

# MODUL PRAKTIK KLINIK HOMECARE

Modul ini berisi tentang deskripsi singkat mata kuliah praktik klinik homecare, kompetensi yang diharapkan, tindakan keperawatan yang lazim dilakukan pada saat perawatan di rumah, petunjuk praktik klinik homecare proses mentoring, kegiatan selama praktik klinik homecare dan evaluasi praktik klinik homecare. Modul ini dilengkapi dengan prosedur operasional baku tindakan keperawatan dan format pengkajian serta contoh dokumen yang diperlukan selama pendokumentasian perawatan di rumah.

Terimakasih kami ucapkan kepada Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Vokasi dan Profesi Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia sebagai penyandang dana pembuatan modul ini. Terimakasih kepada Rektor Universitas Mulawarman beserta jajarannya, Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman, Korprodi DIII Keperawatan, Kepala Lab Minihospital Prodi DIII Keperawatan dan semua pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan pemikiran dan pendanaan dalam penyusunan modul ini



PROGRAM STUDI  
DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MULAWARMAN

# MODUL PRAKTIK KLINIK HOMECARE



**Mayusef Sukmana**  
**Ediyar Miharja**  
**Dwi Nopriyanto**  
**Andi Parellangi**  
**Iskandar Muda**

MODUL PRAKTIK KLINIK HOMECARE

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MULAWARMAN



# **MODUL PRAKTIK KLINIK HOMECARE**

**Oleh :  
Mayusef Sukmana  
Ediyar Miharja  
Dwi Nopriyanto  
Andi Parellangi  
Iskandar Muda**

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



**MODUL  
PRAKTIK KLINIK HOMECARE**

**Penulis** : Mayusef Sukmana, Ediyar Miharja, Dwi Nopriyanto  
Andi Parellangi & Iskandar Muda  
**ISBN** : 678-623-94964-7-0  
**Editor** : Muhammad Aminuddin  
**Penyunting** : Candra Gunawan  
**Desain** : Doni Fajarianto

Perpustakaan Nasional RI. Data Katalog Dalam Terbitan (KDT)

**Sukmana, et. al.**

Modul Praktik Klinik Homecare, Sukmana, et. al. – Samarinda : Gunawana Lestari, 2020.

iv, 132 hlm. ; 25 cm

ISBN 678-623-94964-7-0

1. Ilmu Kedokteran      I. Judul      II. Gunawana Lestari

610-7

**Penerbit**

**Gunawana Lestari**

Jln. Wijaya Kusuma V-a No.40

Samarinda 75124

tel. +62 813 4714 2829

Email : gunawana.lestari@gmail.com

Cetakan pertama, Desember 2020

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apa pun tanpa izin tertulis dari penerbit

## **Kata Pengantar**

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas karunia yang telah diberikan kepada kita semua sehingga modul ini bisa terbit sebagai pegangan dalam melaksanakan praktik klinik homecare bagi mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman.

Modul ini berisi tentang deskripsi singkat mata kuliah praktik klinik homecare, kompetensi yang diharapkan, proses mentoring, evaluasi praktik klinik dan konsep teori tindakan keperawatan yang lazim dilakukan pada perawatan di rumah.

Terimakasih kami ucapkan kepada Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Vokasi dan Profesi Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia, Rektor Universitas Mulawarman beserta jajarannya, Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman, Korprodi DIII Keperawatan, Kepala Lab Minihospital Prodi DIII Keperawatan dan semua pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan pemikiran dan pendanaan dalam penyusunan modul ini.

Kritik dan saran yang membangun kami harapkan kepada pembaca agar modul ini menjadi modul yang lebih baik dan sesuai harapan.

Samarinda, 26 November 2020

Tim penyusun

## DAFTAR ISI

Kata Pengantar .....	iii
Daftar Isi .....	iv
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>2</b>
A. DESKRIPSI SINGKAT .....	2
B. RELEVANSI.....	2
C. CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH .....	2
D. PETUNJUK MODUL .....	3
<b>BAB II KONSEP HOME HEALTH CARE .....</b>	<b>5</b>
A. CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH .....	5
B. SUBCAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH .....	5
C. POKOK BAHASAN .....	5
D. MATERI KONSEP HOME HEALTH CARE .....	5
1. Definisi homecare .....	5
2. Manfaat homecare .....	6
3. Jenis pelayanan homecare .....	6
4. Manajemen home health care .....	7
5. Pengorganisasian .....	7
6. Standar Pendokumentasian Praktik Home Care Nursing .....	13
7. Komunikasi interprofesional kolaborasi .....	15
E. LATIHAN SOAL .....	22
<b>BAB III PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN DI RUMAH .....</b>	<b>28</b>
A. CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH .....	28
B. SUBCAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH .....	28
C. POKOK BAHASAN .....	28
D. MATERI PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN DI RUMAH....	28
1. Mencuci tangan.....	29
2. Memberikan makan pasien .....	35
3. Perawatan luka .....	36
4. Mengatur posisi pasien .....	38
5. Memandikan pasien di tempat tidur.....	53
6. Melatih napas dalam dan batuk efektif .....	55
7. Pemberian obat.....	57
8. Pemasangan infus .....	79
9. Rentang gerak(ROM).....	83
10. Penggunaan APD dalam pencegahan COVID-19 .....	92
E. LATIHAN SOAL .....	106
<b>BAB IIV PETUNJUK PRAKTIK KLINIK HOMECARE .....</b>	<b>111</b>
A. TUJUAN PRAKTIK .....	111
B. PROSES MENTORING .....	111
1. Metode Praktik .....	111
2. Kegiatan praktisi.....	111
3. Evaluasi dan penugasan .....	114
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>129</b>

## **VISI**

Menjadi Program Studi D3 Keperawatan Yang Terkemuka Dalam Bidang Keperawatan Penyakit Tropis Tahun 2028

## **MISI**

1. Menyelenggarakan pendidikan yang berkualitas di bidang keperawatan penyakit tropis
2. Menyelenggarakan penelitian di bidang keperawatan penyakit tropis dan pemanfaatan hutan tropis lembab serta lingkungannya.
3. Menyelenggarakan pengabdian masyarakat di bidang keperawatan penyakit tropis

## **TUJUAN**

1. Menghasilkan lulusan perawat vokasi yang profesional di bidang keperawatan dan unggul dalam keperawatan penyakit tropis
2. Meningkatkan profesionalisme dan produktivitas dosen dalam pelaksanaan tri dharma
3. Menghasilkan karya ilmiah yang dapat dipublikasikan jurnal nasional terakreditasi dan jurnal internasional bereputasi
4. Meningkatkan kegiatan pengabdian masyarakat yang berorientasi pada keperawatan penyakit tropis
5. Meningkatkan pemanfaatan mini hospital sebagai sarana dan prasarana pelaksanaan tri dharma perguruan tinggi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. DESKRIPSI SINGKAT**

Praktik klinik keperawatan homecare merupakan mata kuliah muatan lokal pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman. Mata kuliah ini memberikan kesempatan kepada mahasiswa mempraktikkan keterampilan yang mereka dapatkan selama mengikuti perkuliahan pada mata ajaran keperawatan dasar, konsep dasar keperawatan, keperawatan medikal bedah dan farmakologi dalam bentuk pelayanan homecare.

Praktik yang dilaksanakan di rumah menerapkan konsep Asuhan Keperawatan individu dan keluarga dalam rangka meningkatkan, mempertahankan dan memulihkan kesehatan, mengoptimalkan, tingkat kemandirian klien dan keluarga serta meminimalkan akibat yang ditimbulkan dari masalah yang dialami klien dan keluarga.

Di dalam modul ini akan mempelajari tentang konsep majamen homecare, tindakan keperawatan yang sering dilakukan di rumah dan petunjuk mahasiswa melaksanakan praktik klinik mata kuliah homecare.

### **B. RELEVANSI**

Modul ini disusun sebagai bahan panduan atau literatur dalam penerapan mata kuliah muatan lokal Homecare pada semester VI dimana mahasiswa melaksanakan praktik klinik keperawatan homecare di klinik Cahaya Husada Kalimantan.

### **C. CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH**

Setelah melaksanakan praktik klinik homecare diharapkan mahasiswa mampu mencapai kompetensi sebagai berikut:

1. Melaksanakan asuhan keperawatan di rumah
2. Menerapkan konsep dasar home care.
3. Melaksanakan pengorganisasian homecare (peran pelaksana homecare sampai dengan peran koordinator kasus homecare)
4. Melaksanakan jenis pelayanan homecare
5. Memahami konsep standar pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah dan komunikasi interprofesional kolaborasi
6. Memahami dan menerapkan mekanisme pelayanan klinik
7. Melaksanakan aspek dan tindakan prosedur khusus di home care meliputi:
  - a. Mencuci tangan (*hand hygiene*)
  - b. Memberikan makan pasien
  - c. Perawatan luka

- d. Perubahan posisi
  - e. Memandikan pasien
  - f. Melatih napas dalam
  - g. Melatih batuk efektif
  - h. Memberikan obat
  - i. Memasang infus
  - j. Range of Motion
  - k. Manajemen penanganan penyakit menular (covid-19): penggunaan 3 M
8. Melaksanakan pendokumentasian Askep dan administrasi homecare.

#### **D. PETUNJUK MODUL**

Mahasiswa wajib memahami prosedur pembelajaran yang diterapkan pada modul ini sebagai berikut :

1. Mahasiswa wajib memiliki buku modul ini dengan mengunduh pada link yang ditentukan oleh dosen pengampu mata kuliah
2. Mahasiswa wajib mempelajari materi berupa buku modul atau video yang
3. telah dibagikan sebelum pelaksanaan pembelajaran tatap muka di kelas atau di laboratorium
4. Mahasiswa wajib mematuhi aturan yang berlaku di kelas dan di laboratorium
5. Metode pembelajaran pada setiap subpokok bahasan dapat dilihat di Rencana Pembelajaran Semester yang telah dibagikan
6. Sipun mengkomunikasikan dengan dosen, persiapan pembelajaran meliputi: waktu link bahan ajar (ppt, buku modul, video) ruang kelas, metode pembelajaran, alat media pembelajaran dan lainnya
7. Link untuk pembelajaran daring modul ini meliputi:
  - a. Pokok bahasan pengorganisasian homecare  
<https://bit.ly/pengorganisasianhomecare>
  - b. Pokok bahasan perubahan posisi pasien  
<https://bit.ly/posisipasien>
  - c. Pokok bahasan melatih napas dalam  
<https://bit.ly/relaksasinadal>
  - d. Pokok bahasan melatih batuk efektif  
<https://bit.ly/batukefektif>
  - e. Pokok bahasan Prosedur pemasangan infus pada link:  
<https://bit.ly/modarinfus>
  - f. Pokok bahasan Prosedur penggunaan APD pada link:  
<https://bit.ly/modarapd>
  - g. Pokok bahasan proses mentoring MiniCEX  
<https://bit.ly/modarminiCEX>
8. Mahasiswa membuat logbook laporan kegiatan praktik di laboratorium



9. Modul dipelajari sesuai dengan kegiatan pembelajaran, menjawab latihan kuiz pada modul ini dan menyelesaikan quiz secara daring setiap pembelajaran di kelas atau di laboratorium dengan link yang akan diberitahukan pada hari pelaksanaan quiz
10. Kehadiran kegiatan belajar tatap muka adalah 80 %
11. Kehadiran praktik klinik keperawatan di rumah adalah 100 %

## **BAB II**

### **KONSEP HOME HEALTH CARE**

#### **A. CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH**

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa mampu memahami konsep home health care, pengorganisasian homecare, syarat hak dan kewajiban homecare, ruang lingkup pelayanan homecare, pendokumentasian homecare dan interkolaborasi homecare dalam rangka penerapan asuhan keperawatan di rumah selama melaksanakan praktik klinik keperawatan homecare,

#### **B. SUBCAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH**

Setelah pembelajaran mahasiswa mampu :

1. Menyebutkan defisi homecare
2. Menjelaskan manfaat homecare
3. Menjelaskan jenis pelayanan homecare
4. Menjelaskan pengorganisasian homecare dan uraian tugas
5. Menjelaskan standar pendokumentasian homecare
6. Menjelaskan komunikasi interprofesional kolaborasi

#### **C. POKOK BAHASAN**

1. Definisi homecare
2. Manfaat homecare
3. Jenis pelayanan homecare
4. Manajemen home health care
5. Pengorganisasian dan uraian tugas
6. Standar pendokumentasian homecare
7. Komunikasi Inteprofesional Kolaborasi

#### **D. MATERI KONSEP HOME HEALTH CARE**

##### **1. Definisi Home Care**

Home care nursing adalah pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien di rumah yang diberikan secara *intermittent* atau *part time*(Rice, 2006). Home care adalah sistem dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang cacat atau orang-orang yang harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya(Nies, M. A. and Mc Ewen, 2001. dalam Parellangi, 2020).

