



# **MODUL** **PRAKTIKUM KEPERAWATAN MEDIKAL** **BEDAH 2**

**DI SUSUN OLEH**  
**Sholichin, S.Kp, M.Kep**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS**  
**MULAWARMAN**  
**2021**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah Subhanahu Wa Ta'ala atas karunia yang telah diberikan kepada kita semua sehingga buku petunjuk praktikum Keperawatan Medikal Bedah II ini bisa diselesaikan sebagai pegangan dalam melaksanakan praktikum Keperawatan Medikal Bedah II bagi mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman.

Modul ini berisikan panduan praktikum keterampilan laboratorium (*skills lab*) Keperawatan Medikal Bedah II yang bertujuan untuk membantu dan mempermudah mahasiswa keperawatan dalam belajar keterampilan keperawatan di Laboratorium keperawatan yang pada akhirnya dapat diaplikasikan dalam tatanan pelayanan klinik maupun komunitas.

Terimakasih kami ucapkan kepada semua pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan pemikiran dalam penyusunan buku petunjuk praktikum ini.

Kritik dan saran yang membangun kami harapkan kepada pembaca agar buku petunjuk praktikum Keperawatan Medikal Bedah II ini menjadi buku petunjuk praktikum yang lebih baik dan sesuai harapan.

Samarinda, 07 Januari 2021

Penulis

# PRAKTIKUM SISTEM MUSKULOSKELETAL

## PENDAHULUAN

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

Salah satu kasus penyakit sistem Muskuloskeletal yang perlu dilakukan praktik laboratorium adalah kasus gangguan mobilitas baik secara aktif maupun pasif. Kegiatan praktikum laboratorium sistem muskuloskeletal yang dibahas dalam modul ini adalah ketrampilan *Range of Motion (ROM)*.

Setelah Anda mempelajari materi Panduan Praktikum 1 ini dengan sungguh-sungguh, di akhir proses pembelajaran, Anda diharapkan akan dapat melakukan Bagaimana melaksanakan *Range of Motion* yang benar.

Agar Anda dapat memahami modul ini dengan mudah, maka Panduan Praktikum 1 ini hanya membahas 1 (satu) Topik, yaitu : Prosedur Tindakan *Range of Motion (ROM)*

# Prosedur Tindakan Range Of Motion (ROM)

Dalam kegiatan belajar praktikum ini akan di jelaskan bagaimana cara melakukan prosedur tindakan Range of Motion (ROM). Prosedur ini di lakukan terhadap pasien yang mengalami gangguan mobilitas atau gerak karena akibat penyakit yang di alaminya khususnya penyakit yang terkait dengan sistem muskuloskeletal maupun persyarafan.

Tujuan dari pembelajaran ini adalah memberi pengetahuan dan ketrampilan bagi mahasiswa dalam melakukan prosedur tindakan Range of motion (ROM) sebagai dasar atau bekal sebelum melakukan asuhan keperawatan pada tatanan nyata di pelayanan kesehatan baik Rumah sakit maupun klinik.

## A. PENGERTIAN ROM (RANGE OF MOTION)

ROM ( Range of Motion ) adalah istilah baku untuk menyatakan batas atau batasan gerakan sendi yang normal dan sebagai dasar untuk menetapkan adanya kelainan ataupun untuk menyatakan batas gerakan sendi yang abnormal

ROM ( Range of Motion ) Adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif.

## B. MANFAAT ROM (RANGE OF MOTION)

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

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

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

1. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot.
2. Mempertahankan fungsi jantung dan pernafasan.
3. Mencegah kontraktur dan kekauan pada sendi.

## C. JENIS ROM ( RANGE OF MOTION )

Ada dua jenis ROM, yaitu ROM aktif dan ROM pasif.

## **1. Aktif ROM ( Range of Motion )**

- a. Pengertian  
Merupakan pergerakan yang dilakukan oleh orang itu sendiri secara mandiri
- b. Tujuan
  1. Meminimalisasi efek immobilisasi.
  2. Meningkatkan sirkulasi darah dan cairan synovial.
  3. Memberikan kekuatan yang cukup pada otot.
  4. Memberikan pengaruh kinesthesia.
- c. Indikasi  
Kontraksi aktif dari otot menurun. Kekuatan otot 75 %
- d. Kontra Indikasi
  1. Nyeri berat.
  2. Sendi kaku atau tidak dapat bergerak.
  3. Stroke.
- e. Prosedur Pelaksanaan  
Perawat memberikan bimbingan dan intruksi atau motivasi kepada klien untuk menggerakkan persendian-persendian tubuh sesuai dengan rentang geraknya masing-masing.

