap nona bisa menerimanya?

Klien : Ya sus

Perawat : Apakah nona sudah siap?

Klien : Baik sus saya siap

Perawat : Nona dari hasil pemeriksaan Laboratorium tadi pagi dan berdasarkan keluhan yang nona rasakan ternyata nona mempunyai kista pada ovarium nona.

Klien : Kista sus? Apa itu sus?

Perawat :iya nona. Kista adalah sejenis tumor yang berupa kantong abnormal yang berisi cairan dalam ovarium.

Klien : kok bisa sus? Suter jangan mengada-ada.

Perawat : Memang begitu keadaan nona

Klien : Lalu penyebab dari kista sendiri itu apa sus?

Perawat : penyebab kista belum diketahui secara pasti tetapi ada beberapa faktor pemicu seperti gaya hidup nona yang tidak sehat juga dalam tubuh kita terdapat suatu gen pemicu kanker yang disebut protoonkogen

Klien : Apa hasil pemeriksaan itu sudah pasti benar?

Perawat : Semisal nona belum yakin nona bisa melakukan pemeriksaan penunjang. Klien : lalu apa yang harus saya lakukan?

Perawat :Disarankan nona melakukan operasi pengangkatan tumor

Klien : Tapi saya takut, apa tidak ada alternatif lain?

Perawat : Dalam medis untuk saat ini cara terbaik adalah operasi pengangkatan tumor. Klien : Baik sus (sambil menangis)

Perawat : Nona tidak usah khawatir, Tuhan tidak akan memberikan cobaan melebihi batas kemampuan umatnya. Untuk itu nona menuruti saja apa kata dokter dan keluarga nona, itu pasti yang terbaik untuk nona.

Klien : Iya sus. Tahap terminasi

Perawat : Baik nona apakah ada yang ingin nona tanyakan? Klien : Lalu apakah ada makanan yang harus saya hindari sus?

Perawat : Oh iya pastinya ada nona. Nona tidak boleh makan kacang kedelai, sayur tauge, sawi putih, kangkung lalu buah durian, nangka, lalu minuman beralkohol dan makanan cepat saji seperti mi instan,snack dan makanan kaleng. Apakah ada yang belum mengerti?

Klien : Tidak sus tadi suster mengatakan saya tidak boleh makan kacang kedelai, sayur tauge, sawi putih, kangkung lalu buah durian, nangka, lalu minuman beralkohol dan makanan cepat saji seperti mi instan, snack dan makanan kaleng. Bukan begitu sus?

Perawat : Iya nona, lalu kapan kita bisa bertemu lagi untuk membahas persiapan operasi pengangkatan tumor nona? Mungkin untuk waktu dan tempatnya kita sepakati kembali disini atau bagaimana menurut nona?

Klien : Iya baik sus. Terimakasih sus atas hasil pemeriksaan yang telah suster bacakan kepada saya.

Perawat : Iya nona, itu sudah menjadi tanggung jawab saya. Baiklah nona saya mohon ijin.

Selamat pagi. Selamat beristirahat dan semoga cepat sembuh nona.

Lakukanlah latihan komunikasi seperti pada contoh ilustrasi di atas

- Anda bergantian bermain peran sebagai perawat dan klien secara bergantian
- Mintalah teman / pasangan bermain peran Anda mengevaluasi penampilan komunikasi Anda
- Diskusikan permasalahan Anda dengan teman Anda
- Bagaimana perasaan Anda setelah melakukan latihan?

XIV. KOMUNIKASI PADA KELOMPOK DAN MASSA

A. TUJUAN

Memahami tentang penerapan komunikasi saat melakukan asuhan keperawatan klien anak sesuai dengan tahap tumbuh kembang berdasarkan tahap-tahap komunikasi / hubungan terapeutik.

B. PENDAHULUAN KOMUNIKASI MASSA

a. Pengertian Komunikasi Massa

Komunikasi massa adalah pesan-pesan yang dikomunikasikan melalui media massa pada sejumlah besar orang (Bittner, 1980). Batasan komunikasi massa ini lebih menitikberatkan pada komponen-komponen dari komunikasi massa yang mencakup pesan-pesan, dan media massa (seperti Koran, majalah, TV, radio, dan film), serta khalayak. Komunikasi massa adalah suatu proses dimana komunikator-komunikator menggunakan media untuk menyebarkan pesan-pesan secara luas, dan secara terus-menerus menciptakan makna-makna yang diharapkan dapat mempengaruhi khalayak-khalayak yang besar dan berbeda-beda dengan melalui berbagai cara (Defleur dan Dennis McQuail, 1985). Adanya perkembangan yang pesat dibidang teknologi komunikasi seperti, internet, newsgroup, mailing list, World Wide Web, televisi kabel multisaluran, dan perbincangan di radio dan televisi yang bersifat interaktif sehingga menimbulkan pertanyaan apakah semua ini merupakan media komunikasi massa atau bukan. Itu yang menyebabkan definisi tentang komunikasi massa mengalami perubahan. Perkembangan media cetak ditandai dengan munculnya media cetak jarak jauh, sedangkan media elektronik antara lain ditandai dengan adanya produksi high definition television video yang mampu menyuguhkan gambar-gambar yang sangat tajam sesuai aslinya. Disamping itu, revolusi layar monitor telah melahirkan televisi berlayar datar, tipis dan dapat dipampang di dinding. Perkembangan yang paling mutakhir adalah munculnya media telematika seperti telex dan videotex. Media telematika mencakup beberapa unit seperti layar gambar, jaringan komputer, sistem transmisi, sistem miniaturisasi, sistem penyimpanan, sistem pencarian, dan sistem pengendalian.

b. Karakteristik Komunikasi Massa

1. Komunikator Terlembagakan
2. Komunikasi massa itu menggunakan media massa, baik cetak maupun elektronik. Komunikator melalui media massa pada dasarnya ditujukan kepada khalayak yang luas, heterogen, anonim, tersebar, dan tidak mengenal batas geografis dan kultural. Bentuk kegiatan melalui media massa bersifat umum, dalam arti perorangan atau pribadi.