Departemen Kesehatan RI (2002),mengatakan bahwa home care adalah pelayanan kesehatan yang

berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit.

Home care merupakan layanan kesehatan yang dilakukan oleh profesional di tempat tinggal pasien (di rumah) dengan tujuan membantu memenuhi kebutuhan pasien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dilaksanakan oleh tim kesehatan profesional dengan melibatkan anggota keluarga sebagai pendukung di dalam proses perawatan dan penyembuhan pasien sehingga keluarga bisa mandiri dalam mengatasi masalah kesehatannya (Parellangi, 2018)

## **2. Manfaat Home Care Nursing**

Manfaat home care nursing bagi pasien, yaitu:

- a. Pelayanan akan lebih sempurna, holistik dan komprehensif
- b. Pelayanan lebih profesional
- c. Pelayanan keperawatan mandiri bisa diaplikasikan dengan di bawah naungan legal dan etik keperawatan
- d. Kebutuhan pasien akan dapat terpenuhi sehingga pasien akan lebih nyaman dan puas dengan asuhan keperawatan yang profesional (Triwibowo, 2012, dalam Parellangi, 2020).

## **3. Jenis Pelayanan Home Care**

Menurut Rice (2006) dalam Parellangi (2020) jenis kasus yang dapat dilayani pada perawatan kesehatan di rumah meliputi kasus-kasus yang umum pasca perawatan di rumah sakit dan kasus-kasus khusus yang dijumpai di komunitas.

Kasus umum yang merupakan pasca perawatan di rumah sakit adalah:

1. Klien dengan penyakit gagal jantung;
2. Klien dengan gangguan oksigenasi;
3. Klien dengan perlukaan kronis;
4. Klien dengan diabetes;
5. Klien dengan gangguan fungsi perkemihan;
6. Klien dengan kondisi pemulihan kesehatan atau rehabilitasi;
7. Klien dengan terapi cairan infus di rumah;
8. Klien dengan gangguan fungsi persyarafan;
9. Klien dengan HIV/AIDS.

Kasus-kasus yang terjadi pada pasien di rumah dengan kondisi khusus meliputi :

1. Klien dengan post partum;
2. Klien dengan gangguan kesehatan mental;
3. Klien dengan kondisi usia lanjut;
4. Klien dengan kondisi terminal;
5. klien dengan penyakit obstruktif paru kronis

#### **4. Management Home Health Care**

Manajemen keperawatan adalah proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengawasan untuk mencapai tujuan. (Kelly & Heidenthal, 2004). Menurut Swanburg (2000) dalam Parellangi (2020), manajemen keperawatan adalah kelompok dari perawat manajer yang mengatur organisasi dan usaha keperawatan yang pada akhirnya manajemen keperawatan menjadi proses dimana perawat manajer menjalankan profesi mereka.

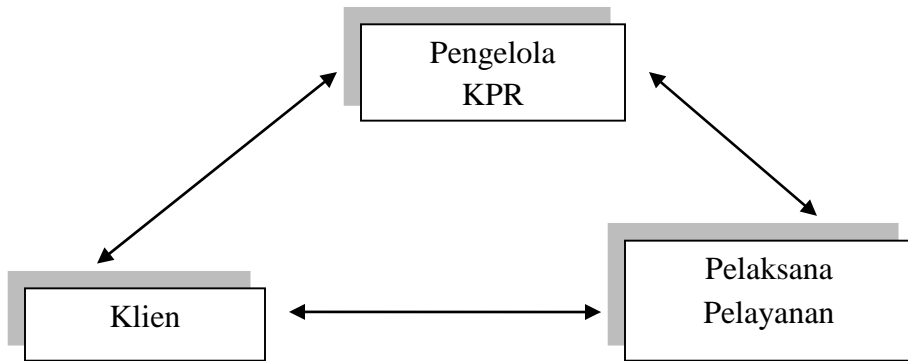
Manajemen keperawatan merupakan suatu bentuk koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan dan obyektifitas asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan (Huber, 2000) dalam Parellangi, 2020).

Manajemen kasus merupakan sistem pemberian asuhan keperawatan secara multidisiplin yang bertujuan meningkatkan pemanfaatan fungsi berbagai anggota tim kesehatan (kolaborasi) dan sumber-sumber yang ada sehingga dapat dicapai hasil akhir asuhan keperawatan yang optimal. Manajemen kasus merupakan proses pemberian asuhan keperawatan, mengurangi fragmentasi, meningkatkan kualitas hidup klien dan efisiensi pembiayaan (Marquis & Huston, 2000), dalam Parellangi, 2020.

#### **5. Pengorganisasian**

##### **a. Unsur Organisasi dalam Pelayanan Home Care Nursing**

Unsur organisasi dalam pelayanan home care nursing berdasarkan SK Direktorat Yan Medik NO HK 01.01.311.2001. Home care nursing terdiri dari 3 (tiga) unsur, yaitu pengelola pelayanan, pelaksanaan pelayanan, dan klien.



Gambar 2.1 Tata Hubungan Antar Unsur

Dari gambar diatas tampak bahwa home care nursing bisa terlaksana apabila ada kerjasama antara pengelola home care nursing (PKR), klien dan pelaksana home care nursing (Suardana, 2013) dalam Parellangi, 2020.

a. Pengeloa Pelayanan home care nursing

Pengeloa Pelayanan adalah agensi atau unit yang bertanggung jawab terhadap seluruh pengelolaan perawatan kesehatan di rumah baik penyediaan tenaga, sarana, dan peralatan serta mekanisme pelayanan sesuai standar yang ditetapkan. Pengeloa dapat berkedudukan sebagai salah satu bagian dari pelayanan kesehatan di rumah sakit/klinik/puskesmas, atau dapat pula berkedudukan terpisah secara mandiri.

b. Pelaksana Pelayanan

Pelaksana Pelayanan adalah pelaksana pelayanan terdiri dari tenaga keperawatan profesional dibantu dengan tenaga profesional lain terkait dan tenaga non profesional. Pelaksana pelayanan tersebut terdiri dari koordinator kasus dan pelaksana pelayanan.

c. Klien

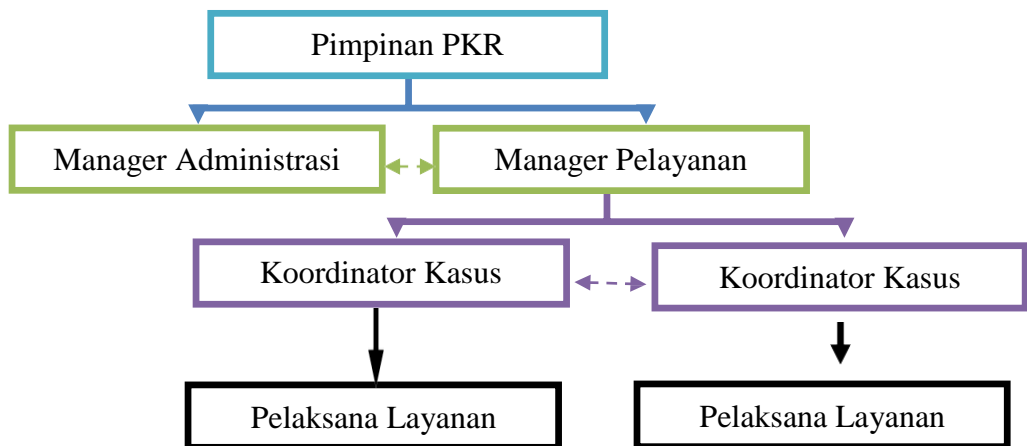
Klien adalah penerima perawatan kesehatan di rumah dengan melibatkan salah satu anggota keluarga sebagai penanggung jawab yang mewakili klien. Apabila diperlukan keluarga juga dapat menunjuk seseorang yang akan menjadi pengasuh (care giver) yang melayani

kebutuhan sehari-hari dari klien.

Ketiga unsur tersebut di atas merupakan syarat minimal yang harus ada dalam sistem pelayanan kesehatan di rumah. Ketiga unsur tersebut berinteraksi secara proporsional dan saling mempengaruhi dalam proses keperawatan kesehatan di rumah.

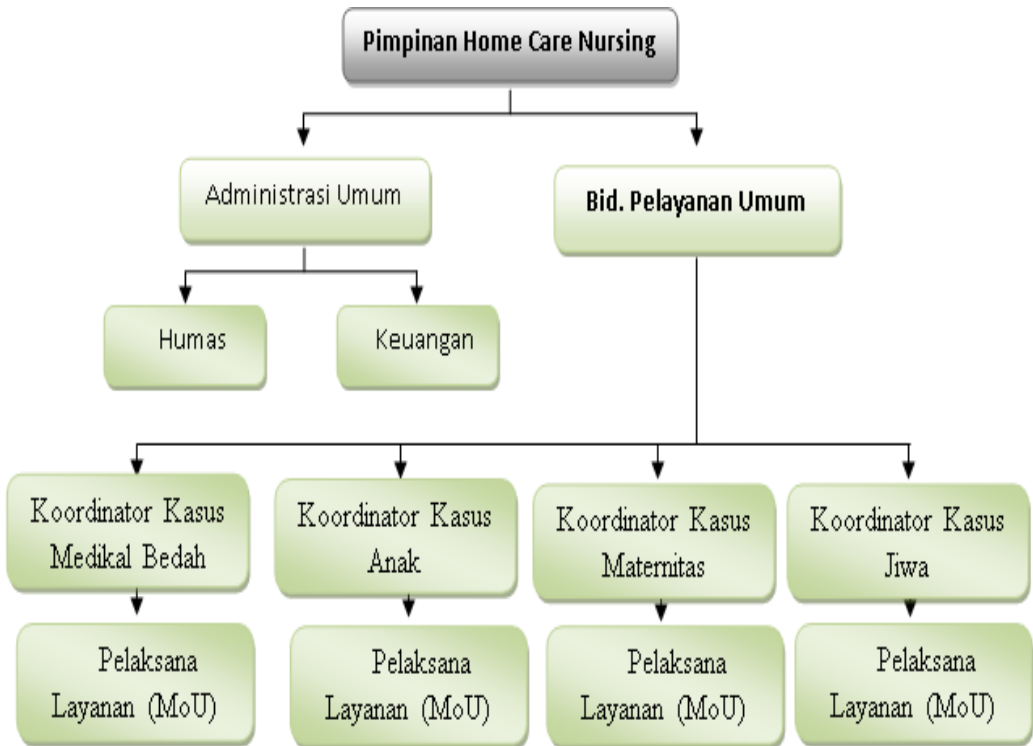
Apabila salah satu dari komponen tersebut tidak berfungsi secara baik maka pelayanan yang diberikan sulit untuk memberikan hasil yang optimal. Dalam sistem ini setiap komponen mempunyai hak dan kewajiban masing-masing yang dapat diukur sehingga diharapkan tidak akan merugikan salah satu pihak pun karena pelayanan yang diberikan dapat dikendalikan oleh masing-masing pihak (Parellangi, 2018).

b. Struktur Organisasi dan Uraian Tugas dalam Pelayanan Home Care Nursing



Gambar 2.2 Struktur Organisasi Home Care

Contoh: Struktur organisasi dalam pelayanan home care yang diaplikasikan di Home Care Cahaya Husada Kaltim sebagai berikut:



Gambar 2.3 struktur organisasi homecare Cahaya Husada Kaltim

### Uraian tugas

#### 1. Pimpinan home care nursing

##### a. Kompetensi

- (1) Identifikasi kebutuhan keperawatan
- (2) Menyusun Unit Praktik Keperawatan
- (3) Mengorganisir unit Praktik
- (4) Melaksanakan fungsi ketenagaan
- (5) Melaksanakan fungsi pengarahan
- (6) Melaksanakan fungsi pengawasan

##### b. Hak

- (1) Menerima imbalan jasa (biaya sesuai standar)
- (2) Mempunyai akses ke pemerintah
- (3) Dukungan pelaksana dan klien atas pengelolaan pelayanan
- (4) Menetapkan mitra kerja.