## **2. Pasif ROM ( Range of Motion )**

- a. Pengertian  
Merupakan pergerakan yang dilakukan oleh seseorang yang dibantu orang lain. Hal ini dilakukan dikarenakan seseorang tidak punya kemampuan untuk melakukan pergerakan secara mandiri (Kozier, 2008).
- b. Tujuan
  1. Mempertahankan fungsi sendi dan otot sebaik mungkin.
  2. Mempertahankan area sendi tetap fleksibel.
  3. Mempertahankan aliran darah.
- c. Indikasi
  1. Orang yang keterbatasan fisik
  2. Pasien yang terimobilisasi di tempat tidur maupun di kursi roda.
  3. Kondisi yang tidak memungkinkan melakukan ROM secara mandiri.
- d. Kontra Indikasi
  1. Emboli dan peradangan pada pembuluh darah.
  2. Kelainan sendi.
  3. Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung).
- e. Prosedur Pelaksanaan

## **3. Prosedur umum**

- a. Cuci tangan untuk mencegah transfer organisme.
- b. Jaga privasi klien dengan menutup pintu atau memasang sketsel.

- c. Beri penjelasan kepada klien mengenai apa yang akan anda kerjakan dan minta klien untuk dapat bekerja sama.
- d. Atur ketinggian tempat tidur klien yang sesuai agar memudahkan perawat dalam bekerja, terhindar dari masalah pada penajajaran tubuh dan pergunakan selalu prinsip-prinsip mekanik tubuh.
- e. Posisikan klien dengan posisi supinasi dekat dengan perawat dan buka bagian tubuh yang akan digerakkan.
- f. Letakkan kedua kaki dan letakkan kedua lengan pada masing-masing sisi tubuh.
- g. Kembalikan pada posisi awal setelah masing-masing gerakan. Latihan gerakan dapat di ulang hingga 3 kali, hingga klien merasakan lebih membaik.
- h. Selama latihan pergerakan, kaji :
  - Kemampuan untuk menoleransi gerakan,
  - Rentang gerak (ROM) dari masing-masing persendian yang bersangkutan.
- i. Setelah latihan pergerakan, kaji denyut nadi dan ketahanan tubuh terhadap latihan.
- j. Catat dan laporkan setiap masalah yang tidak diharapkan atau perubahan pada pergerakan klien, misalnya ada kekakuan dan kontraktur.

#### 4. Prosedur Khusus

Latihan gerakan ROM ( Range of Motion ) dilakukan di daerah sendi : leher, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki.

##### a. Gerakan Leher

Ambil bantal di bawah kepala klien.

##### 1) Fleksi dan ekstensi leher.

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

Fleksi : Gerakkan kepala ke depan sampai menyentuh dada (45°).

Ekstensi : kembalikan ke posisi semula tanpa disangga oleh bantal (45°).

##### 2) Fleksi lateral leher.

- Letakkan kedua tangan pada pipi klien.

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

##### b. Gerakan Bahu

##### 1) Mulai masing-masing gerakan dari lengan klien.

Pegang lengan di bawah siku dengan tangan kiri perawat dan pegang pergelangan tangan klien dengan tangan kanan perawat.

##### 2) Fleksi dan ekstensikan bahu.

Fleksi : Menaikkan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke atas (180°). Ekstensi : Mengembalikan lengan klien ke posisi di samping tubuh (180°).

##### 3) Abduksikan bahu dan adduksikan bahu.

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

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

4) Rotasikan bahu internal dan eksternal.

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

Rotasi eksternal : Kemudian gerakkan lengan ke atas hingga punggung tangan menyentuh tempat tidur (90°).

c. Gerakan Siku

1) Fleksi dan ekstensikan siku

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

Ekstensi : Luruskan kembali ke tempat semula (150°).

2) Pronasi dan supinasi siku.

Genggam tangan klien seperti orang yang sedang berjabat tangan.

Supinasi : Memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas (70-90°).

Pronasi : Memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah (70-90°).

d. Gerakan Pergelangan Tangan

1) Fleksi pergelangan tangan .

- Genggam telapak dengan satu tangan, tangan lainnya menyangga lengan bawah.

- Bengkokkan pergelangan tangan ke depan (80-90°).

2) Ekstensi pergelangan tangan.

- Dari posisi fleksi, tegakkan kembali pergelangan tangan keposisi semula ( 80-90° ).

3) Fleksi radial/radial deviation (abduksi).

Bengkokkan pergelangan tangan secara lateral menuju ibu jari (30°).

4) Fleksi ulnar/ulnar deviation (adduksi).

Bengkokkan pergelangan tangan secara lateral ke arah jari kelima (30-50°).

e. Gerakan Jari – Jari Tangan

1) Fleksi.

Bengkokkan jari-jari tangan dan ibu jari ke arah telapak tangan (tangan menggenggam).

2) Ekstensi.

Dari posisi fleksi, kembalikan ke posisi semula (buka genggam tangan).