Pola penyampaian pesan media massa berjalan secara cepat dan mampu menjangkau khalayak luas, bahkan mungkin tidak terbatas baik secara geografis maupun kultural. Penyampaian pesan melalui media massa cenderung berjalan satu arah. Kegiatan komunikasi melalui media massa dilakukan secara terencana, terjadwal, dan terorganisasi.

3. Penyampaian pesan melalui media massa dilakukan secara berkala. Isi pesan yang disampaikan melalui media massa mencakup berbagai aspek kehidupan.

Media massa mengutamakan unsur isi daripada hubungan setiap komunikasi melibatkan unsure isi dan hubungan.

4. Media massa menimbulkan keserempakan.
5. Kemampuan respon alat indera terbatas.

KOMUNIKASI KELOMPOK

Komunikasi kelompok adalah komunikasi yang berlangsung antara beberapa orang dalam suatu kelompok “kecil” seperti dalam rapat, pertemuan, konperensi dan sebagainya (Anwar Arifin, 1984). Michael Burgoon (dalam Wiryanto, 2005) mendefinisikan komunikasi kelompok sebagai interaksi secara tatap muka antara tiga orang atau lebih, dengan tujuan yang telah diketahui, seperti berbagi informasi, menjaga diri, pemecahan masalah, yang mana anggota-anggotanya dapat mengingat karakteristik pribadi anggota-anggota yang lain secara tepat. Kedua definisi komunikasi kelompok di atas mempunyai kesamaan, yakni adanya komunikasi tatap muka, dan memiliki susunan rencana kerja tertentu untuk mencapai tujuan kelompok.

Kelompok adalah sekumpulan orang yang mempunyai tujuan bersama yang berinteraksi satu sama lain untuk mencapai tujuan bersama, mengenal satu sama lainnya, dan memandang mereka sebagai bagian dari kelompok tersebut (Deddy Mulyana, 2005). Kelompok ini misalnya adalah keluarga, kelompok diskusi, kelompok pemecahan masalah, atau suatu komite yang tengah berapat untuk mengambil suatu keputusan. Dalam komunikasi kelompok, juga melibatkan komunikasi antarpribadi. Karena itu kebanyakan teori komunikasi antarpribadi berlaku juga bagi komunikasi kelompok.

Klasifikasi kelompok dan karakteristik komunikasinya.

Telah banyak klasifikasi kelompok yang dilahirkan oleh para ilmuwan sosiologi, namun dalam kesempatan ini kita sampaikan hanya tiga klasifikasi kelompok.

- Kelompok primer dan sekunder.

Charles Horton Cooley pada tahun 1909 (dalam Jalaludin Rakhmat, 1994) mengatakan bahwa kelompok primer adalah suatu kelompok yang anggota-anggotanya berhubungan akrab, personal, dan menyentuh hati dalam asosiasi dan kerja sama. Sedangkan kelompok sekunder adalah kelompok yang anggota-anggotanya berhubungan tidak akrab, tidak

personal, dan tidak menyentuh hati kita.

Jalaludin Rakhmat membedakan kelompok ini berdasarkan karakteristik komunikasinya, sebagai berikut:

1. Kualitas komunikasi pada kelompok primer bersifat dalam dan meluas. Dalam, artinya menembus kepribadian kita yang paling tersembunyi, menyingkap unsur-unsur *backstage* (perilaku yang kita tampilkan dalam suasana privat saja). Meluas, artinya sedikit sekali kendala yang menentukan rentangan dan cara berkomunikasi. Pada kelompok sekunder komunikasi bersifat dangkal dan terbatas.
 2. Komunikasi pada kelompok primer bersifat personal, sedangkan kelompok sekunder nonpersonal.
 3. Komunikasi kelompok primer lebih menekankan aspek hubungan daripada aspek isi, sedangkan kelompok sekunder adalah sebaliknya.
 4. Komunikasi kelompok primer cenderung ekspresif, sedangkan kelompok sekunder instrumental.
 5. Komunikasi kelompok primer cenderung informal, sedangkan kelompok sekunder formal.
- Kelompok keanggotaan dan kelompok rujukan.

Theodore Newcomb (1930) melahirkan istilah kelompok keanggotaan (*membership group*) dan kelompok rujukan (*reference group*). Kelompok keanggotaan adalah kelompok yang anggota-anggotanya secara administratif dan fisik menjadi anggota kelompok itu. Sedangkan kelompok rujukan adalah kelompok yang digunakan sebagai alat ukur (standard) untuk menilai diri sendiri atau untuk membentuk sikap.

Menurut teori, kelompok rujukan mempunyai tiga fungsi: fungsi komparatif, fungsi normatif, dan fungsi perspektif. Saya menjadikan Islam sebagai kelompok rujukan saya, untuk mengukur dan menilai keadaan dan status saya sekarang (fungsi komparatif). Islam juga memberikan kepada saya norma-norma dan sejumlah sikap yang harus saya miliki-kerangka rujukan untuk membimbing perilaku saya, sekaligus menunjukkan apa yang harus saya capai (fungsi normatif). Selain itu, Islam juga memberikan kepada saya cara memandang dunia ini-cara mendefinisikan situasi, mengorganisasikan pengalaman, dan memberikan makna pada berbagai objek, peristiwa, dan orang yang saya temui (fungsi perspektif). Namun Islam bukan satu-satunya kelompok rujukan saya. Dalam bidang ilmu, Ikatan Sarjana Komunikasi Indonesia (ISKI) adalah kelompok rujukan saya, di samping menjadi kelompok keanggotaan saya. Apapun kelompok rujukan itu, perilaku saya sangat dipengaruhi, termasuk perilaku saya dalam berkomunikasi.