- c. Kewajiban
  - (1) Menjamin pelayanan profesional dan bermutu
  - (2) Mematuhi kontrak kerja
  - (3) Perlakuan baik terhadap pelaksana pelayanan dan klien
  - (4) Meningkatkan pengetahuan/keterampilan pelaksana
  - (5) Melaksanakan kewajiban pada pelaksanaan dan klien
  - (6) Mematuhi peraturan
  - (7) Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan pembinaan
  - (8) Menyediakan sarana administrasi dan pelayanan
  - (9) Menerapkan sistem penghargaan dan sanksi(Parellangi, 2018)
- 2. Administrasi Umum
  - a. Mengkoordinasikan semua kegiatan administrasi dan keuangan
  - b. Memberikan perlakuan yang baik terhadap administrasi pengelolaan Homecare
  - c. Meningkatkan kemampuan pengetahuan dan keterampilan pada bidang administrasi dan keuangan
  - d. Melaksanakan pengawasan, pengendalian proses administrasi keuangan
  - e. Menyusun laporan administrasi keuangan (Suardana, 2013 dalam Parellangi 2020).
- 3. Bidang Pelayanan
  - a. Mengkoordinasikan semua kegiatan pelayanan perawatan
  - b. Melakukan perlakuan yang baik terhadap proses pelaksanaan Home Care Nursing
  - c. Meningkatkan kemampuan pengetahuan dan keterampilan terhadap
  - d. Sumber daya manusia keperawatan
  - e. Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan pembinaan pel. HomeCare Nursing.
  - f. Menyusun laporan kegiatan pelayanan keperawatan di rumah(Suardana, 2013, dalam Parellangi, 2020)
- 4. Koordinator kasus
  - a. Kompetensi
    - (1) Bekerja dalam tim dan hubungan kolaborasi.
    - (2) Mengkoordinasikan rencana asuhan dan mobilisasi klien serta sumber lain
    - (3) Memaksimalkan akses klien dengan sumber Yankes
    - (4) Melakukan negosiasi dan mengembangkan jaringan kerja.
    - (5)



b. Hak

- (1) Mengetahui hak dan kewajiban secara tertulis
- (2) Imbalan jasa sesuai kontrak
- (3) Perlakuan yang layak sesuai norma
- (4) Menolak tugas prosedur atau tindakan medis di luar job description
- (5) Informasi perubahan pelayanan, tarif, dan kontrak kerja
- (6) Akses pada pemerintah
- (7) Mengemukakan pendapat dalam peningkatan mutu serta perlindungan klien
- (8) Mendapat perlindungan hukum
- (9) Memperoleh dukungan dari pengelolaan dan klien serta keluarga.

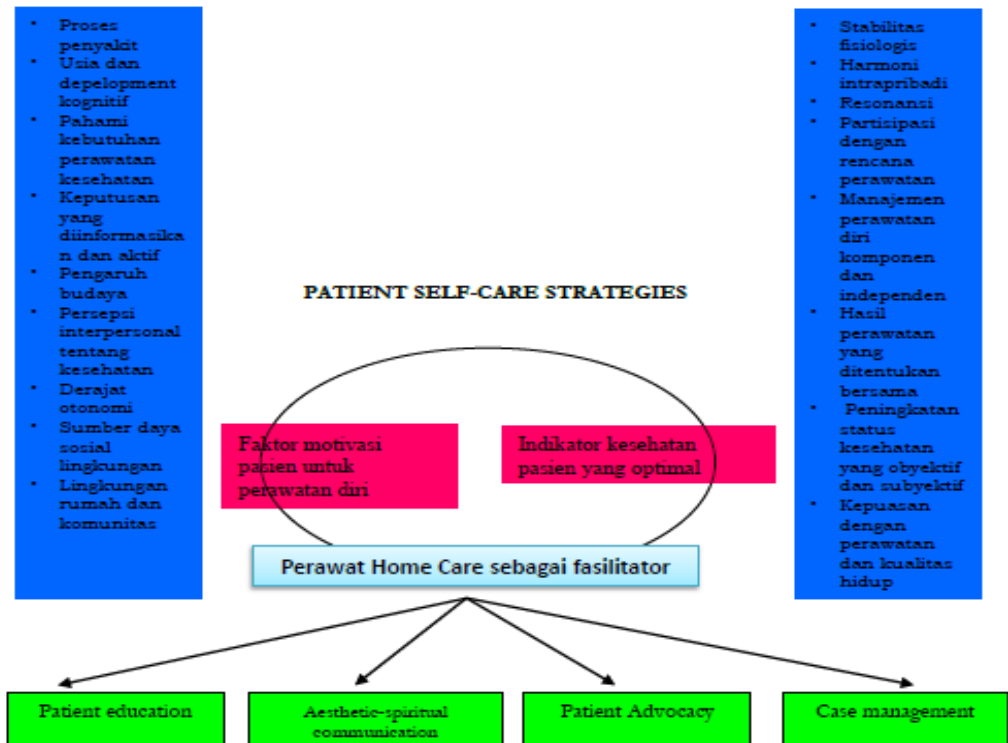
c. Kewajiban

- (1) Mentaati peraturan
- (2) Memberikan pelayanan profesional dan bermutu
- (3) Menjaga privacy klien
- (4) Melaksanakan tugas sesuai rencana
- (5) Bekerjasama dan saling mendukung dengan pelaksana layanan
- (6) Mematuhi kontrak kerja
- (7) Menghargai hak-hak klien
- (8) Membuat laporan rutin ke manajer sesuai aturan
- (9) Memberikan bimbingan/arahan pada staf
- (10) Melakukan monitoring (Parellangi, 2018)

2) Pelaksana layanan

- a. Melaksanakan pengkajian dan menentukan diagnosa keperawatan
- b. Menyusun rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan
- c. Melaksanakan intervensi / tindakan keperawatan sesuai rencana yang ditentukan
- d. Mengevaluasi kegiatan/ tindakan yang diberikan dengan berpedoman pada rencana yang telah disusun.
- e. Membuat dokumentasi tertulis pada dokumentasi home care setiap selesai melaksanakan tugas (Suardana, 2013 dalam Parellangi, 2020).

**THE RICE MODEL OF DYNAMIC SELF  
DETERMINATION FOR SELF-CARE**



Gambar 2.4 The Rice model dynamic self determination for self-care

**6. Standar Pendokumentasian Praktik Home Care Nursing**

Dokumentasi keperawatan dalam pelayanan home care nursing yaitu seperangkat tindakan untuk mengabadikan segala hal yang dilakukan oleh perawat selama melakukan aktivitas dalam pelayanan home care nursing.

Dokumentasi proses keperawatan merupakan bagian dari media komunikasi antara perawat yang melakukan asuhan keperawatan dengan perawat lain atau dengan tenaga kesehatan lain, serta pihak-pihak yang memerlukannya dan yang berhak mengetahuinya (Dinarti, 2009 dalam Parellangi, 2020).

**a. Tujuan Dokumentasi dalam Pelayanan Home Care Nursing**

Tujuan pendokumentasian dalam pelayanan home care nursing yaitu sebagai alat komunikasi tim kesehatan untuk menjelaskan perawatan klien termasuk perawatan individual, edukasi klien dan penggunaan rujukan (Potter & Perry, 2008 dalam Parellangi, 2020)

Dokumentasi legal merupakan pendokumentasian yang akurat sebagai satu pertahanan diri terbaik terhadap tuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan. Dokumentasi penting untuk meningkatkan efisiensi dan perawatan klien secara individual.

b. Manfaat dokumentasi dalam pelayanan home care nursing

Dokumentasi sangat bermanfaat bagi kepentingan pasien. Dokumentasi home care yang baik akan memberikan informasi terkait beberapa hal pada pasien antara lain:

- 1) Riwayat pelaksanaan home care
- 2) Informasi tentang perawat yang merawat
- 3) Kunjungan dokter
- 4) Kunjungan team home care lain
- 5) Penggunaan obat
- 6) Penggunaan alat
- 7) Perkembangan kesehatannya

Dokumentasi sangat bermanfaat bagi kepentingan perawat. Dokumentasi home care yang baik akan memberikan informasi terkait beberapa hal pada perawat antara lain:

- 1) Pengaturan jadwal jaga perawat
- 2) Pengaturan visite dokter
- 3) Pengaturan team home visit
- 4) Beban kerja team home care
- 5) Penghitungan gaji
- 6) Efektivitas pelayanan
- 7) Efektivitas alat perawatan
- 8) Efektifitas metode tindakan
- 9) Efektifitas kerja dari team home care dan Efisiensi tindakan
- 10) Pencatatan tindakan yang telah dilakukan
- 11) Perkembangan kondisi pasien
- 12) Penilaian kinerja team home care
- 13) Bahan pertanggungjawaban
- 14) Bahan confrence
- 15) Bahan riset dan analisis jamnan mutu

Dokumentasi sangat bermanfaat bagi kepentingan asuransi. Dokumentasi home care yang baik akan memberikan informasi terkait beberapa hal pada asuransi antara lain:

- 1) Bukti klaim
- 2) Efisiensi tindakan
- 3) Efektifitas kerja
- 4) Bahan pertimbangan tindak lanjut kontrak
- 5) Bukti hukum atas klaim

- 6) Jaminan analisis jaminan mutu(Suardana, 2013b). dalam Parellangi, 2020.

Dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dalam pelayanan home care nursing harus mengikuti tujuh standar dokumentasi, yaitu:

- a. Harus sabar
- b. Harus berisi pekerjaan yang sebenarnya dari perawat termasuk pendidikan dan dukungan psikososial
- c. Harus mencerminkan penilaian klinis perawat
- d. Harus logis dan berurutan
- e. Harus ditulis *contemporaneously* (segera setelah peristiwa terjadi)
- f. Catatan harus lengkap tentang keperawatan dan tentang hal diluar keperawatan
- g. Harus memenuhi persyaratan hukum(Jonsson, Jonsdottir, Möller, & Baldursdottir, 2011 dalam Parellangi, 2020)

## **7. Komunikasi Interprofesional Kolaborasi**

Komunikasi adalah proses penyampaian dan penerimaan informasi antar individu yang dapat didefinisikan dalam berbagai cara, tergantung pada apa konteks itu sedang diterapkan. Komunikasi adalah dasar untuk berbagi pengetahuan dan pengalaman dalam berperilaku sosial. Bahasa adalah bentuk komunikasi khusus untuk manusia. Bentuk komunikasi manusia yang umum adalah bahasa isyarat, perkataan, tulisan, gerakan, dan siaran.

Komunikasi bisa bersifat interaktif, transaktif, verbal, atau nonverbal dan bervariasi dalam berbagai bentuk dan gaya. Komunikasi internal dalam diri sendiri bersifat intrapersonal, sedangkan komunikasi antara 2 individu bersifat interpersonal (Gilbert, Yan, & Hoffman, 2010 dalam Parellangi, 2020).

Komunikasi interpersonal terdiri dari 3 faktor utama yaitu pemberi pesan, penerima pesan, dan pesan itu sendiri. Meskipun terlihat sederhana, komunikasi interpersonal bergantung dari bagaimana penyampaian pesan dan bagaimana pesan itu ditangkap berdampak pada komunikasi kedua pihak. Komunikasi nonverbal seperti gestur badan, ekspresi muka, penampilan, dan warna suara juga sangat berpengaruh pada komunikasi interpersonal (Knapp & Daly, 2002 dalam Parellangi, 2020).

Komunikasi interpersonal yang melibatkan banyak profesi dan disiplin ilmu yang berbeda disebut komunikasi interprofesional. Komunikasi interprofesional di dunia kesehatan salah satunya terjadi antara dokter

dan perawat (Haddad, 1991; Warelow, 1996 dalam Parellangi, 2020). Komunikasi interprofesional yang baik akan meningkatkan kualitas pelayanan, mengurangi terjadinya *medical errors*, dan dapat menciptakan kolaborasi interprofesional (Alvarez & Coiera, 2006; Griffie, Nelson- Marten, & Muchka, 2004 dalam Parellangi, 2020).

Komunikasi interprofesional yang efektif terdiri dari: Kejelasan dan ketepatan pesan yang dapat diverifikasi, kolaborasi dalam memecahkan masalah, Sikap tenang dan mendukung dibawah tekanan, memelihara rasa saling menghormati, dan memahami tentang peran unik masing-masing. Sedangkan komunikasi tidak efektif jika sesama tenaga kesehatan saling merendahkan, bergantung pada sistem elektronik, dan hambatan budaya dan linguistik (bahasa) (Robinson, Gorman, Slimmer, & Yudkowsky, 2010; Sheehan, Robertson, & Ormond, 2007 dalam Parellangi, 2020).

Kolaborasi adalah hubungan timbal balik dimana pemberi pelayanan memegang tanggung jawab paling besar untuk perawatan pasien dalam kerangka kerja bidang respektif mereka. Praktik keperawatan kolaboratif menekankan tanggung jawab bersama dalam manajemen perawatan pasien, dengan proses pembuatan keputusan bilateral didasarkan pada masing-masing pendidikan dan kemampuan praktisi (Sieglar & Whitney, 2000 dalam Parellangi, 2020).