3) Hiperektensi.

Bengkokkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin (30-60°).

4) Abduksi.

Buka dan pisahkan jari-jari tangan (30°).

- 5) Adduksi.  
Dari posisi abduksi, kembalikan ke posisi semula (30°).
  - 6) Oposisi.  
Sentuhkan masing-masing jari tangan ke ibu jari.
- f. Gerakan Pinggul dan Lutut  
Untuk melakukan gerakan ini, letakkan satu tangan di bawah lutut klien dan tangan yang lainnya di bawah mata kaki klien.
- 1) Fleksi dan ekstensi lutut dan pinggul.  
Fleksi : Angkat kaki dan bengkokkan lutut. Gerakkan lutut ke atas menuju dada sejauh mungkin (90-120°).  
Ekstensi : Kembalikan lutut ke bawah, tegakkan lutut, rendahkan kaki, rendahkan kaki sampai pada kasur (90-120°).
  - 2) Abduksi dan adduksi kaki.  
Abduksi : Gerakkan kaki ke samping menjauhi tubuh klien (30-50°).  
Adduksi : Mengeerakkan kaki kembali ke posisi medial dan melebihi jika mungkin (30-50°).
  - 3) Rotasikan pinggul internal dan eksternal.  
Rotasi internal : Putar kaki dan tungkai ke arah dalam (90°).  
Rotasi eksternal : Putar kaki dan tungkai ke arah luar (90°).
- g. Gerakan Kaki dan Pergelangan Kaki
- 1) Dorsofleksi telapak kaki.
    - Letakkan satu tangan di bawah tumit.
    - Tekan kaki klien dengan lengan anda untuk menggerakannya ke arah kaki (120-130°).
  - 2) Fleksi plantar telapak kaki
    - Letakkan satu tangan pada punggung telapak kaki dan tangan lainnya berada pada tumit.
    - Dorong telapak kaki menjauh dari kaki (120-130°).
  - 3) Fleksi dan ekstensi jari-jari kaki.
    - Letakkan satu tangan pada punggung kaki klien, letakkan tangan lainnya pada pergelangan kaki.  
Fleksi : Bengkokkan jari-jari kaki ke bawah (30-60°).  
Ekstensi: Kembalikan lagi pada posisi semula (30-60°).
  - 4) Inversi dan eversi tlapak kaki.
    - Letakkan satu tangan di bawah tumit, dan tangan yang lainnya di atas punggung kaki.  
Inversi : Putar telapak kaki ke samping dalam (medial).  
Eversi : Putar telapak kaki ke samping luar (lateral).



- h. Gerakan Hiperektensi  
Bantu klien untuk berubah pada posisi pronasi di sisi tempat tidur dekat dengan perawat.
- 1) Hiperektensi leher.
    - Letakkan satu tangan di atas dahi, tangan yang lainnya pada kepala bagian belakang.
    - Gerakkan kepala ke belakang (10°).
  - 2) Hiperektensi bahu.
    - Letakkan satu tangan di atas bahu klien dan tangan yang lainnya di bawah siku klien.
    - Tarik lengan ke atas dan ke belakang.
  - 3) Hiperektensi pinggul.
    - Letakkan satu tangan di atas pinggul. Tangan yang lainnya menyangga kaki bagian bawah.
    - Gerakkan kaki ke belakang dari persendian pinggul (30-50°).

**5. Hal – Hal yang Harus Diperhatikan**

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

**Format Penilaian**

NO	TINDAKAN	NILAI		
		2	3	4
1	<b>Persiapan alat :</b> 1. Tidak lengkap 2. Kurang lengkap 3. Lengkap			
2	<b>Persiapan pasien :</b> 1. Tidak lengkap 2. Kurang lengkap 3. Lengkap			

NO	TINDAKAN	NILAI		
		2	3	4
4	<b>Pelaksanaan tindakan :</b> 1. Tidak tepat 2. Kurang tepat 3. Tepat			

**Keterangan :**

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

**Tugas**

Setelah Anda mempelajari Topik 1 ini, silahkan Anda mencoba prosedur tindakan *Range of Motion* (ROM) pada teman anda di laboratorium, dibawah bimbingan seorang Pembimbing. Lakukan prosedur tersebut minimal 3 kali sampai Anda bisa. Semoga sukses

# KEGIATAN PRAKTIKUM SISTEM PERKEMIHAN

## PENDAHULUAN

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

Salah satu kasus penyakit sistem perkemihan yang perlu dilakukan praktik laboratorium adalah kasus gangguan berkemih karena ada masalah di kandung kemih sehingga pasien tidak bisa kencing secara spontan, untuk mengatasi masalah tersebut bisa dilakukan dengan cara melakukan irigasi kandung kemih dan *Bladder Training*. Sehingga Panduan Praktikum ini sangat berguna bagi Anda untuk membekali keterampilan dalam melakukan irigasi kandung kemih dan *Bladder Training*.