· Kelompok deskriptif dan kelompok preskriptif

John F. Cragan dan David W. Wright (1980) membagi kelompok menjadi dua: deskriptif dan preskriptif. Kategori deskriptif menunjukkan klasifikasi kelompok dengan melihat proses pembentukannya secara alamiah. Berdasarkan tujuan, ukuran, dan pola komunikasi, kelompok deskriptif dibedakan menjadi tiga: *a.* kelompok tugas; *b.* kelompok pertemuan; dan *c.* kelompok penyadar. Kelompok tugas bertujuan memecahkan masalah, misalnya transplantasi jantung, atau merancang kampanye politik. Kelompok pertemuan adalah kelompok orang yang menjadikan diri mereka sebagai acara pokok. Melalui diskusi, setiap anggota berusaha belajar lebih banyak tentang dirinya. Kelompok terapi di rumah sakit jiwa adalah contoh kelompok pertemuan. Kelompok penyadar mempunyai tugas utama menciptakan identitas sosial politik yang baru.

	membungkuk ke arah klien, sikap terbuka, rilkes, dan jarak terapeutik						
C.	Teknik komunikasi						
	1. Menggunakan kata kata yang mudah dimengerti	10					
	2. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang tepat	10					
	TOTAL	100					

Kelompok revolusioner radikal; (di AS) pada tahun 1960-an menggunakan proses ini dengan cukup banyak.

Kelompok preskriptif, mengacu pada langkah-langkah yang harus ditempuh anggota kelompok dalam mencapai tujuan kelompok. Cragan dan Wright mengkategorikan enam format kelompok preskriptif, yaitu: diskusi meja bundar, simposium, diskusi panel, forum, kolokium, dan prosedur parlemen

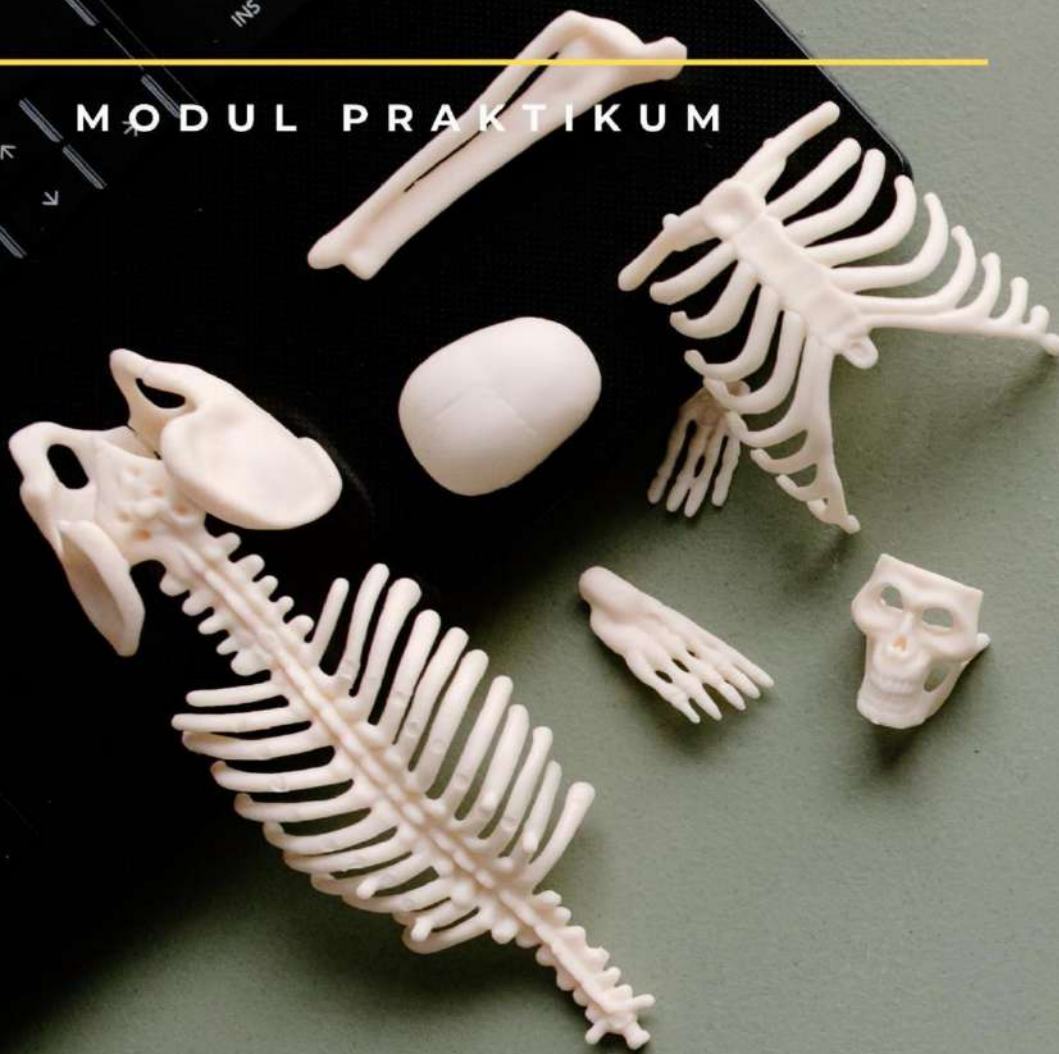


FORMAT PENILAIAN PROSEDUR UMUM KETRAMPILAN KOMUNIKASI

	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	NILAI				Bobot x nilai
	Hubungan perawat-klien						
	Fase Orientasi						
	1. Memberi salam terapeutik dan pengenalan						
	2. Melakukan validasi masalah yang dihadapi klien saat ini						
	3. Melakukan kontrak topik, tempat dan waktu						
	Fase kerja (A atau B)						
	A. Tindakan psikososial						
	1. Mempersiapkan klien, lingkungan alat dan media						
	2. Melakukan tindakan sesuai tujuan dan rencana (SP) atau memodifikasi tindakan yang tepat sesuai kondisi dan kebutuhan klien						
	3. Memberikan reinforcement secara tepat.						
	B. Tindakan fisik						
	1. Sesuai dengan perencanaan						
	2. Persiapan alat sesuai tindakan						
	3. Melaksanakan tindakan secara sistimatis						