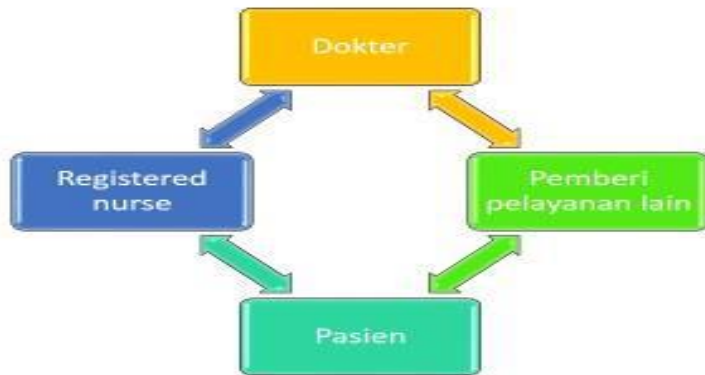
Kolaborasi perawat-dokter digambarkan sebagai suatu hubungan kerja sama yang dibangun berdasarkan rasa saling percaya, rasa hormat dan kekuasaan serta memahami pentingnya peran masing-masing anggota tim dan mampu bertindak dalam situasi kesehatan stres tinggi, kolejaliti dan komunikasi (Messmer, 2008 dalam Parellangi).

Menurut Parellangi(2018), kolaborasi interprofesional adalah bekerja bersama dengan profesi kesehatan lain dalam melakukan kolaborasi & komunikasi untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan kepada pasien *Reliable* dan berkelanjutan sesuai dengan kewenangan dan kompetensi.

Kolaborasi interprofessional / Interprofessional Collaboration (IPC) dalam kedokteran adalah sebuah proses di mana kelompok profesional yang berbeda berkolaborasi dalam merawat pasien. *World Health Organization (WHO) Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* menyebutkan manfaat penerapan program ini, diantaranya peningkatan penggunaan sumber daya spesialis, perawatan pasien yang lebih baik dan keamanan, dan outcome yang lebih baik untuk pasien dengan penyakit kronis. Selain itu IPC juga dapat mengurangi komplikasi, lama rawat di rumah sakit, dan mengurangi tingkat kesalahan klinis dan tingkat kematian (Gilbert et al., 2010; Minamizono et al., 2013 dalam Parellangi, 2020).

Komunikasi antarprofesi belum menjadi perhatian semua profesi. Komunikasi antar profesi dapat disebutkan sebagai kompetensi utama dalam melakukan kolaborasi tim antar profesi, sehingga semua profesi yang terlibat didalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien harus mampu berkomunikasi untuk banyak menyamapaikan pesan secara efektif kepada anggota tim. Model praktik kolaborasi antara perawat dan dokter dalam pelayanan kesehatan, yaitu:

- 1) Model Praktek Kolaborasi, Tipe I



Gambar 2.5 Model Praktek Kolaborasi Tipe I

Gambar tersebut menunjukkan model praktek kolaborasi tipe I yang menekankan komunikasi dua arah, tapi tetap menempatkan dokter pada posisi utama dan membatasi hubungan antara dokter dan pasien.

- 2) Model Praktek Kolaborasi, Tipe II



Gambar 2.6 Model Praktek Kolaborasi Tipe II

Gambar tersebut menunjukkan model praktek kolaborasi tipe II di mana model ini lebih berpusat pada pasien, dan semua pemberi pelayanan harus saling bekerja sama, juga dengan pasien. Model ini tetap melingkar, menekankan kontinuitas, kondisi timbal balik satu dengan yang lain dan tak ada satu pemberi pelayanan yang mendominasi secara terus menerus.

#### Indikator Praktik Komunikasi Interprofesional Kolaborasi

##### a. Kontrol – kekuasaan

Berbagi kekuasaan atau kontrol kekuasaan bersama dapat terbina apabila baik dokter maupun perawat mendapat kesempatan sama untuk mendiskusikan pasien tertentu. Sebelumnya kedua profesi ini harus tahu apa yang menjadi kewenangan profesinya masing-masing. Kekuasaan atau kewenangan profesi dokter adalah dalam hal mendiagnosis, mengobati dan mencegah penyakit serta melakukan prosedur pembedahan. Dalam hal ini dokter juga sering berkonsultasi dengan tim kesehatan lainnya dalam pemberian pengobatan. Dukungan perawat dalam memberi informasi yang akurat tentang keadaan pasien sangat membantu dokter dalam menjalankan kewenangan ini (Siegler & Whitney, 2000 dalam Parellangi, 2020).

##### b. Lingkup praktik

Lingkup praktek merupakan bagian yang menunjukkan kegiatan dan tanggung jawab masing-masing pihak. Dokter memang berbagi lingkungan praktek dengan perawat, namun dokter tidak dididik untuk menganggapnya sebagai rekanan. Di sisi lain, perawat masih sering menempatkan diri di bawah dokter, sebagai tenaga vokasional yang bertindak di bawah perintah dokter. Dalam membangun tanggungjawab bersama, perawat dan dokter harus dapat merencanakan dan mempraktekkan bersama sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batas-batas lingkup praktek dengan berbagi nilai-nilai dan pengetahuan serta menghargai orang lain yang berkontribusi terhadap perawatan individu, keluarga dan masyarakat.

##### c. Kepentingan bersama

Kepentingan bersama secara operasional menggunakan istilah tingkat ketegasan masing-masing (usaha untuk memuaskan sendiri) dan faktor kerja sama (usaha untuk memuaskan kepentingan pihak lain). Perawat dan dokter harus menyadari bahwa kolaborasi bisa berhasil bila mereka punya satu visi dan tujuan. Untuk itu kebutuhan untuk mengembangkan kembali tujuan awal dan motivasi lebih penting dari sebelumnya (Lindeke & Sieckert, 2005 dalam Parellangi 2020).

##### d. Tujuan Bersama

Tujuan manajemen penyembuhan sifatnya lebih terorientasi kepada pasien dan dapat membantu menentukan bidang tanggung jawab yang

erat kaitannya dengan prognosis pasien. Kontinuitas, kolaborasi, dan koordinasi dalam perawatan berkontribusi untuk keamanan klien dan hubungan antara penyedia layanan kesehatan dan sistem perawatan (Walker & Elberson, 2005 dalam Parellangi, 2020).

Kompetensi utama komunikasi antar profesi adalah komunikasi dengan klien, keluarga klien, komunitas, dan profesi kesehatan lain dengan cara yang tepat dan bertanggung jawab untuk mendukung pendekatan tim. Kompetensi komunikasi tersebut meliputi :

- a. Memilih alat dan Teknik komunikasi yang efektif termasuk teknologi dan system informasi untuk memfasilitasi diskusi dan interaksi antar profesi yang dapat meningkatkan fungsi tim.
- b. Mengorganisasikan dan mengkomunikasikan informasi kepada klien, keluarga dan anggota tim antar profesi dengan gaya yang dapat dimengerti oleh profesi lain.
- c. Kemukakan pengetahuan yang dimiliki tentang klien dan perawatan klien dengan jelas, percaya diri dan sikap menghargai.
- d. Mendengarkan secara aktif dan mendorong anggota lain untuk mengemukakan ide dan pendapatnya tentang klien dan perawatannya.
- e. Memberikan umpan balik yang tepat waktu, sensitive dan konstruktif kepada anggota tim antar profesi lain dan menerima umpan balik dengan menghargai pendapat dan penilaian profesi lain terhadap hasil kerja.
- f. Menggunakan bahasa yang sesuai dan sopan ketika menghadapi situasi yang sulit, perakan yan sensitive dan konflik antar profesi.
- g. Mengenal keunikan profesi masing-masing termasuk spesialisasi, budaya, pengaruh dan hirarki agar tercipta komunikasi yang efektif.
- h. Berkomunikasi secara konsisten tentang pentingnya kerja tim dalam pelayanan berpusat pada klien.

Kompetensi dasar praktik kolaborasi dalam memberikan pelayanan kesehatan, yaitu:

a. Komunikasi

Komunikasi sangat dibutuhkan dalam kolaborasi, karena kolaborasi membutuhkan pemecahan masalah yang lebih kompleks. Masalah-masalah yang muncul dalam kolaborasi tersebut dapat dipecahkan dengan kolaborasi efektif yang dapat dimengerti oleh semua anggota tim profesional.

b. Respek dan kepercayaan

Kualitas respek dapat dilihat lebih kearah harga diri, sedangkan kepercayaan dapat dilihat dari mutu proses dan hasil. Respek dan kepercayaan dapat disampaikan secara verbal dan non verbal, serta dapat dilihat dan dirasakan dalam penerapan kehidupan sehari-hari.



c. Memberikan dan menerima umpan balik (feed back)

Umpan balik (feed back) dipengaruhi oleh persepsi seseorang, pola hubungan, harga diri, kepercayaan diri, emosi, lingkungan, serta waktu. Feed Back juga dapat bersifat positif dan negatif.

d. Pengambilan keputusan

Dalam pengambilan keputusan dibutuhkan komunikasi untuk mewujudkan kolaborasi yang efektif. Hal ini untuk menyatukan data kesehatan pasien secara komprehensif sehingga menjadi sumber informasi bagi semua anggota tim profesional.

e. Manajemen konflik

Masing-masing anggota profesi harus memahami peran serta fungsinya untuk menurunkan konflik. Selain itu, setiap anggota profesi juga harus melakukan klarifikasi persepsi dan harapan, mengidentifikasi kompetensi, mengidentifikasi tumpang tindih peran, serta melakukan negosiasi peran dan tanggung jawab.

Terwujudnya suatu kolaborasi tergantung pada beberapa kriteria, yaitu adanya saling percaya dan menghormati, saling memahami dan menerima keilmuan masing-masing, memiliki citra diri positif, memiliki kematangan profesional yang setara baik dalam hal pendidikan maupun pengalaman, mengakui sebagai mitra kerja, serta memiliki keinginan untuk bernegosiasi (Siegler & Whitney, 2000 dalam Parellangi, 2020).

Sejarah komunikasi dokter-pasien berawal pada tahun 1971 dimana terdapat 3 jenis hubungan dokter-perawat yang dijelaskan dalam literatur. Hubungan yang awal disebutkan adalah hubungan manipulatif yang disebut "*doctor-nurse game*". Pada pola hubungan ini, para perawat diperbolehkan secara tidak lanjut mengubah atau memodifikasi rencana perawatan atau pengobatan pasien dengan kondisi rencana pengobatan sudah diijinkan oleh dokter yang bersangkutan dan perawat tetap di bawah posisi dokter (Reeves et al., 2008 dalam Parellangi 2020). Melihat adanya hubungan tersebut maka pada tahun 1971 dibentuklah organisasi *National Joint Practice Commission* yang berfokus pada hubungan kolaborasi yang didukung oleh *American Nurses Association* dan *American Medical Association* (*The Joint Commission, 2015*).

Terdapat 5 jenis hubungan dokter dan perawat berdasarkan the

Essential of Magnetism (Schmalenberg & Kramer, 2009 dalam Parellangi 2020) :

a. Hubungan kolegial (*Collegial Relationships*)

Hubungan ini dikarakteristikan dengan kedua belah pihak (dokter dan perawat) memiliki kekuatan yang setara serta saling percaya dan menghormati.

b. Hubungan kolaboratif (*Collaborative Relationships*)

Hubungan ini ditandai dengan kekuatan, rasa percaya, dan hormat yang saling berkesinambungan dan kooperatif. Kerjasama yang terjadi disini berlandaskan kesinambungan (*mutually*) bukan kesetaraan (*equally*). Perawat bebas berpendapat serta dokter dan perawat saling mendengarkan satu sama lain lalu mereka bersama-sama membuat rencana asuhan medis. Tetapi pada dasarnya dokter masih tetap superior dibandingkan perawat pada hubungan ini.

c. Hubungan murid dan guru (*Student-Teacher Relationships*)

Pada hubungan ini baik dokter maupun perawat dapat menjadi guru/pengajar. Contoh implikasinya adalah pada dokter residen dan pada waktu dokter tamu harus menghadapi penyakit komorbid yang tidak sesuai dengan keahliannya, maka disini perawat dapat berperan sebagai pengajar atau pemberi arahan. Dokter yang berperan sebagai guru biasanya dokter yang memiliki banyak ilmu pengetahuan dan „ingin selalu menjelaskan atau mengajari“.

d. Hubungan orang asing yang ramah (*Friendly Stranger Relationships*)

Hubungan ini dikarakteristikan sebagai pertukaran informasi antar dokter-perawat terjadi secara formal dan nada perasaan yang agak netral. Contohnya seperti komunikasi yang rutin dilakukan dokter saat visite pasien, yaitu dokter datang, melihat pasien, menuliskan perintah/rencana terapi lalu pergi.

e. Hubungan Perseteruan/Permusuhan (*Hostile/Adversarial Relationships*)

Hubungan ini ditandai oleh kemarahan, pelecehan verbal, ancaman nyata atau tersirat, atau kepasrahan perawat. Hubungan ini adalah hubungan yang paling tidak disukai oleh perawat dimana dokter selalu terlihat menggerutu/mengomel tidak hanya pada saat lelah tetapi setiap saat. Pada penelitian berskala global, 96% dari 716 perawat ternyata pernah menyaksikan atau mengalami perilaku melecehkan oleh dokter. 31% perawat mengatakan bahwa hubungan ini memang ada dan sangat umum ditemukan di rumah sakit (Rosenstein, Russell, & Lauve, 2002; Sweet & Norman, 1995 dalam Parellangi, 2020).