Setelah Anda mempelajari materi dalam Panduan Praktikum 2 ini dengan sungguh-sungguh, di akhir proses pembelajaran, Anda diharapkan akan dapat melakukan Bagaimana melaksanakan irigasi kandung kemih dan *Bladder Training* yang benar.

Agar Anda dapat memahami modul ini dengan mudah, maka Panduan Praktikum ini dibagi menjadi 2 (dua) Topik, yaitu :

Topik 1 : Irigasi Kandung Kemih

Topik 2 : *Bladder Training*

# Irigasi Kandung Kemih

Dalam kegiatan belajar praktikum ini akan di jelaskan bagaimana cara melakukan prosedur tindakan irigasi kandung kemih. Prosedur ini di lakukan terhadap pasien yang mengalami gangguan berkemih karena akibat penyakit yang di alaminya khususnya penyakit yang terkait dengan sistem perkemihan.

Tujuan dari pembelajaran ini adalah memberi pengetahuan dan ketrampilan bagi mahasiswa dalam melakukan prosedur tindakan irigasi kandung kemih sebagai dasar atau bekal sebelum melakukan asuhan keperawatan pada tatanan nyata di pelayanan kesehatan baik Rumah sakit maupun klinik.

## A. PENGERTIAN

Irigasi kandung kemih melalui kateter adalah pencucian kateter urine untuk mempertahankan kepatenan kateter urine menetap dengan larutan steril yang diprogramkan oleh dokter. Karena darah, pus, atau sedimen dapat terkumpul di dalam selang dan menyebabkan distensi kandung kemih serta menyebabkan urine tetap berada di tempatnya. Ada dua metode untuk irigasi kateter, yaitu :

1. Irigasi kandung kemih secara tertutup. Sistem ini memungkinkan seringnya irigasi kontinyu tanpa gangguan pada sistem kateter steril. Sistem ini paling sering digunakan pada kalien yang menjalani bedah genitourinaria dan yang kateternya berisiko mengalami penyumbatan oleh fragmen lendir dan bekuan darah.
2. Dengan membuka sistem drainase tertutup untuk menginstilasi irigasi kandung kemih. Teknik ini menimbulkan resiko lebih besar untuk terjadinya infeksi. Namun, demikian kateter ini diperlukan saat kateter tersumbat dan kateter tidak ingin diganti (misalnya : setelah pembedahan prostat).

Dokter dapat memprogramkan irigasi kandung kemih untuk klien yang mengalami infeksi kandung kemih, yang larutannya terdiri dari antiseptik atau antibiotik untuk membersihkan kandung kemih atau mengobati infeksi lokal. Kedua irigasi tersebut menerapkan teknik aseptis steril. Dengan demikian Irigasi kandung kemih adalah proses pencucian kandung kemih dengan aliran cairan yang telah di programkan oleh dokter.

## B. TUJUAN

Nah, perlu Anda ketahui bahwa tujuan dilakukannya irigasi kandung kemih adalah sebagai berikut :

1. Untuk mempertahankan kepatenan kateter urine
2. Mencegah terjadinya distensi kandung kemih karena adanya penyumbatan kateter urine, misalnya oleh darah dan pus

3. Untuk membersihkan kandung kemih
4. Untuk mengobati infeksi lokal

### C. RESPON KLIEN YANG MEMBUTUHKAN TINDAKAN SEGERA

Tindakan irigasi kandung kemih perlu mendapat perhatian, bilamana respon pasien :

1. Pasien mengeluh nyeri atau spasme kandung kemih karena irigan terlalu dingin.
2. Ada darah atau bekuan darah dalam selang irigasi.

Tindakan :

1. Lambatkan atau hentikan irigasi kandung kemih
2. Memerlukan peningkatan kecepatan aliran (tujuan intervensi ini adalah mempertahankan patensi kateter, sel darah mempunyai potensi menyumbat kateter).

### D. PELAKSANAAN

#### 1. Irigasi Kandung Kemih Terbuka

Persiapan alat :

- a. Set irigasi steril dengan spuit (ujung sesuai untuk kebutuhan irigasi kateter)
- b. Sarung tangan bersih
- c. Normal saline steril untuk cairan irigasi (atau cairan sesuai dengan order)
- d. Kapas alkohol/swab
- e. Absorben pad
- f. Penutup steril untuk selang/*tube*
- g. Obat anti nyeri atau anti spasme
- h. Plester
- i. Kom