	4. Memperhatikan prinsip kebersihan, kenyamanan, keamanan dan keselamatan klien						
	5. Keberhasilan tindakan						
	Fase Terminasi						
	1. Melakukan evaluasi respon objektif dan subjektif						
	2. Merencanakan tindak lanjut sesuai hasil evaluasi						
	3. Melakukan kontrak (TTW) untuk pertemuan berikutnya						
	4. Sikap terapeutik Berhadapan, mempertahankan kontak mata, sedikit						

MODUL PRAKTIKUM



METODOLOGI KEPERAWATAN

Tulus Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kes.
Wiwin Reni Rahmawati,SST.,S.Pd.,Ns.,M.Kes.
Erna Erawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
Gayuh L, M.Kep, Sp.Anak

PRODI KEPERAWATAN MAGELANG



➡ VISI

Menjadi Program Studi Yang Menghasilkan Sarjana Terapan Keperawatan Profesional Dan Terdepan Dalam Pengembangan Keperawatan Jiwa Pada Tahun 2025

➡ MISI

1. Melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi berbasis IPTEK Keperawatan dengan mengedepankan nilai humanisme.
2. Melaksanakan tata kelola program studi yang akuntabel, transparan, inovatif, dan bertanggung jawab.
3. Menciptakan suasana akademik yang kondusif, aspiratif, dan produktif.

➡ TUJUAN

Menghasilkan Sarjana Terapan Keperawatan Profesional yang mampu:

1. Memberikan pelayanan dengan mengedepankan nilai-nilai humanisme dan peka budaya.
2. Melaksanakan penelitian terapan dan pengabdian masyarakat yang berkualitas dan terpublikasi.
3. Memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dan mampu berkolaborasi dengan profesi lain
4. Mengembangkan pelayanan berdasar evidence based practice.
5. Memberikan dan mengembangkan pelayanan di seluruh area keperawatan dan terdepan dalam area keperawatan jiwa.





Format Modul Praktek Klinik/ Lapangan/ Laboratorium*

1. Tema Modul : Praktika Metodologi Keperawatan
Proses Keperawatan
2. Mata Kuliah/ Kode : Metodologi Keperawatan/Kep.S.4.06
3. Jumlah SKS : 1 P
4. Alokasi Waktu : 1 x 170 menit x 16 Pertemuan
5. Semester/ T.A : I/ 2023/2024
6. Tempat : Kelas
7. Tujuan : Setelah menyelesaikan mata kuliah ini diharapkan mahasiswa memahami proses keperawatan
8. Gambaran Umum Modul : : Dalam modul ini diajarkan tentang : proses keperawatan..
9. Karakteristik Mahasiswa : modul ini ditujukan bagi mahasiswa tingkat I semester II prodi D III keperawatan yang telah mengikuti pembelajaran dikelas tentang materi : proses keperawatan..
10. Target kompetensi :
 - a. Pengkajian : pengumpulan dan pengelompokan data
 - b. Analisa data: penegakkan diagnose kep.
 - c. Penetapan skala prioritas: tujuan kep.
 - d. Penyusunan rencana
 - e. Pelaksanaan tindakan
 - f. Evaluasi
11. Indikator Ketercapaian :
Mahasiswa mampu : mencari tahu tentang : proses keperawatan.
12. Materi Pembelajaran :
 - a. Lingkup bahasan : metodologi keperawatan
 - b. Pokok bahasan : proses keperawatan
 - c. Sub Pokok bahasan :
 - Pengkajian : pengumpulan dan pengelompokan data
 - Analisa data: penegakkan diagnose kep.
 - Penetapan skala prioritas: tujuan kep.
 - Penyusunan rencana
 - Pelaksanaan tindakan
 - Evaluasi
13. Strategi Pembelajaran :
 - a. Seminar



- b. Membaca buku di perpustakaan
- c. Mencari materi lewat internet

14. Sarana Penunjang Pembelajaran :

- a. Komputer
- b. LCD
- c. Makalah
- d. perpustakaan

15. Prosedur :

- a. Mempersilahkan kelompok menyajikan hasil diskusinya secara paralel dipimpin moderator
- b. Tiap-tiap kelompok menyajikan secara paralel
- c. Moderator mempersilahkan kepada audiens bertanya
- d. Mahasiswa menanyakan
- e. Penyaji menjawab pertanyaan
- f. Moderator mempersilahkan nara sumber/ dosen pengampu untuk memberikan masukan.
- g. Dosen Memberikan masukan atas diskusi yang telah dilaksanakan

16. Metode Evaluasi : diskusi kelas

17. Metode Penilaian : menggunakan checklist

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI				
		0	1	2	3	4
1.	Kelengkapan makalah: pengertian, tujuan, prinsip, manfaat dokep dan pendekatan model dokkep					
2.	Kepustakaan: jumlah literatur min: 5 ,ketepatan cara penulisan kepustakaan, validitas literatur					
3.	Bahasa: sesuai EYD,kutipan benar,ketikan benar					
4.	Presentasi: penguasaan materi,kejelasan,alokasi waktu,kelancaran, bahasa tepat					
5.	Penampilan & media: ucapan lancar,percaya diri, fokus pada audience,media mudah dibaca.					
6.	Responsi: menjawab dengan benar dan sistematis, jawaban didukung dengan teori/data Argumentasi: mampu berargumentasi dengan benar, argumentasi didukung dengan teori/data					
	NILAI AKHIR =NILAI/6					