Komunikasi dokter-perawat yang efektif ditandai oleh faktor berikut ini: (1) akurat (pesan yang dikirim benar dan sesuai fakta, interpretasi, atau penilaian); (2) dapat dipahami (bahasa yang digunakan atau

tingkat pembacaan yang sesuai); (3) tepat waktu dan tersedia (pertukaran informasi disediakan atau tersedia ketika dibutuhkan); (4) reliabel (sumber informasi dapat dipercaya dan *up to date*); (5) konsisten (konten informasi tetap sama dengan informasi dari sumber lain); (6) seimbang (konten menyajikan manfaat dan risiko terkait tindakan yang potensial atau mengenali perbedaan dan persamaan perspektif dari suatu masalah); (7) berulang-ulang (pengiriman/akses ke konten dapat dilanjutkan, diulang, atau diperkuat hingga penerima menerimanya), (8) masalah budaya (pertukaran informasi bisa menjadi masalah khusus di beberapa populasi, misalnya, etnis, ras, dan linguistik), dan (9) keterbukaan (Cypress, 2011 dalam Parellangi 2020).

Dalam praktik home care nursing sangat penting kolaborasi antar tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan home care guna meningkatkan kesehatan pasien. Dalam meningkatkan kolaborasi yang efektif dalam pelayanan home care, maka perlu adanya Memorandum of Understanding (*MoU*) yang mengatur perjanjian kerja sama antara pihak home care dengan tim tenaga kesehatan. Adapun fungsi dari *MoU* tersebut, yaitu:

- a. Mengatur hak dan kewajiban para pihak;
- b. Sebagai alat kontrol bagi para pihak, apakah masing-masing pihak telah menunaikan kewajiban atau prestasinya atau belum ataukah bahkan telah melakukan wanprestasi;
- c. Sebagai alat bukti bagi para pihak apabila dikemudian hari terjadi perselisihan diantara para pihak, termasuk juga apabila ada pihak ketiga yang mungkin keberatan dengan suatu kontrak dan mengharuskan kedua belah pihak untuk membuktikan hal-hal yang berkaitan dengan kontrak yang dimaksud;
- d. Mengamankan transaksi bisnis;
- e. Mengatur tentang pola penyelesaian sengketa yang timbul antara kedua belah pihak.

## E. LATIHAN SOAL

1. Apakah pengertian dari home care?

Jawab:

Home care merupakan layanan kesehatan yang dilakukan oleh profesional di tempat tinggal pasien (di rumah) dengan tujuan membantu memenuhi kebutuhan pasien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dilaksanakan oleh tim kesehatan profesional dengan melibatkan anggota keluarga sebagai pendukung di dalam

proses perawatan dan penyembuhan pasien sehingga keluarga bisa mandiri dalam mengatasi masalah kesehatannya.

2. Jelaskan manfaat homecare bagi pasien?

Jawab:

Manfaat homecare bagi pasien adalah:

- a. Manfaat home care nursing bagi pasien, yaitu:
- b. Pelayanan akan lebih sempurna, holistik dan komprehensif
- c. Pelayanan lebih profesional
- d. Pelayanan keperawatan mandiri bisa diaplikasikan dengan di bawah naungan legal dan etik keperawatan
- e. Kebutuhan pasien akan dapat terpenuhi sehingga pasien akan lebih nyaman dan puas dengan asuhan keperawatan yang profesional

3. Jelaskan jenis kasus yang paling sering dalam pelayanan homecare?

Jawab:

Jenis kasus yang dapat dilayani pada perawatan kesehatan di rumah meliputi kasus-kasus yang umum pasca perawatan di rumah sakit dan kasus-kasus khusus yang dijumpai di komunitas.

Kasus umum yang merupakan pasca perawatan di rumah sakit adalah:

- a. Klien dengan penyakit gagal jantung;
- b. Klien dengan gangguan oksigenasi;
- c. Klien dengan perlukaan kronis;
- d. Klien dengan diabetes;
- e. Klien dengan gangguan fungsi perkemihan;
- f. Klien dengan kondisi pemulihan kesehatan atau rehabilitasi;
- g. Klien dengan terapi cairan infus di rumah;
- h. Klien dengan gangguan fungsi persyarafan;
- i. Klien dengan HIV/AIDS.

Kasus-kasus yang terjadi pada pasien di rumah dengan kondisi khusus meliputi :

- a. Klien dengan post partum;
- b. Klien dengan gangguan kesehatan mental;
- c. Klien dengan kondisi usia lanjut;
- d. Klien dengan kondisi terminal;
- e. klien dengan penyakit obstruktif paru kronis

4. Jelaskan pengorganisasian homecare dan uraian tugas?

Jawab:

Home care nursing bisa terlaksana apabila ada kerjasama antara pengelola home care nursing (PKR), klien dan pelaksana home care nursing

a. Pengelola Pelayanan home care nursing

Pengelola Pelayanan adalah agensi atau unit yang bertanggung jawab terhadap seluruh pengelolaan perawatan kesehatan di rumah baik penyediaan tenaga, sarana, dan peralatan serta mekanisme pelayanan sesuai standar yang ditetapkan. Pengelola dapat berkedudukan sebagai salah satu bagian dari pelayanan kesehatan di rumah sakit/klinik/puskesmas, atau dapat pula berkedudukan terpisah secara mandiri.

b. Pelaksana Pelayanan

Pelaksana Pelayanan adalah pelaksana pelayanan terdiri dari tenaga keperawatan profesional dibantu dengan tenaga profesional lain terkait dan tenaga non profesional. Pelaksana pelayanan tersebut terdiri dari koordinator kasus dan pelaksana pelayanan.

c. Klien

Klien adalah penerima perawatan kesehatan di rumah dengan melibatkan salah satu anggota keluarga sebagai penanggung jawab yang mewakili klien. Apabila diperlukan keluarga juga dapat menunjuk seseorang yang akan menjadi pengasuh (care giver) yang melayani kebutuhan sehari-hari dari klien.

Uraian tugasnya pelaksana homecare adalah sebagai berikut:

Pimpinan home care nursing

- a. Identifikasi kebutuhan keperawatan
- b. Menyusun Unit Praktik Keperawatan
- c. Mengorganisir unit Praktik
- d. Melaksanakan fungsi ketenagaan
- e. Melaksanakan fungsi pengarahan
- f. Melaksanakan fungsi pengawasan
- g. Menjamin pelayanan profesional dan bermutu
- h. Mematuhi kontrak kerja
- i. Perlakuan baik terhadap pelaksana pelayanan dan klien
- j. Meningkatkan pengetahuan/keterampilan pelaksana
- k. Melaksanakan kewajiban pada pelaksanaan dan klien
- l. Mematuhi peraturan

- m. Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan pembinaan
- n. Menyediakan sarana administrasi dan pelayanan
- o. Menerapkan sistem penghargaan dan sanksi

#### Administrasi Umum

- a. Mengkoordinasikan semua kegiatan administrasi dan keuangan
- b. Memberikan perlakuan yang baik terhadap administrasi pengelolaan Homecare
- c. Meningkatkan kemampuan pengetahuan dan keterampilan pada bidang administrasi dan keuangan
- d. Melaksanakan pengawasan, pengendalian proses administrasi keuangan
- e. Menyusun laporan administrasi keuangan

#### Bidang Pelayanan

- a. Mengkoordinasikan semua kegiatan pelayanan perawatan
- b. Melakukan perlakuan yang baik terhadap proses pelaksanaan Home Care Nursing
- c. Meningkatkan kemampuan pengetahuan dan keterampilan terhadap
- d. Sumber daya manusia keperawatan
- e. Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan pembinaan pel. HomeCare Nursing.
- f. Menyusun laporan kegiatan pelayanan keperawatan di rumah

#### Koordinator kasus

- a. Bekerja dalam tim dan hubungan kolaborasi.
- b. Mengkoordinasikan rencana asuhan dan mobilisasi klien serta sumber lain
- c. Memaksimalkan akses klien dengan sumber Yankes
- d. Melakukan negosiasi dan mengembangkan jaringan kerja.
- e. Mentaati peraturan
- f. Memberikan pelayanan profesional dan bermutu
- g. Menjaga privacy klien
- h. Melaksanakan tugas sesuai rencana
- i. Bekerjasama dan saling mendukung dengan pelaksana layanan
- j. Mematuhi kontrak kerja

- k. Menghargai hak-hak klien
- l. Membuat laporan rutin ke manajer sesuai aturan
- m. Memberikan bimbingan/arahan pada staf
- n. Melakukan monitoring

#### Pelaksana layanan

- a. Melaksanakan pengkajian dan menentukan diagnosa keperawatan
- b. Menyusun rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan
- c. Melaksanakan intervensi / tindakan keperawatan sesuai rencana yang ditentukan
- d. Mengevaluasi kegiatan/ tindakan yang diberikan dengan berpedoman pada rencana yang telah disusun.
- e. Membuat dokumentasi tertulis pada dokumentasi home care setiap selesai melaksanakan tugas

#### 5. Jelaskan standar pendokumentasian homecare?

Jawab :

Dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dalam pelayanan home care nursing harus mengikuti tujuh standar dokumentasi, yaitu:

- a. Harus sabar
- b. Harus berisi pekerjaan yang sebenarnya dari perawat termasuk pendidikan dan dukungan psikososial
- c. Harus mencerminkan penilaian klinis perawat
- d. Harus logis dan berurutan
- e. Harus ditulis *contemporaneously* (segera setelah peristiwa terjadi)
- f. Catatan harus lengkap tentang keperawatan dan tentang hal diluar keperawatan
- g. Harus memenuhi persyaratan hukum

#### 6. Jelaskan kompetensi komunikasi interprofesional kolaborasi?

Jawab :

Kompetensi utama komunikasi antar profesi adalah komunikasi dengan klien, keluarga klien, komunitas, dan profesi kesehatan lain dengan cara yang tepat dan bertanggung jawab untuk mendukung pendekatan tim. Kompetensi komunikasi tersebut meliputi :

- a. Memilih alat dan Teknik komunikasi yang efektif termasuk teknologi dan system informasi untuk memfasilitasi diskusi dan interaksi antar profesi yang dapat meningkatkan fungsi tim.

- b. Mengorganisasikan dan mengkomunikasikan informasi kepada klien, keluarga dan anggota tim antar profesi dengan gaya yang dapat dimengerti oleh profesi lain.
- c. Kemukakan pengetahuan yang dimiliki tentang klien dan perawatan klien dengan jelas, percaya diri dan sikap menghargai.
- d. Mendengarkan secara aktif dan mendorong anggota lain untuk mengemukakan ide dan pendapatnya tentang klien dan perawatannya.
- e. Memberikan umpan balik yang tepat waktu, sensitive dan konstruktif kepada anggota tim antar profesi lain dan menerima umpan balik dengan menghargai pendapat dan penilaian profesi lain terhadap hasil kerja.
- f. Menggunakan Bahasa yang sesuai dan sopan ketika menghadapi situasi yang sulit, perakan yan sensitive dan konflik antar profesi.
- g. Mengenal keunikan profesi masing-masing termasuk spesialisasi, budaya, pengaruh dan hirarki agar tercipta komunikasi yang efektif.
- h. Berkomunikasi secara konsiten tentang pentingnya kerja tim dalam pelayanan berpusat pada klien.



## **BAB III**

### **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN DI RUMAH**

#### **A. CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH**

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa mampu memahami konsep dan prosedur tindakan keperawatan di rumah.

#### **B. SUBCAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH**

Setelah pembelajaran mahasiswa mampu :

1. Menerapkan mencuci tangan (*hand hygiene*)
2. Memberikan makan pasien
3. Melakukan perawatan luka
4. Melakukan perubahan posisi
5. Memandikan pasien
6. Melatih napas dalam
7. Melatih batuk efektif
8. Memberikan obat
9. Memasang infus
10. Melakukan Range of Motion
11. Manajemen penanganan penyakit menular (covid-19) penggunaan alat pelindung diri.