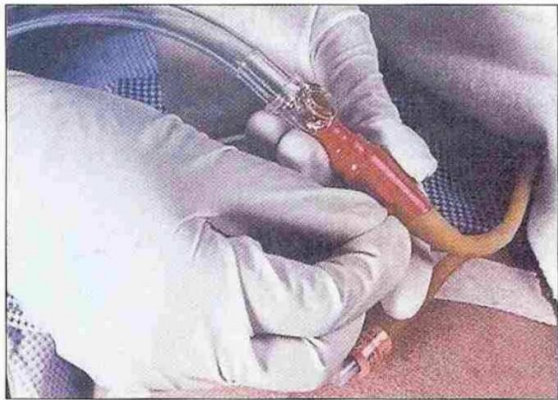
Persiapan pasien :

- a. Periksa ulang tindakan yang di minta oleh dokter
- b. Persiapkan alat
- c. Identifikasi pasien
- d. Jelaskan prosedur dan rasionalnya kepada klien
- e. Cuci tangan
- f. Lakukan premedikasi sesuai dengan indikasi pada pasien
- g. Berikan privasi
- h. Bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman

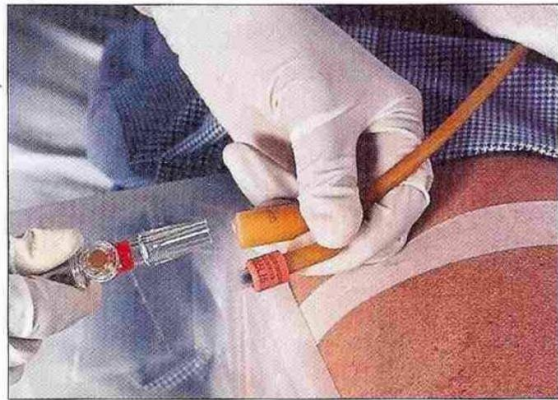
Prosedur tindakan :

- a. Buka selimut pasien untuk dapat mengekspose kateter
- b. Palpasi kandung kemih pasien untuk mengetahui adanya distensi

- c. Buka wadah cairan irigasi steril di meja/troli, pertahankan sterilitas bagian dalam dari wadah
- d. Kenakan sarung tangan bersih
- e. Letakkan absorben pad di bawah sambungan selang dan kateter
- f. Masukkan cairan irigasi yang sebelumnya telah dibuka
- g. Buka tutup spuit dan letakkan di wadah cairan irigasi. Jangan mengkontaminasi ujung spuit
- h. Letakkan kom wadah di atas absorben pad untuk menciptakan area kerja
- i. Lepaskan kateter dari selang urin bag, letakkan penutup steril pada ujung selang urin bag
- j. Amankan selang urin bag di samping tempat tidur
- k. Letakkan ujung kateter ke kom
- l. Masukkan spuit ke kateter dan coba aspirasi adanya benda yang menyumbat
- m. Masukkan cairan irigasi ke spuit
- n. Masukkan 30-50mL cairan irigasi ke dalam kateter secara perlahan lahan dan tekanan lembut,
  - 1) Cabut spuit dan biarkan cairan mengalir ke luar
  - 2) Rendahkan posisi kom agar cairan dapat keluar dengan bantuan gravitasi atau sedot kembali cairan yang telah dimasukkan
  - 3) Lanjutkan irigasi kandung kemih pasien dengan 30-50mL cairan irigasi hingga cairan keluar jernih
- o. Cabut penutup dari selang urin bag
- p. Usap ujung kateter dengan kapas alkohol/swab, dan hubungkan kateter dengan selang urin bag
- q. Pastikan jalur paten dari kateter hingga urin bag. Hindari selang menggantung di bawah posisi urin bag
- r. Fiksasi kateter pada paha dalam untuk perempuan dan abdomen pada laki-laki
- s. Pasang kembali pengaman sisi tempat tidur pasien
- t. Rapikan alat dan lepaskan sarung tangan
- u. Pastikan pasien bersih dan nyaman
- v. Cuci tangan
- w. Hitung jumlah cairan yang keluar dan apa saja yang keluar bersama cairan irigasi
- x. Catat jumlah dan kondisi cairan irigasi yang keluar pada chart pasien



● Carefully remove sealing tape to access catheter.



● Disconnect catheter from drainage tubing; cover tubing end with sterile cap.



● Instill 30–50 mL of irrigant into catheter to irrigate an open system.



● Reconnect catheter to drainage tubing using aseptic technique.