18. Daftar Pustaka :



- a) Capernito, Linda Juall, alih bahasa Monica Ester dan Setiawan, 1995, Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan Diagnosa Keperawatan dan Masalah Kolaboratif, EGC, Edisi 2, Jakarta
- b) Fischbach, Frances Talaska, 1991, Documenting Care Communication, the Nursing Process and Documentation Standars, FA. Davis Company, Philadelphia
- c) Iyer, Patricia W., alih bahasa Sari Kurnianingsih, 2005, Dokumentasi Keperawatan Suatu pendekatan Proses Keperawatan, Edisi 3, Cetakan I, EGC, Jakarta
- d) Nursalam, 2001, Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik, Salemba Medika, Jakarta
- e) Kozier Barbara, Erb Glenora, 1997, Fundamental of Nursing Concepts and Procedures, 3th edition, Massachussets Addison - Wesley Publishing Company
- f) Perry. G. Anne, Potter A., 1985, Fundamental of Nursing Concepts Process and Practice, St Louis, Toronto, Princetown, The CV. Mosby Company
- g) Pusdiknakes Badan PPSDM, 2013, Modul pembelajaran keperawatan, Pusdiknakes Badan PPSDM, Jakarta.
- h) Perry. G.Anne,Potter A., 1997, Clinical Nursing Skills and Techniques, St Louis, Toronto, Princetown, The CV. Mosby Company
- i) Hasiana Habayahan, aspek legal pendokumentasian, RS, Mediros Jakarta, Jakarta.

Catatan : * coret yang tidak perlu

Disiapkan oleh	Diperiksa oleh	Disahkan oleh
Dosen (Penanggungjawab mata kuliah) 	Ketua program Studi 	Ketua Perwakilan Jurusan Keperawatan 
Tulus P H, S.Kep. Ns., M.Kes NIP 19671012199003 2 001	Hermani T, S.Kep. Ns, M.Kes NIP 196902221988032001	Hermani T, S.Kep. Ns, M.Kes NIP 196902221988032001



Format Modul Praktek Klinik/ Lapangan/ Laboratorium*

1. Tema Modul : Praktika Metodologi Keperawatan
NANDA, NIC/NOC
1. Mata Kuliah/ Kode : Metodologi Keperawatan/Kep. 403
2. Jumlah SKS : 1P
3. Alokasi Waktu : 1 x 170 menit x 16 pertemuan
4. Semester/ T.A : II/ 2023/2024
5. Tujuan : Setelah menyelesaikan mata kuliah ini diharapkan mahasiswa memahami
NANDA, NIC/NOC
6. Gambaran Umum Modul : :
Dalam modul ini diajarkan tentang : NANDA NIC/NOC
7. Karakteristik Mahasiswa : modul ini ditujukan bagi mahasiswa tingkat I semester
II prodi D III keperawatan yang telah mengikuti pembelajaran dikelas tentang materi :
NANDA, NIC/NOC
8. Target kompetensi :
 - a. Penggunaan renpra NANDA(NIC/NOC)
 - b. Kategori/taksonomi NANDA
9. Indikator Ketercapaian :
Mahasiswa mampu : mencari tahu tentang : NANDA, NIC/NOC
10. Materi Pembelajaran :
 - a. Lingkup bahasan : metodologi keperawatan
 - b. Pokok bahasan : NANDA/NIC/NOC.
 - c. Sub Pokok bahasan :
 - Penggunaan renpra NANDA, NIC/NOC
 - Kategori/taksonomi NANDA
11. Strategi Pembelajaran :
 - a. Seminar
 - b. Membaca buku di perpustakaan
 - c. Mencari materi lewat internet
12. Sarana Penunjang Pembelajaran :
 - a. Komputer
 - b. LCD
 - c. Makalah
 - d. perpustakaan



13. Prosedur :
- Mempersilahkan kelompok menyajikan hasil diskusinya secara paralel dipimpin moderator
 - Tiap-tiap kelompok menyajikan secara paralel
 - Moderator mempersilahkan kepada audiens bertanya
 - Mahasiswa menanyakan
 - Penyaji menjawab pertanyaan
 - Moderator mempersilahkan nara sumber/ dosen pengampu untuk memberikan masukan.
 - Dosen Memberikan masukan atas diskusi yang telah dilaksanakan

14. Metode Evaluasi : diskusi kelas

15. Metode Penilaian : menggunakan checklist

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI					
		0	1	2	3	4	
1.	Kelengkapan makalah: Sejarah perkembangan computer kep. Implementasi system informasi kep. RS						
2.	Kepustakaan: jumlah literatur min: 5 ,ketepatan cara penulisan keputakaan, validitas literatur						
3.	Bahasa: sesuai EYD,kutipan benar,ketikan benar						
4.	Presentasi: penguasaan materi,kejelasan,alokasi waktu,kelancaran, bahasa tepat						
5.	Penampilan & media: ucapan lancar,percaya diri, fokus pada audience,media mudah dibaca.						
6.	Responsi: menjawab dengan benar dan sistematis, jawaban didukung dengan teori/data Argumentasi: mampu berargumentasi dengan benar, argumentasi didukung dengan teori/data						
	NILAI AKHIR =NILAI/6						