#### **C. POKOK BAHASAN**

1. Mencuci tangan (*hand hygiene*)
2. Memberikan makan pasien
3. Perawatan luka
4. Perubahan posisi
5. Memandikan pasien
6. Melatih napas dalam dan melatih batuk efektif
7. Memberikan obat
8. Memasang infus
9. Range of Motion
10. Manajemen penanganan penyakit menular (covid-19) penggunaan alat pelindung diri.

#### **D. MATERI PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN DI RUMAH**

Pada Bab ini dibahas tentang materi prosedur tindakan keperawatan yang lazim dilakukan pada saat mahasiswa melakukan asuhan keperawatan di rumah pasien. Materi ini membantu mahasiswa mereview kembali materi yang telah di

dapat pada semester sebelumnya dan menerapkan keterampilannya pada praktik klinik keperawatan homecare.

## **1. MATERI : MENCUCI TANGAN ( *Hand Hygiene*)**

---

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah :

Setelah menyelesaikan praktikum ini mahasiswa diharapkan mampu melakukan langkah mencuci tangan dengan tehnik yang benar

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah :

1. Mampu menjelaskan pengertian manfaat mencuci tangan dengan benar
2. Mampu meyiapkan alat-alat yang digunakan saat mencuci tangan
3. Mampu melakukan prosedur/langkah-langkah mencuci tangan dengan benar
4. Mampu mengetahui 5 *moments hand hygiene*

### **Pengertian Mencuci Tangan (*Hand Hygiene*):**

Mencuci tangan adalah Istilah umum yang mengacu pada tindakan pembersihan tangan (WHO, 2009). Mencuci tangan adalah cara membersihkan tangan yang secara substansial mengurangi potensi patogen (mikroorganisme berbahaya) di tangan. Mencuci tangan dianggap sebagai tindakan utama untuk mengurangi risiko penularan infeksi di antara pasien dan petugas kesehatan. Prosedur kebersihan tangan termasuk penggunaan antiseptik berbasis alkohol (mengandung 60% –95% alkohol) dan mencuci tangan dengan sabun dan air. Mencuci tangan suatu pencegahan sebagian besar penyakit menular. Dimana mencuci tangan merupakan tindakan yang paling efektif untuk mengurangi resiko penularan penyakit serta merupakan perilaku higienis sangat penting untuk penyakit menular yang serius (Lal, 2015; Rosdahl & Kowalski, 2012).

### **Tujuan Mencuci Tangan:**

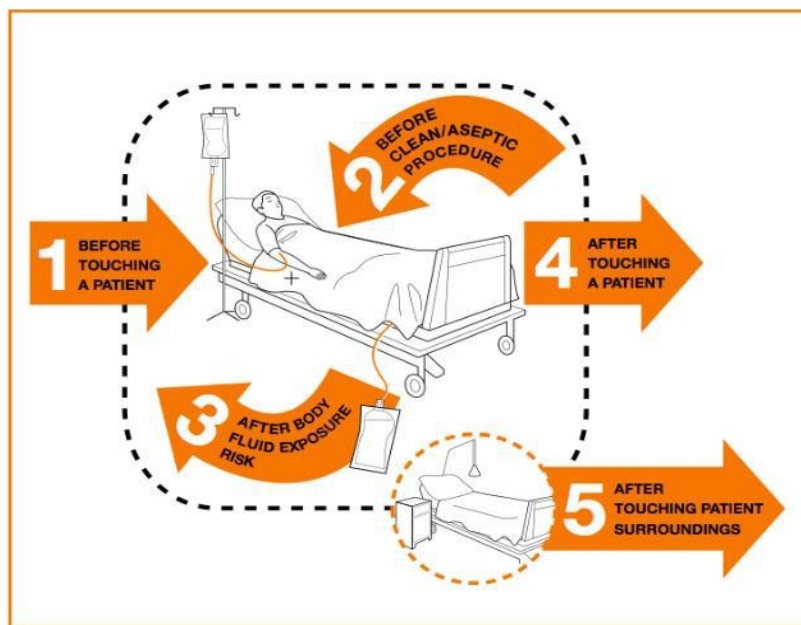
1. Dilakukan secara rutin dalam perawatan pasien ialah untuk menghilangkan kotoran dan bahan organik serta kontaminasi mikroba dari kontak dengan pasien atau lingkungan (WHO, 2009).
2. Untuk menghilangkan mikroorganisme sementara yang mungkin ditularkan ke perawat, pasien, pengunjung atau kepada tenaga kesehatan lainnya (Berman et al., 2002).
3. Mengurangi terjadinya penularan penyakit (Rosdahl & Kowalski, 2012)

### **Indikasi Pelaksanaan Mencuci Tangan:**

1. Cuci tangan dengan sabun dan air saat terlihat kotor atau terlihat kotor dengan darah atau cairan tubuh lain atau setelah menggunakan toilet.
2. Jika paparan terhadap patogen pembentuk spora.
3. Sebelum menangani obat atau menyiapkan makanan

Berdasarkan *guideline* dari (WHO, 2009) mengenai mencuci tangan (*hand hygiene*), terdapat 5 saat harus mencuci tangan. Lima saat tersebut adalah :

1. Sebelum menyentuh pasien
2. Sebelum melakukan tindakan aseptik
3. Setelah terpapar cairan tubuh pasien
4. Setelah menyentuh pasien
5. Setelah menyentuh lingkungan sekitar perawatan pasien



Gambar 3.1. *Five (5) Moment Handg Hygiene*

Sumber: (WHO, 2009), *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*

*Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) merekomendasikan untuk mencuci tangan pada situasi tertentu (Rosdahl & Kowalski, 2012):

1. Ketika tangana terlihat kotor
2. Sebelum dan sesudah kontak dengan semua pasien
3. Setelah kontak dengan sumber mikroorganisme
4. Sebelum dan sesudah melakukan tindakan invasive
5. Sebelum membuka sarung tangan jika terlihat kotor dan setiap kali sesudah membuka sarung tangan

### **Pengkajian Sebelum Melakukan Pelaksanaan Mencuci Tangan :**

Tentukan hal berikut pada pasien (Berman et al., 2002)

1. Resiko terinfeksi
2. Sedang mendapat terapi obat yang menekan system imun/kekebalan tubuh
3. Baru melaksanakan prosedur diagnostik
4. Status nutrisi saat ini
5. Adanya tanda-tanda gejala adanya atau menunjukkan adanya infeksi

### **Teknik Mencuci Tangan Dengan *Hand Rub Alcohol Base***

Cuci tangan (hand hygiene) dapat dilakukan dengan menggunakan *hand rub* berbasis alcohol. Mencuci tangan dengan *hand rub* dilakukan jika tangan tidak tampak kotor dan dilakukan selama 20-30 detik (WHO, 2009).

#### **Tujuan :**

Mencegah terjadinya penularan penyakit melalui media tangan

#### **Indikasi :**

1. Sebelum melakukan tindakan ke pasien
2. Jika tangan tidak terlihat kotor

#### **Peralataan :**

*Hand Rub alcohol base*

#### **Tahapan Tindakan :**

##### **1. Tahap pra interaksi :**

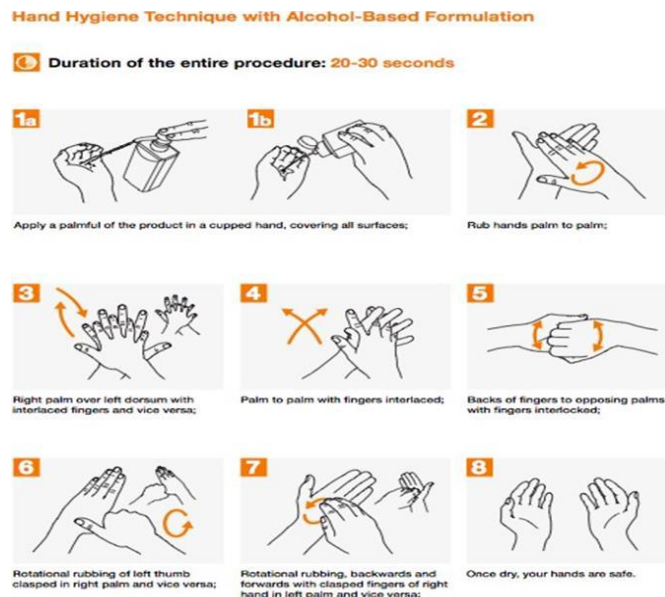
- a. Identifikasi kebutuhan
- b. Siapkan alat atau mengecek alat dan bahan untuk digunakan

##### **2. Tahap Kerja :**

Apabila tangan tidak terlihat kotor atau tidak tampak material infeksius pada daerah tangan. Mencuci tangan cukup dilakukan dengan menggunakan *Hand Rub alcohol base*. Adapun langkah-langkahnya sebagai berikut (WHO, 2009).

- a. Melepas perhiasan pada daerah jari-jari tangan dan pergelangan tangan.
- b. Ambil hand rub berbasis alcohol dan tuangkan pada tangan dengan telapak tangan membentuk kantong/cekung
- c. Meratakan hand rub keseluruh telapak tangan

- d. Menggosok punggung tangan kanan dengan telapak tangan kiri, dengan jari-jari menggosok sela-sela jari, dilakukan sama untuk punggung tangan kiri.
- e. Menggosok telapak tangan kanan dengan telapak tangan kiri, jari-jari menggosok sela-sela jari.
- f. Menggosok bagian belakang jari-jari dengan telapak tangan yang berlawanan dengan posisi saling mengunci.
- g. Menggosok ibu jari dengan arah rotasi dengan menggunakan tangan yang berlawanan (dimulai pada ibu jari tangan kanan dan kemudian ibu jari tangan kiri).
- h. Menggosok ke empat ujung jari tangan kanan dengan arah rotasi pada telapak tangan kiri, dilakukan sama untuk keempat ujung jari tangan kiri.
- i. Biarkan tangan kering di udara.



Gambar 3.2 Langkah mencuci tangan dengan menggunakan *Hand Rub* Berbasis Alkohol. Sumber: (WHO, 2009), *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*

### **Teknik Mencuci Tangan dengan Sabun dan Air Mengalir**

Cuci tangan (hand hygiene) dapat dilakukan dengan menggunakan sabun dan air mengalir. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dilakukan jika tangan tampak kotor atau apabila terdapat material infeksius yang menempel pada daerah tangan dan dilakukan selama 40-60 detik (WHO, 2009).

**Tujuan :**

Mencegah terjadinya penularan penyakit melalui media tangan

**Indikasi :**

1. Jika tangan terlihat kotor dan terdapat material infeksius.
2. Sebelum menyentuh pasien
3. Sebelum melakukan tindakan aseptik
4. Setelah terpapar cairan tubuh pasien
5. Setelah menyentuh pasien
6. Setelah menyentuh lingkungan sekitar perawatan pasien

**Peralataan :**

1. Sabun
2. Sumber air mengalir (keran/wastafel)
3. Tissue atau handuk bersih sekali pakai

**Tahapan Tindakan :****1. Tahap pra interaksi :**

- a. Identifikasi kebutuhan
- b. Siapkan alat atau mengecek alat dan bahan untuk digunakan

**2. Tahap Kerja :**

Apabila tangan terlihat kotor atau tampak material infeksius pada daerah tangan. Mencuci tangan dilakukan dengan menggunakan sabun dan menggunakan air mengalir. Adapun langkah-langkahnya sebagai berikut (WHO, 2009).

- a. Melepas perhiasan pada daerah jari-jari tangan dan pergelangan tangan.
- b. Menyalakan air dan atur alirannya (Berman et al., 2002; Rosdahl & Kowalski, 2012)
  - Gagang yang diatur dengan tangan
  - Pengungkit-lutut. Gerakan alat ini dengan lutut untuk mengatur aliran
  - Pedal kaki. Tekan alat ini dengan kaki untuk mengatur aliran air
- c. Membasahi tangan sampai pergelangan tangan dan menuangkan sabun secukupnya.
- d. Meratakan sabun dikedua telapak tangan.