*Gambar 1.1 :  
Tindakan irigasi kandung kemih melalui kateter*

## 2. Irigasi Kandung Kemih Terbuka

Persiapan alat :

Sebelum melakukan tindakan irigasi kandung kemih, maka perlu Anda lakukan persiapan alat sebagai berikut :

- a. Set irigasi (wadah steril untuk tempat cairan irigasi)
- b. Spuit 30 mL dengan kanula tanpa jarum
- c. Antiseptik swab/kapas alkohol
- d. Cairan irigasi steril
- e. Klem (untuk selang urin bag)
- f. Sarung tangan bersih
- g. Obat, bila direspkan
- h. Absorben pad

Persiapan pasien :

Sebelum melakukan tindakan irigasi kandung kemih, maka perlu Anda lakukan persiapan pasien sebagai berikut :

- a. Periksa ulang perintah dokter dan rencana keperawatan pasien
- b. Identifikasi pasien. Jelaskan prosedur dan rasional dari tindakan yang akan dilakukan
- c. Berikan premedikasi bila diresepkan
- d. Persiapkan alat-alat
- e. Cuci tangan
- f. Berikan privasi. Posisikan pasien posisi dorsal recumbent bila tidak ada kontra indikasi
- g. Tinggikan tempat tidur untuk memudahkan perawat. Turunkan pengaman sisi tempat tidur.
- h. Kenakan sarung tangan
- i. Keluarkan urin yang berada di dalam urin bag dan catat jumlahnya

Prosedur tindakan :

Setelah persiapan alat dan persiapan pasien selesai, maka selanjutnya adalah prosedur tindakan yang harus Anda lakukan adalah sebagai berikut :

- a. Buka set wadah steril. Pertahankan sterilitas bagian dalam
- b. Letakkan absorben pad di bawah ujung kateter untuk menciptakan area kerja
- c. Tuangkan cairan irigasi pada wadah steril
- d. Klem selang urin bag tepat di bawah tempat injeksi
- e. Usap area injeksi dengan kapas alcohol
- f. Masukkan kanula spuit ke area injeksi
- g. Coba lakukan aspirasi adanya bekuan darah atau bagian yang menyebabkan obstruksi
- h. Masukkan cairan irigasi ke dalam spuit
- i. Usap lokasi injeksi kembali
- j. Suntikkan cairan irigasi melalui lokasi penginjeksian secara perlahan-lahan
- k. Cabut spuit dari lokasi penginjeksian
- l. Lepaskan klem dan rendahkan posisi kateter untuk mengalirkan cairan ke urin bag
- m. Ulangi prosedur hingga didapatkan cairan jernih tanpa adanya bekuan darah atau benda yang dapat menyebabkan obstruksi
- n. Rapikan kembali alat dan lepaskan sarung tangan
- o. Turunkan bed dan naikkan pengaman sisi tempat tidur
- p. Cuci tangan
- q. Hitung jumlah cairan yang keluar dan kondisi visual dari cairan irigasi. Catat di rekam medis pasien



### Format Penilaian

NO	TINDAKAN	NILAI		
		2	3	4
1	<b>Persiapan alat :</b> 1. Tidak lengkap 2. Kurang lengkap 3. Lengkap			
2	<b>Persiapan pasien :</b> 1. Tidak lengkap 2. Kurang lengkap 3. Lengkap			
4	<b>Pelaksanaan tindakan :</b> 1. Tidak tepat 2. Kurang tepat 3. Tepat			

#### Keterangan :

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

#### Tugas

Setelah Anda mempelajari kegiatan belajar 1 ini, silahkan Anda mencoba prosedur tindakan irigasi kandung kemih pada panthum di laboratorium, dibawah bimbingan seorang Pembimbing. Lakukan prosedur tersebut minimal 2 kali sampai Anda bisa. Semoga sukses.

# Bladder Training

Dalam kegiatan belajar praktikum ini akan di jelaskan bagaimana cara melakukan prosedur tindakan *Bladder Training*. Prosedur ini di lakukan terhadap pasien yang mengalami gangguan berkemih karena akibat penyakit yang di alaminya khususnya penyakit yang terkait dengan sistem perkemihan.

Tujuan dari pembelajaran ini adalah memberi pengetahuan dan ketrampilan bagi mahasiswa dalam melakukan prosedur tindakan *Bladder Training* sebagai dasar atau bekal sebelum melakukan asuhan keperawatan pada tatanan nyata di pelayanan kesehatan baik Rumah sakit maupun klinik.

## A. PENGERTIAN

*Bladder training* adalah salah upaya untuk mengembalikan fungsi kandung kencing yang mengalami gangguan ke keadaan normal atau ke fungsi optimal neurogenik.

Bladder training merupakan salah satu terapi yang efektif diantara terapi non farmakologis.

## B. TUJUAN

Tujuan dari *bladder training* adalah untuk melatih kandung kemih dan mengembalikan pola normal perkemihan dengan menghambat atau menstimulasi pengeluaran air kemih.

Terapi ini bertujuan memperpanjang interval berkemih yang normal dengan berbagai teknik distraksi atau tehnik relaksasi sehingga frekuensi berkemih dapat berkurang, hanya 6-7 kali per hari atau 3-4 jam sekali. Melalui latihan, penderita diharapkan dapat menahan sensasi berkemih.