16. Daftar Pustaka :

- Capernito, Linda Juall, alih bahasa Monica Ester dan Setiawan, 1995, Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan Diagnosa Keperawatan dan Masalah Kolaboratif, EGC, Edisi 2, Jakarta
- Fischbach, Frances Talaska, 1991, Documenting Care Communication, the Nursing Process and Documentation Standars, FA. Davis Company, Philadelphia
- Iyer, Patricia W., alih bahasa Sari Kurnianingsih, 2005, Dokumentasi Keperawatan Suatu pendekatan Proses Keperawatan, Edisi 3, Cetakan I, EGC, Jakarta
- Nursalam, 2001, Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik, Salemba Medika, Jakarta



- e. Koziar Barbara, Erb Glenora, 1997, Fundamental of Nursing Concepts and Procedures, 3th edition, Massachussets Addison - Wesley Publishing Company
- f. Perry. G. Anne, Potter A., 1985, Fundamental of Nursing Concepts Process and Practice, St Louis, Toronto, Princetown, The CV. Mosby Company
- g. Pusdiknakes Badan PPSDM, 2013, Modul pembelajaran keperawatan, Pusdiknakes Badan PPSDM, Jakarta.
- h. Perry. G. Anne, Potter A., 1997, Clinical Nursing Skills and Techniques, St Louis, Toronto, Princetown, The CV. Mosby Company
- i. Hasiana Habayahan, aspek legal pendokumentasian, RS, Mediros Jakarta, Jakarta.

Catatan : * coret yang tidak perlu

Disiapkan oleh	Diperiksa oleh	Disahkan oleh
Dosen (Penanggungjawab mata kuliah) 	Ketua program Studi 	Ketua Perwakilan Jurusan Keperawatan 
Tulus P H, S.Kep. Ns., M.Kes NIP 19671012199003 2 001	Hermani T, S.Kep. Ns, M.Kes NIP 196902221988032001	Hermani T, S.Kep. Ns, M.Kes NIP 196902221988032001



Format Modul Praktek Klinik/ Lapangan/ Laboratorium*

1. Tema Modul : Modul Praktika Metodologi Keperawatan Berfikir Kritis
2. Mata Kuliah/ Kode : Metodologi Keperawatan/Kep. 403
3. Jumlah SKS : 1P
4. Alokasi Waktu : 1 x 170 menit x 16 pertemuan
5. Semester/ T.A : II/ 2023/2024
6. Tujuan : Setelah menyelesaikan mata kuliah ini diharapkan mahasiswa memahami berfikir kritis
7. Gambaran Umum Modul : : Dalam modul ini diajarkan tentang :berfikir kritis
8. Karakteristik Mahasiswa : modul ini ditujukan bagi mahasiswa tingkat I semester II prodi D III keperawatan yang telah mengikuti pembelajaran dikelas tentang materi : berfikir kritis
9. Target kompetensi :
 - a. Ciri berfikir kritis
 - b. keuntungan dan kerugian
 - c. berfikir kritis dlm perkembangan keilmuan
 - d. think models : if and then models
 - e. konsep induktif dan deduktif : argument models
10. Indikator Ketercapaian :

Mahasiswa mampu : mencari tahu tentang : berfikir kritis
11. Materi Pembelajaran :
 - a. Lingkup bahasan : metodologi keperawatan
 - b. Pokok bahasan : berfikir kritis.
 - c. Sub Pokok bahasan :
 - Ciri berfikir kritis
 - keuntungan dan kerugian
 - berfikir kritis dlm perkembangan keilmuan
 - think models : if and then models
 - konsep induktif dan deduktif : argument models
12. Strategi Pembelajaran :
 - a. Seminar
 - b. Membaca buku di perpustakaan
 - c. Mencari materi lewat internet



13. Sarana Penunjang Pembelajaran :

- a. Komputer
- b. LCD
- c. Makalah
- d. perpustakaan

14. Prosedur :

- a. Mempersilahkan kelompok menyajikan hasil diskusinya secara paralel dipimpin moderator
- b. Tiap-tiap kelompok menyajikan secara paralel
- c. Moderator mempersilahkan kepada audiens bertanya
- d. Mahasiswa menanyakan
- e. Penyaji menjawab pertanyaan
- f. Moderator mempersilahkan nara sumber/ dosen pengampu untuk memberikan masukan.
- g. Dosen Memberikan masukan atas diskusi yang telah dilaksanakan

15. Metode Evaluasi : diskusi kelas

16. Metode Penilaian : menggunakan checklist

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI					
		0	1	2	3	4	
1.	Kelengkapan makalah: pengertian, tujuan, kebijakan, kedudukan dan masalah SIK						
2.	Kepustakaan: jumlah literatur min: 5 ,ketepatan cara penulisan kepustakaan, validitas literatur						
3.	Bahasa: sesuai EYD,kutipan benar,ketikan benar						
4.	Presentasi: penguasaan materi,kejelasan,alokasi waktu,kelancaran, bahasa tepat						
5.	Penampilan & media: ucapan lancar,percaya diri, fokus pada audience,media mudah dibaca.						
6.	Responsi: menjawab dengan benar dan sistematis, jawaban didukung dengan teori/data Argumentasi: mampu berargumentasi dengan benar, argumentasi didukung dengan teori/data						
	NILAI AKHIR =NILAI/6						

17. Daftar Pustaka :

- a. Capernito, Linda Juall, alih bahasa Monica Ester dan Setiawan, 1995, Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan Diagnosa Keperawatan dan Masalah Kolaboratif, EGC, Edisi 2, Jakarta