- e. Menggosok punggung tangan kanan dengan telapak tangan kiri, dengan jari-jari menggosok sela-sela jari, dilakukan sama terhadap punggung tangan kiri.
- f. Menggosok telapak tangan kanan dengan telapak tangan kiri, jari-jari menggosok sela-sela jari.
- g. Menggosok bagian belakang jari-jari dengan telapak tangan yang berlawanan dengan posisi saling mengunci.
- h. Menggosok ibu jari dengan arah rotasi dengan menggunakan tangan yang berlawanan (dimulai pada ibu jari tangan kanan dan kemudian ibu jari tangan kiri).
- i. Menggosok ke empat ujung jari tangan kanan dengan arah rotasi pada telapak tangan kiri, dilakukan sama untuk keempat ujung jari tangan kiri.
- j. Membilas kedua tangan dengan air mengalir
- k. Mengeringkan tangan dengan tissue bersih atau handuk sekali pakai.
- l. Menutup kran air dengan menggunakan tissue atau handuk

### Hand Hygiene Technique with Soap and Water

**Duration of the entire procedure: 40-60 seconds**



Gambar 3.3. Langkah mencuci tangan dengan menggunakan air mengalir dan sabun

Sumber: (WHO, 2009), Guidelines on Hand Hygiene in Health Care

## **2. MATERI : MEMBERIKAN MAKAN PASIEN YANG TIDAK DAPAT MAKAN DAN MINUM SENDIRI**

---

Capaian pembelajaran mata kuliah

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa mampu memahami konsep pemberian makanan pada pasien

Sub capaian pembelajaran mata kuliah

Setelah mempelajari modul ini mahasiswa mampu memahami

1. Pengertian pemberian makan pada pasien
2. Tujuan pemberian makanan pada pasien
3. Prosedur tindakan pemberian makanan pada pasien

### **Pengertian**

Menghidangkan makanan dan minuman sesuai dengan menu diet yang telah ditentukan oleh dokter dan ahli gizi

### **Tujuan**

1. Memenuhi kebutuhan kalori pasien
2. Membantu pasien agar dapat makan
3. Membantu meningkatkan selera makan

### **Prosedur tindakan**

Persiapan alat

1. Peralatan makan, piring, sendok, garpu, gelas, serbet, mangkuk, tisu
2. Makanan dan minuman yang disiapkan

### **Pelaksanaan**

1. Cuci tangan
2. Berikan penjelasan kepada pasien
3. Atur posisi pasien dengan kepala lebih tinggi dari badan
4. Letakan serbet dibawah dagu pasien
5. Tawarkan pasien minum terlebih dahulu, jika perlu menggunakan sedotan
6. Beritahu kondisi makanan panas/dingin, anjurkan untuk mencoba/mencicipi makanan terlebih dahulu
7. Suapkan makanan sedikit demi sedikit untuk menghindari tersedak
8. Setelah selesai makan, berikan minum, dilanjutkan dengan pemberian obat
9. Bersihkan mulut pasien dan sekitarnya dengan tisu
10. Rapikan peralatan makan dan kembalikan ke tempat semula



11. Tanyakan respons pasien setelah makan
12. Cuci tangan
13. Dokumentasikan kemampuan menelan, porsi makan, jumlah cairan masuk, tanggal dan jam makan

### **3. MATERI: PERAWATAN LUKA**

---

Capaian pembelajaran mata kuliah

Mahasiswa mampu memahami konsep dan menerapkan perawatan luka

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah menyelesaikan modul ini mahasiswa mampu

1. Menjelaskan persiapan alat perawatan luka
2. Melakukan perawatan luka pada tahapan persiapan alat, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi perawatan luka

#### **Pengertian**

Perawatan luka merupakan prosedur membersihkan luka, memberikan dressing primer atau skunder sehingga luka tertutup dan diharapkan mampu membantu proses penyembuhan luka(Eni, 2006)

#### **Tujuan**

1. Menjaga luka dari trauma
2. Imobilisasi luka
3. Mencegah perdarahan
4. Mencegah kontak dengan kuman
5. Menyerap cairan luka
6. Meningkatkan kenyamanan pasien secara fisik dan psikologis

#### **Indikasi**

1. Balutan kotor dan basah akibat faktor luar
2. Cairan eksudat yang banyak dan merembes
3. Perlunya debridement

Mengganti balutan kering/luka jahitan pasca operasi

Tujuan mengganti balutan kering adalah melindungi luka dengan drainase cairan eksudat yang sedikit dan menghindari kontak dengan mikroorganisme dari luar

Pergantian diindikasikan untuk luka bersih tidak terkontaminasi dan luka steril

Persiapan alat

1. Set balutan steril dalam bak instrumen steril yang terdiri dari: sarung tangan steril, pinset 3 (2 anatomis dan 1 cirurgis), gunting(disesuaikan kondisi luka), kasa steril dan balutannya, kom dengan larutan NaCl 0,9 %
2. Gunting peban
3. Sarung tangan bersih
4. Larutan fisiologis NaCl 0,9 %
5. Plester
6. Bengkok
7. Perlak
8. Alat pengukur luka
9. Tong sampah dengan plastik

Prosedur pelaksanaan

1. Ucapkan salam
2. Jelaskan prosedur kepada klien dan keluarga
3. Cuci tangan
4. Susun peralatan yang diperlukan
5. Letakan peralatan bengkok, pengalas didekat pasien
6. Ambil kantong plastik/bak sampah dekatkan ke pasien
7. Tutup ruangan dengan tirai
8. Bantu pasien memposisikan tubuh dengan nyaman tutup area privasi dengan selimut
9. Minta pasien tidak menyentuh area luka
10. Gunakan sarung tangan bersih, lepaskan plester pada balutan luka dengan pinset, tarik secara perlahan
11. Buang balutan kotor ke kantong plastik
12. Jika balutan lengket sekali pada luka, berikan larutan steril atau NaCl pada plester kemudian lepas dengan perlahan menggunakan pinset
13. Observasi karakteristik luka berupa warna luka, adanya eksudat, bau, jahitan, penutupan kulit dan ukuran luka
14. Buka bak instrumen
15. Gunakan sarung tangan steril
16. Bersihkan luka dengan larutan fisiologis. Pegang kasa yang dibasahi, larutan tersebut dengan pinset. Gunakan satu kasa untuk setiap kali usapan dengan gerakan menjauh dari insisi atau tepi luka
17. Gunakan kasa baru untuk mengeringkannya
18. Pasang kasa steril kering pada luka
19. Gunakan plester diatas balutan kasa

20. Lepaskan sarung tangan dan buang pada tempat yang telah disediakan
21. Cuci tangan
22. Dokumentasikan pengantian balutan luka meliputi respon pasien, hasil observasi luka

#### **4. MATERI: MENGATUR POSISI PASIEN**

---

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah :

Setelah menyelesaikan praktikum ini mahasiswa diharapkan mampu melakukan teknik pengatur posisi pasien di tempat tidur

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah :

1. Mampu menjelaskan pengertian dari macam-macam pengaturan posisi pasien di tempat tidur
2. Mampu memahami alat-alat yang di gunakan saat melakukan pengaturan posisi pasien di tempat tidur
3. Mampu melakukan prosedur pelaksanaan pengaturan posisi pasien ditempat tidur
4. Mampu memahami tentang posisi yang nyaman bagi pasien

#### **Pengertian Pengaturan Posisi Pasien:**

Pengaturan posisi pasien dalam posisi yang baik dengan mengubah secara teratur dan sistematis. Posisi tubuh apapun baik yang benar atau tidak benar, akan mengganggu apabila dipertahankan dalam waktu yang lama (Berman et al., 2002; Potter & Perry, 2006). Hal ini merupakan salah satu aspek keperawatan yang penting karena dapat mendorong pasien bergerak di tempat tidur (Rosdahl & Kowalski, 2012)

#### **Tujuan Merubah Posisi Pasien:**

1. Membantu mencegah ketidak nyamanan otot
2. Mengurangi tekanan yang tidak semestinya yang menyebabkan decubitus
3. Mencegah terjadinya kontraktur, kerusakan saraf superfisial dan pembuluh darah
4. Mempertahankan tonus otot dan reflek
5. Memudahkan suatu tindakan keperawatan

**Indikasi Merubah Posisi Pasien:**

1. Pasien dengan tirah baring
2. Pasien dalam keadaan lemah yang tidak dapat merubah posisinya sendiri
3. Pasien yang akan dilakukan tindakan medikasi
4. Pasien yang akan dilakukan tindakan keperawatan

**Pengkajian Sebelum Melakukan Perubahan Posisi Pasien :**

1. Kaji kemampuan fisik pasien (Mis ; Kekuatan otot atau adanya paralisis)
2. Kemampuan pasien untuk memahami instruksi
3. Derajat kenyamanan dan ketidak nyamana pasien saat bergerak
4. Berat badan pasien
5. Adanya hipotensi ortostatik pada pasien
6. Kemampuan perawat saat melakukan tindakan.

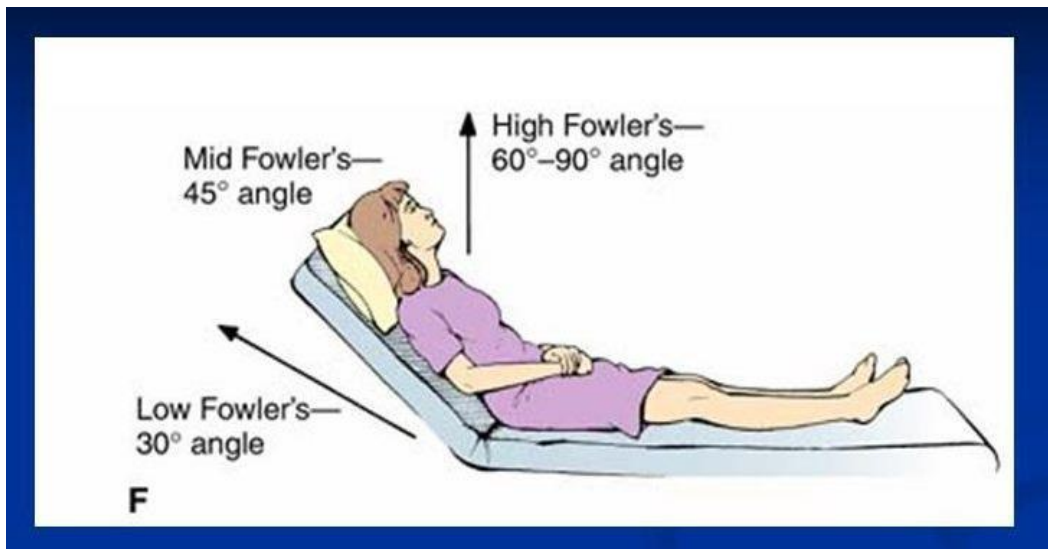
**POSISI FOWLER****Pengertian :**

Posisi di tempat tidur dengan kepala dan tubuh ditinggikan dan lutut dapat fleksi dan tidak fleksi. Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan pasien. Posisi Fowler, juga dikenal sebagai posisi semi-duduk, adalah posisi tempat tidur di mana kepala tempat tidur dinaikkan 45-60 derajat (Berman et al., 2002).

Variasi posisi Fowler meliputi: Fowler rendah (15-30 derajat), semi-Fowler (30-45 derajat), dan Fowler tinggi (hampir vertical/60-90 derajat) (Berman et al., 2002)

**Tujuan :**

1. Mengurangi komplikasi akibat Immobilisasi
2. Meningkatkan rasa nyaman
3. Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru
4. Mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang menetap
5. Persiapan dan latihan sebelum pasien mobilisasi.



Gambar 3.4 Posisi fowler

Sumber: <https://akukesehatan.com/pengaturan-posisi-berbaring-diatas-tempat-tidur/>

**Indikasi :**

1. Pada pasien yang mengalami gangguan pernafasan
2. Pada pasien yang mengalami immobilisasi

**Peralatan :**

1. Tempat tidur
2. Selimut pasien
3. Bantal pasien
4. Gulungan handuk
5. Footboerd (bantalan kaki)

**1. Tahap pra interaksi :**

- c. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
- d. Perawat menyiapkan alat
- e. Melakukan cuci tangan

**2. Tahap orientasi :**

- a. Beri salam, panggil pasien dengan namanya
- b. Jelaskan tujuan dan prosedur Tindakan
- c. Beri kesempatan pada pasien untuk bertanya

### **3. Tahap kerja :**

- a. Minta pasien untuk menfleksikan lutut sebelum daerah kepala dinaikkan
- b. Naikan kepala tempat tidur 45-60 derajat sesuai kebutuhan.
- c. Letakkan bantal kecil dibawah punggung pada kurva lumbal, jika ada celah disana.
- d. Letakkan bantal kecil dibawah kepala pasien. Bantal akan menyangga kurva serevikal dari kolumnavertebra.
- e. Letakkan bantal dibawah kaki mulai dari lutut sampai tumit.
- f. Pastikan tidak terdapat tekanan pada area popliteal dan lutut dalam keadaan fleksi.
- g. Letakkan trochanter roll (gulungan handuk) disamping masing-masing paha.
- h. Topang telapak kaki klien dengan menggunakan bantalan kaki.
- i. Letakkan bantal untuk menopang kedua lengan dan tangan jika pasien memiliki kelemahan pada kedua tangan tersebut.