Tujuan yang dapat di capai dalam sumber yang lain adalah :

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

## C. INDIKASI

Indikasi dilakukannya *Bladder Training* adalah sebagai berikut :

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

## D. PENGKAJIAN

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

1. Pola berkemih  
Info ini memungkinkan perawat merencanakan sebuah program yang sering memakan waktu 2 minggu atau lebih untuk dipelajari.
2. Ada tidaknya ISK atau penyakit penyebab  
Bila terdapat ISK atau penyakit yang lainnya maka harus diobati dalam waktu yang sama.

## E. PELAKSANAAN

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

### Format Penilaian

NO	TINDAKAN	NILAI		
		2	3	4
1	<b>Persiapan alat :</b> 1. Tidak lengkap 2. Kurang lengkap 3. Lengkap			
2	<b>Persiapan pasien :</b> 1. Tidak lengkap 2. Kurang lengkap 3. Lengkap			
4	<b>Pelaksanaan tindakan :</b> 1. Tidak tepat 2. Kurang tepat 3. Tepat			

**Keterangan :**

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

**Tugas**

Setelah Anda mempelajari kegiatan belajar 2 ini, silahkan Anda mencoba prosedur tindakan *Bladder Training* pada panthum di laboratorium, dibawah bimbingan seorang Pembimbing. Lakukan prosedur tersebut minimal 2 kali sampai Anda bisa. Semoga sukses.

## Daftar Pustaka

Berman, Audrey, et all. 2008. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Process, dan Practice – 8<sup>th</sup> ed. New Jersey : Pearson Education.

Smith, Sandra Fuchi. 2008. Clinical Nursing Skills : Basic to advanced skills – 7<sup>th</sup> ed. New Jersey : Pearson Education.

# KEGIATAN PRAKTIKUM SISTEM ENDOKRIN

## PENDAHULUAN

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

Salah satu kasus penyakit sistem Endokrin dan sistem Integumen yang perlu dilakukan praktik laboratorium adalah kasus luka bakar. Kegiatan praktikum laboratorium sistem integumen yang dibahas dalam modul ini adalah Prosedur Tindakan pemeriksaan gula darah dan Prosedur Tindakan Pemeriksaan BMR, serta Prosedur Tindakan Perawatan Luka Bakar

Setelah Anda mempelajari materi dalam Panduan Praktikum 3 ini dengan sungguh-sungguh, di akhir proses pembelajaran, Anda diharapkan akan dapat melakukan Bagaimana melaksanakan Prosedur Tindakan Pemeriksaan gula Darah dan pemeriksaan BMR. Anda diharapkan akan dapat melakukan Bagaimana melaksanakan Prosedur Tiindakan Perawatan Luka Bakar yang benar.

Agar Anda dapat memahami modul ini dengan mudah, maka Panduan Praktikum ini hanya membahas 2 (dua) Topik, yaitu :

Topik 1 : Prosedur Tindakan Pemeriksaan Gula darah

Topik 2 :Prosedur Tindakan Perawatan Luka Bakar

# Prosedur Tindakan Pemeriksaan Gula Darah

Dalam kegiatan belajar praktikum ini akan di jelaskan bagaimana cara melakukan prosedur tindakan pemeriksaan gula darah. Prosedur ini di lakukan terhadap pasien yang mengalami gangguan regulasi gula darah karena akibat penyakit yang di alaminya khususnya penyakit yang terkait dengan sistem endokrin.

Tujuan dari pembelajaran ini adalah memberi pengetahuan dan ketrampilan bagi mahasiswa dalam melakukan prosedur tindakan pemeriksaan gula darah sebagai dasar atau bekal sebelum melakukan asuhan keperawatan pada tatanan nyata di pelayanan kesehatan baik Rumah sakit maupun klinik.

## Prosedur Tindakan Pemeriksaan Gula Darah

- Pengertian** : Pemeriksaan gula darah digunakan untuk mengetahui kadar gula darah seseorang.
- Macam- macam pemeriksaan gula darah** : Kriteria diagnostik WHO untuk diabetes mellitus pada sedikitnya 2 kali pemeriksaan :
1. Glukosa plasma sewaktu  $\leq 200$  mg/dl (11,1 mmol/L)
  2. Glukosa plasma puasa  $\leq 140$  mg/dl (7,8 mmol/L)
  3. Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial (pp)  $\leq 200$  mg/dl.
- Indikasi** : Klien yang tidak mengetahui proses penyakitnya.
- Petugas** : 1.Mahasiswa  
2.Perawat
- Tujuan** : 1. Untuk mengetahui kadar gula pada pasien.  
2. Mengungkapkan tentang proses penyakit dan pengobatannya.