- b. Fischbach, Frances Talaska, 1991, Documenting Care Communication, the Nursing Process and Documentation Standards, FA. Davis Company, Philadelphia
- c. Iyer, Patricia W., alih bahasa Sari Kurnianingsih, 2005, Dokumentasi Keperawatan Suatu pendekatan Proses Keperawatan, Edisi 3, Cetakan I, EGC, Jakarta
- d. Nursalam, 2001, Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik, Salemba Medika, Jakarta
- e. Kozier Barbara, Erb Glenora, 1997, Fundamental of Nursing Concepts and Procedures, 3th edition, Massachussets Addison - Wesley Publishing Company
- f. Perry. G. Anne, Potter A., 1985, Fundamental of Nursing Concepts Process and Practice, St Louis, Toronto, Princetown, The CV. Mosby Company
- g. Pusdiknakes Badan PPSDM, 2013, Modul pembelajaran keperawatan, Pusdiknakes Badan PPSDM, Jakarta.
- h. Perry. G. Anne, Potter A., 1997, Clinical Nursing Skills and Techniques, St Louis, Toronto, Princetown, The CV. Mosby Company
- i. Hasiana Habayahan, aspek legal pendokumentasian, RS, Mediros Jakarta, Jakarta.

Catatan : * coret yang tidak perlu

Disiapkan oleh	Diperiksa oleh	Disahkan oleh
Dosen (Penanggungjawab mata kuliah) 	Ketua program Studi 	Ketua Perwakilan Jurusan Keperawatan 
Tulus P H, S.Kep. Ns., M.Kes NIP 19671012199003 2 001	Hermani T, S.Kep. Ns, M.Kes NIP 196902221988032001	Hermani T, S.Kep. Ns, M.Kes NIP 196902221988032001



Format Modul Praktek Klinik/ Lapangan/ Laboratorium*

1. Tema Modul : Praktika Metodologi Keperawatan
Konsep proses
2. Mata Kuliah/ Kode : Metodologi Keperawatan/Kep. 403
3. Jumlah SKS : 1P
4. Alokasi Waktu : 1 x 170 menit x 16 pertemuan
5. Semester/ T.A : II/ 2022/2024
6. Tujuan :Setelah menyelesaikan mata kuliah ini diharapkan mahasiswa memahami konsep proses
7. Gambaran Umum Modul : : Dalam modul ini diajarkan tentang : konsep proses
8. Karakteristik Mahasiswa : modul ini ditujukan bagi mahasiswa tingkat I semester II prodi D III keperawatan yang telah mengikuti pembelajaran dikelas tentang konsep proses .
9. Target kompetensi :
 - a. ciri-ciri proses
 - b. proses sebagai sarana pengembangan keilmuan
10. Indikator Ketercapaian :
Mahasiswa mampu :mencari tahu tentang : konsep proses
11. Materi Pembelajaran :
 - a. Lingkup bahasan : Metodologi keperawatan
 - b. Pokok bahasan : konsep proses.
 - c. Sub Pokok bahasan :
 - ciri-ciri proses
 - proses sebagai sarana pengembangan keilmuan
12. Strategi Pembelajaran :
 - a. Seminar
 - b. Membaca buku di perpustakaan
 - c. Mencari materi lewat internet
13. Sarana Penunjang Pembelajaran :
 - a. Komputer
 - b. LCD
 - c. Makalah
 - d. perpustakaan
14. Prosedur :



- a. Mempersilahkan kelompok menyajikan hasil diskusinya secara paralel dipimpin moderator
- b. Tiap-tiap kelompok menyajikan secara paralel
- c. Moderator mempersilahkan kepada audiens bertanya
- d. Mahasiswa menanyakan
- e. Penyaji menjawab pertanyaan
- f. Moderator mempersilahkan nara sumber/ dosen pengampu untuk memberikan masukan.
- g. Dosen Memberikan masukan atas diskusi yang telah dilaksanakan

15. Metode Evaluasi : diskusi kelas

16. Metode Penilaian : menggunakan checklist

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI				
		0	1	2	3	4
1.	Kelengkapan makalah: pengertian, tujuan,impilkasi, ruanglingkuppenelitian					
2.	Kepustakaan: jumlah literatur min: 5 ,ketepatan cara penulisan kepustakaan, validitas literatur					
3.	Bahasa: sesuai EYD,kutipan benar,ketikan benar					
4.	Presentasi: penguasaan materi,kejelasan,alokasi waktu,kelancaran, bahasa tepat					
5.	Penampilan & media: ucapan lancar,percaya diri, fokus pada audience,media mudah dibaca.					
6.	Responsi: menjawab dengan benar dan sistematis, jawaban didukung dengan teori/data Argumentasi: mampu berargumentasi dengan benar, argumentasi didukung dengan teori/data					
	NILAI AKHIR =NILAI/6					

17. Daftar Pustaka :

- a. Capernito, Linda Juall, alih bahasa Monica Ester dan Setiawan, 1995, Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan Diagnosa Keperawatan dan Masalah Kolaboratif, EGC, Edisi 2, Jakarta
- b. Fischbach, Frances Talaska, 1991, Documenting Care Communication, the Nursing Process and Documentation Standars, FA. Davis Company, Philadelphia
- c. Iyer, Patricia W., alih bahasa Sari Kurnianingsih, 2005, Dokumentasi Keperawatan Suatu pendekatan Proses Keperawatan, Edisi 3, Cetakan I, EGC, Jakarta
- d. Nursalam, 2001, Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik, Salemba Medika, Jakarta



- e. Koziar Barbara, Erb Glenora, 1997, Fundamental of Nursing Concepts and Procedures, 3th edition, Massachussets Addison - Wesley Publishing Company
- f. Perry. G. Anne, Potter A., 1985, Fundamental of Nursing Concepts Process and Practice, St Louis, Toronto, Princetown, The CV. Mosby Company
- g. Pusdiknakes Badan PPSDM, 2013, Modul pembelajaran keperawatan, Pusdiknakes Badan PPSDM, Jakarta.
- h. Perry. G. Anne, Potter A., 1997, Clinical Nursing Skills and Techniques, St Louis, Toronto, Princetown, The CV. Mosby Company
- i. Hasiana Habayahan, aspek legal pendokumentasian, RS, Mediros Jakarta, Jakarta.