- Persiapan Alat** :
1. Glukometer
  2. Kapas Alkohol
  3. Hand scone
  4. Stik GDA
  5. Lanset
  6. Bengkok
  7. Sketsel

**Persiapan Lingkungan** : Menjaga privacy klien.

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



- Evaluasi Sikap** : 1. Sabar  
2. Teliti  
3. Sopan-santun

**Format Penilaian**

NO	TINDAKAN	NILAI		
		2	3	4
1	<b>Persiapan alat :</b> 1. Tidak lengkap 2. Kurang lengkap 3. Lengkap			
2	<b>Persiapan pasien :</b> 1. Tidak lengkap 2. Kurang lengkap 3. Lengkap			
4	<b>Pelaksanaan tindakan :</b> 1. Tidak tepat 2. Kurang tepat 3. Tepat			

**Keterangan :**

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

**Tugas**

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

# Prosedur Tindakan Perawatan Luka Bakar

Dalam kegiatan belajar praktikum ini akan di jelaskan bagaimana cara melakukan prosedur tindakan perawatan luka bakar. Prosedur ini di lakukan terhadap pasien yang mengalami luka bakar .

Tujuan dari pembelajaran ini adalah memberi pengetahuan dan ketrampilan bagi mahasiswa dalam melakukan prosedur tindakan perawatan luka bakar sebagai dasar atau bekal sebelum melakukan asuhan keperawatan pada tatanan nyata di pelayanan kesehatan baik Rumah sakit maupun klinik.

## A. PENGERTIAN

Melakukan tindakan perawatan terhadap luka bakar

## B. TUJUAN

1. Melindungi luka dari trauma mekanik
2. Mengobati drainase
3. Mencegah kontaminasi dari kotoran tubuh
4. Membantu hemostasis
5. Mengimobilisasi luka
6. Menghambat/membunuh mikro organisme
7. Memberikan rasa aman bagi mental dan fisik pasien
8. Memberikan lingkungan psikologis yang sesuai untuk penyembuhan luka

## C. KEBIJAKAN

Dilakukan pada pasien yang luka dan ada order dari dokter yang merawat

## D. PETUGAS

Perawat

## E. PERALATAN

1. Bak instrument yang berisi:
  - a. Pinset anatomis
  - b. Pinset chirurgis
  - c. Gunting debridemand

- d. Kassa steril
- 2. Kom: 3 buah
- 3. Peralatan lain terdiri dari:
  - a. Spuit 5 cc atau 10 cc
  - b. Sarung tangan
  - c. Gunting plester
  - d. Plester atau perekat
  - e. Desinfektant
  - f. NaCl 0,9%
  - g. Bengkok 2 buah, 1 buah berisi larutan desinfektant
  - h. Verband
  - i. Obat luka sesuai kebutuhan

## F. PROSEDUR PELAKSANAAN

### 1. Tahap Pra Interaksi

- a. Melakukan verifikasi program pengobatan klien
- b. Mencuci tangan
- c. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar

### 2. Tahap Orientasi

- a. Memberikan salam sebagai pendekatan therapeutic
- b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga
- c. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan

### 3. Tahap Kerja

- a. Menjaga privacy
- b. Mengatur posisi pasien sehingga luka dapat terlihat jelas
- c. Membuka peralatan
- d. Memakai sarung tangan
- e. Membuka balutan dengan hati-hati, bila sulit basahi dengan NaCl 0,9%
- f. Membersihkan luka dengan menggunakan NaCl 0,9%
- g. Melakukan debridement bila terdapat jaringan nekrotik. (Bila ada bula jangan dipecah, tapi dihisap dengan spuit steril setelah hari ke-3)
- h. Membersihkan luka dengan NaCl 0,9%
- i. Mengeringkan luka dengan menggunakan kassa steril
- j. Memberikan obat topical sesuai order pada luka
- k. Menutup luka dengan kassa steril, kemudian dipasang verband dan diplester
- l. Memasang verband dan plester
- m. Merapikan pasien

#### 4. Tahap Terminasi

- a. Mengevaluasi hasil tindakan
- b. Berpamitan dengan pasien
- c. Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula
- d. Mencuci tangan
- e. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

#### Format Penilaian

NO	TINDAKAN	NILAI		
		2	3	4
1	<b>Persiapan alat :</b> 1. Tidak lengkap 2. Kurang lengkap 3. Lengkap			
2	<b>Persiapan pasien :</b> 1. Tidak lengkap 2. Kurang lengkap 3. Lengkap			
4	<b>Pelaksanaan tindakan :</b> 1. Tidak tepat 2. Kurang tepat 3. Tepat			

#### Keterangan :

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

#### Tugas

Setelah Anda mempelajari kegiatan belajar 1 ini, silahkan Anda mencoba prosedur tindakan perawatan luka bakar pada panthom di laboratorium, dibawah bimbingan seorang Pembimbing. Lakukan prosedur tersebut minimal 3 kali sampai Anda bisa. Semoga sukses.