Catatan : * coret yang tidak perlu

Disiapkan oleh	Diperiksa oleh	Disahkan oleh
Dosen (Penanggungjawab mata kuliah) 	Ketua program Studi 	Ketua Perwakilan Jurusan Keperawatan 
Tulus P H, S.Kep. Ns., M.Kes NIP 19671012199003 2 001	Hermani T, S.Kep. Ns, M.Kes NIP 196902221988032001	Hermani T, S.Kep. Ns, M.Kes NIP 196902221988032001



Format Modul Praktek Klinik/ Lapangan/ Laboratorium*

1. Tema Modul : Praktika Metodologi Keperawatan aspek legal
2. Mata Kuliah/ Kode : Metodologi Keperawatan/Kep. 403
3. Jumlah SKS : 1P
4. Alokasi Waktu : 1 x 170 menit x 16 pertemuan
5. Semester/ T.A : II/ 2023-2024
6. Tujuan : Setelah menyelesaikan mata kuliah ini diharapkan mahasiswa memahami aspek legal
7. Gambaran Umum Modul : : Dalam modul ini diajarkan tentang : aspek legal
8. Karakteristik Mahasiswa : modul ini ditujukan bagi mahasiswa tingkat I semester II prodi D III keperawatan yang telah mengikuti pembelajaran dikelas tentang materi : aspek legal
9. Target kompetensi :
 - a. aspek profesi
 - b. aspek norma
 - c. aspek hukum
 - d. aspek keilmuan
- 10 .Indikator Ketercapaian :

Mahasiswa mampu : mencari tahu tentang : aspek legal
- 11 Materi Pembelajaran :
 - a. Lingkup bahasan : Metodologi keperawatan
 - b. Pokok bahasan : aspek legal
 - c. Sub Pokok bahasan :
 - . aspek profesi
 - aspek norma
 - aspek hukum
 - . aspek keilmuan
12. Strategi Pembelajaran :
 - a. Seminar
 - b. Membaca buku di perpustakaan
 - c. Mencari materi lewat internet
13. Sarana Penunjang Pembelajaran :
 - a. Komputer
 - b. LCD



- c. Makalah
- d. perpustakaan

14. Prosedur :
- a. Mempersilahkan kelompok menyajikan hasil diskusinya secara paralel dipimpin moderator
 - b. Tiap-tiap kelompok menyajikan secara paralel
 - c. Moderator mempersilahkan kepada audiens bertanya
 - d. Mahasiswa menanyakan
 - e. Penyaji menjawab pertanyaan
 - f. Moderator mempersilahkan nara sumber/ dosen pengampu untuk memberikan masukan.
 - g. Dosen Memberikan masukan atas diskusi yang telah dilaksanakan

15. Metode Evaluasi : diskusi kelas

16. Metode Penilaian : menggunakan checklist

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI				
		0	1	2	3	4
1.	Kelengkapan makalah: pengertian, tujuan,impilkasi, ruanglingkuppenelitian					
2.	Kepustakaan: jumlah literatur min: 5 ,ketepatan cara penulisan keputakaan, validitas literatur					
3.	Bahasa: sesuai EYD,kutipan benar,ketikan benar					
4.	Presentasi: penguasaan materi,kejelasan,alokasi waktu,kelancaran, bahasa tepat					
5.	Penampilan & media: ucapan lancar,percaya diri, fokus pada audience,media mudah dibaca.					
6.	Responsi: menjawab dengan benar dan sistematis, jawaban didukung dengan teori/data Argumentasi: mampu berargumentasi dengan benar, argumentasi didukung dengan teori/data					
	NILAI AKHIR =NILAI/6					

17. Daftar Pustaka :
- a. Capernito, Linda Juall, alih bahasa Monica Ester dan Setiawan, 1995, Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan Diagnosa Keperawatan dan Masalah Kolaboratif, EGC, Edisi 2, Jakarta
 - b. Fischbach, Frances Talaska, 1991, Documenting Care Communication, the Nursing Process and Documentation Standars, FA. Davis Company, Philadelphia



- c. Iyer, Patricia W., alih bahasa Sari Kurnianingsih, 2005, Dokumentasi Keperawatan Suatu pendekatan Proses Keperawatan, Edisi 3, Cetakan I, EGC, Jakarta
- d. Nursalam, 2001, Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik, Salemba Medika, Jakarta
- e. Kozier Barbara, Erb Glenora, 1997, Fundamental of Nursing Concepts and Procedures, 3th edition, Massachussets Addison - Wesley Publishing Company
- f. Perry. G. Anne, Potter A., 1985, Fundamental of Nursing Concepts Process and Practice, St Louis, Toronto, Princetown, The CV. Mosby Company
- g. Pusdiknakes Badan PPSDM, 2013, Modul pembelajaran keperawatan, Pusdiknakes Badan PPSDM, Jakarta.
- h. Perry. G. Anne, Potter A., 1997, Clinical Nursing Skills and Techniques, St Louis, Toronto, Princetown, The CV. Mosby Company
- i. Hasiana Habayahan, aspek legal pendokumentasian, RS, Mediros Jakarta, Jakarta.

Catatan : * coret yang tidak perlu

Disiapkan oleh	Diperiksa oleh	Disahkan oleh
Dosen (Penanggungjawab mata kuliah) 	Ketua program Studi 	Ketua Perwakilan Jurusan Keperawatan 
Tulus P H, S.Kep. Ns., M.Kes NIP 19671012199003 2 001	Hermani T, S.Kep. Ns, M.Kes NIP 196902221988032001	Hermani T, S.Kep. Ns, M.Kes NIP 196902221988032001