### **4. Tahap terminasi :**

- a. Evaluasi hasil / respon pasien
- b. Dokumentasikan hasilnya
- c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- d. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
- e. Cuci tangan

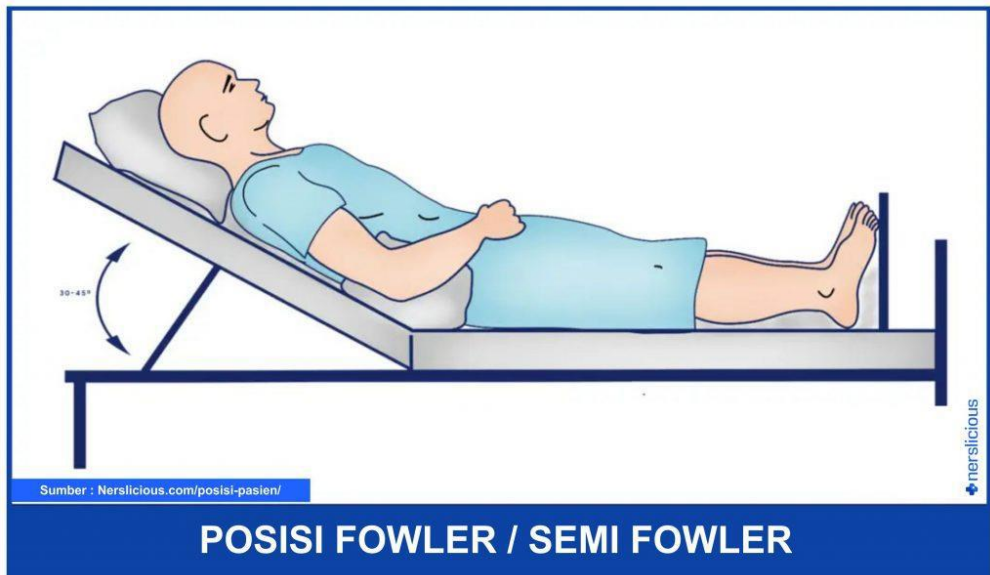
## **POSISI SEMI FOWLER**

### **Pengertian :**

Posisi Semi Fowler, yaitu dimana posisi kepala dan tubuh di tempat tidur dinaikkan 45-60 derajat (Berman et al., 2002).

### **Tujuan :**

1. Mengurangi komplikasi akibat Immobilisasi
2. Meningkatkan mobilisasi pasien
3. Meningkatkan rasa nyaman pada pasien
4. Memudahkan pelaksanaan asuhan keperawatan (memberi makan pasien)



Gambar 3.5 semi fowler

Sumber: <https://www.nerslicious.com/posisi-pasien/>

**Indikasi :**

1. Pada pasien yang mengalami gangguan pernafasan
2. Pada pasien yang mengalami immobilisasi

**Peralataan :**

1. Tempat tidur
2. Selimut pasien
3. Bantal pasien
4. Gulungan handuk
5. *Footboerd* (bantalan kaki)

**1. Tahap pra interaksi :**

- a. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
- b. Perawat menyiapkan alat
- c. Melakukan cuci tangan

**2. Tahap orientasi :**

- a. Beri salam, panggil pasien dengan namanya
- b. Jelaskan tujuan dan prosedur Tindakan
- c. Beri kesempatan pada pasien untuk bertanya

### **Tahap kerja :**

- a. Minta pasien untuk menfleksikan lutut sebelum daerah kepala dinaikkan
- b. Naikan kepala tempat tidur semifowler (30-45 derajat)
- c. Letakan bantal kecil dibawah punggung pada kurva lumbal, jika ada celah disana.
- d. Letakkan bantal kecil dibawah kepala pasien. Bantal akan menyangga kurva serevikal dari kolumnavertebra.
- e. .Letakkan bantal dibawah kaki mulai dari lutut sampai tumit.
- f. Pastikan tidak terdapat tekanan pada area *popliteal* dan lutut dalam keadaan fleksi.
- g. Letakkan trochanter roll (gulungan handuk) disamping masing-masing paha.
- h. Topang telapak kaki klien dengan menggunakan bantalan kaki.
- i. Letakkan bantal untuk menopang kedua lengan dan tangan jika pasien memiliki kelemahan pada kedua tangan tersebut.

### **3. Tahap terminasi :**

- a. Evaluasi hasil / respon pasien
- b. Dokumentasikan hasilnya
- c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- d. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
- e. Cuci tangan

## **POSISI ORTOPNEIK/ORTOPNEA**

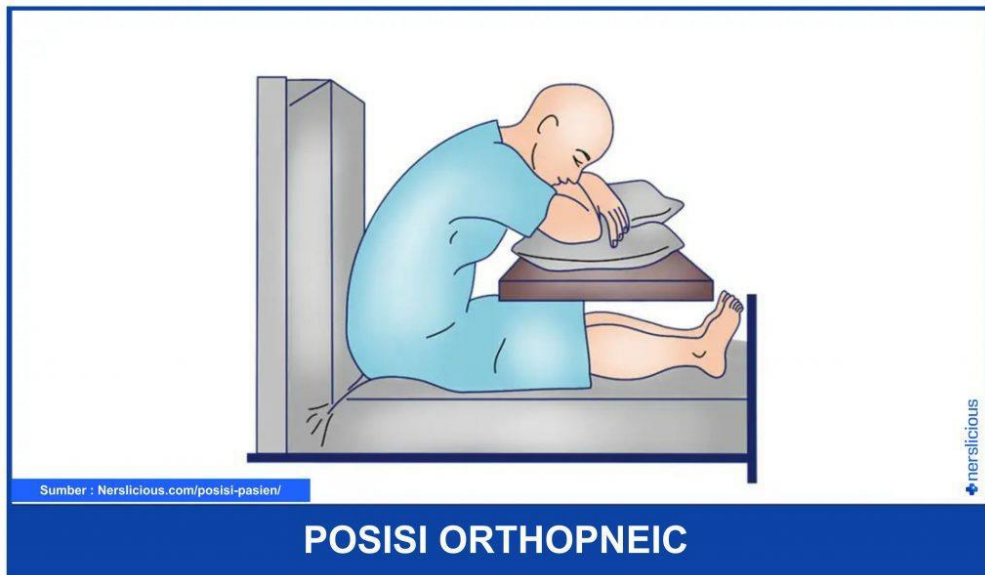
### **Pengertian :**

Posisi ortopne merupakan penyesuaian dari posisi fowler tinggi dimana pasien duduk ditempat tidur atau duduk di tepi/sisi tempat tidur dengan meja/*overbed table* diatas pangkuan pasien (Berman et al., 2002).

### **Tujuan :**

1. Membantu mengatasi masalah kesulitan pernapasan dengan memberikan ekspansi dada maksimum.
2. Membantu klien yang mengalami masalah ekhalasi.





Gambar 3.6 posisi orthopneic  
Sumber: <https://www.nerslicious.com/posisi-pasien/>

**Indikasi :**

Pasien yang mengalami sesak berat dan tidak dapat tidur terlentang

**Peralataan :**

1. Tempat tidur
2. Selimut pasien
3. Bantal pasien
4. Gulungan handuk

**1. Tahap pra interaksi :**

- a. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
- b. Perawat menyiapkan alat
- c. Melakukan cuci tangan

**2. Tahap orientasi :**

- a. Beri salam, panggil pasien dengan namanya
- b. Jelaskan tujuan dan prosedur Tindakan
- c. Beri kesempatan pada pasien untuk bertanya

### **3. Tahap kerja :**

- a. Minta pasien untuk menfleksikan lutut sebelum daerah kepala dinaikkan
- b. Naikan kepala tempat tidur 90 derajat.
- c. Letakkan bantal kecil diatas meja yang menyilang diatas tempat tidur
- d. Letakkan bantal dibawah kaki, mulai dari lutut sampai tumit. Memberikan landasan yang lebar, lembut, dan fleksibel.
- e. Pastikan tidak terdapat tekanan pada area popliteal dan lutut dalam keadaan fleksi.
- f. Letakkan gulungan handuk disamping masing-masing paha.
- g. Topang telapak kaki pasien dengan menggunakan bantalan kaki.

### **4. Tahap terminasi :**

- a. Evaluasi hasil / respon pasien
- b. Dokumentasikan hasilnya
- c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- d. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
- e. Cuci tangan

## **POSISI SIMS**

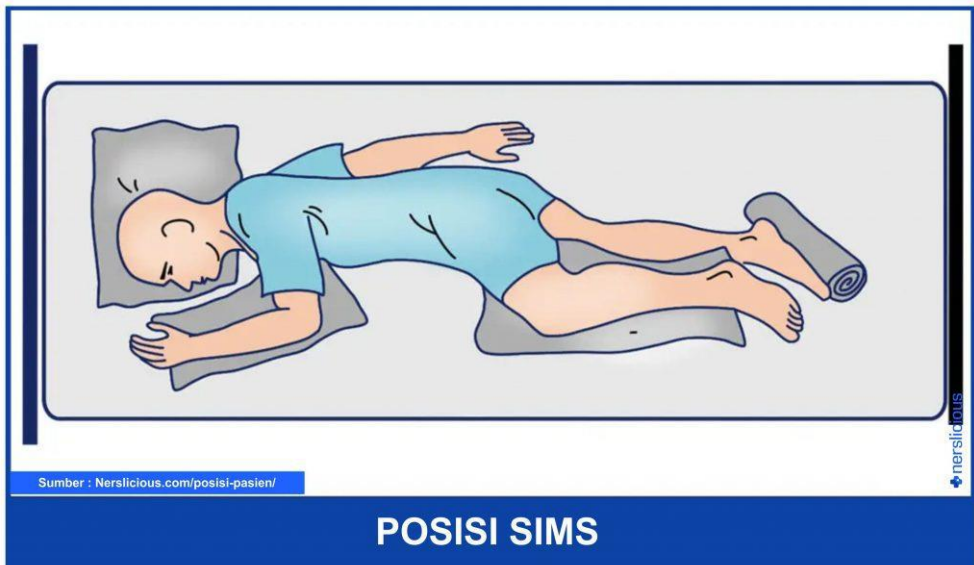
### **Pengertian :**

Posisi sims atau disebut juga posisi semipronasi adalah posisi klien berbaring pada pertengahan antara posisi lateral dan posisi pronasi.

Pada posisi ini, lengan bawah ada dibelakang tubuh klien, sedangkan lengan atas ada didepan tubuh klien (Berman et al., 2002).

### **Tujuan :**

1. Memfasilitasi drainase dari mulut pada klien tidak sadar.
2. Mengurangi penekanan pada sakrum dan trokanter mayor pada klien yang mengalami paralisis.
3. Memudahkan pemeriksaan dan perawatan area perianal.
4. Untuk tindakan pemberian enema.dan pemberian obat supositorial



Gambar 3.7 posisi Sims

Sumber: <https://www.nerslicious.com/posisi-pasien/>

**Indikasi :**

1. Pada pasien yang akan dilakukan enema dan
2. Pemberian obat supositorial pada pasien

**Peralataan :**

1. Tempat tidur
2. Selimut pasien
3. Bantal pasien/bantal kecil
4. Gulungan handuk

**1. Tahap pra interaksi :**

- a. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
- b. Perawat menyiapkan alat
- c. Perawat melakukan cuci tangan

**2. Tahap orientasi :**

- a. Beri salam, panggil pasien dengan namanya
- b. Jelaskan tujuan dan prosedur Tindakan
- c. Beri kesempatan pada pasien untuk bertanya

**Tahap kerja :**

- a. Baringkan pasien terlentang mendatar ditengah tempat tidur.
- b. Kemudian miringkan kekiri dengan posisi badan setengah telungkup dan kaki kiri lurus lutut. Paha kanan ditekuk diarahkan ke dada.

- c. Tangan kiri diatas kepala atau dibelakang punggung dan tangan kanan diatas tempat tidur.
- d. Bila pasien miring kekanan dengan posisi badan setengan telungkup dan kaki kanan lurus, lutut dan paha kiri ditekuk diarahakan ke dada.
- e. Tangan kanan diatas kepala atau dibelakang punggung dan tangan kiri diatas tempat tidur.
- f. Letakkan bantal dibawah kepala pasien
- g. Atur posisi bahu atas sehingga bahu dan siku fleksi.
- h. Letakkan bantal disela antara dada dan abdomen dan pada lengan atas serta atas serta tempat tidur.
- i. Letakkan bantal pada area antara paha atas dan tempat tidur.
- j. Letakkan alat penopang dibawah telapak kaki pasien.

### **3. Tahap terminasi :**

- a. Evaluasi hasil / respon pasien
- b. Dokumentasikan hasilnya
- c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- d. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
- e. Cuci tangan

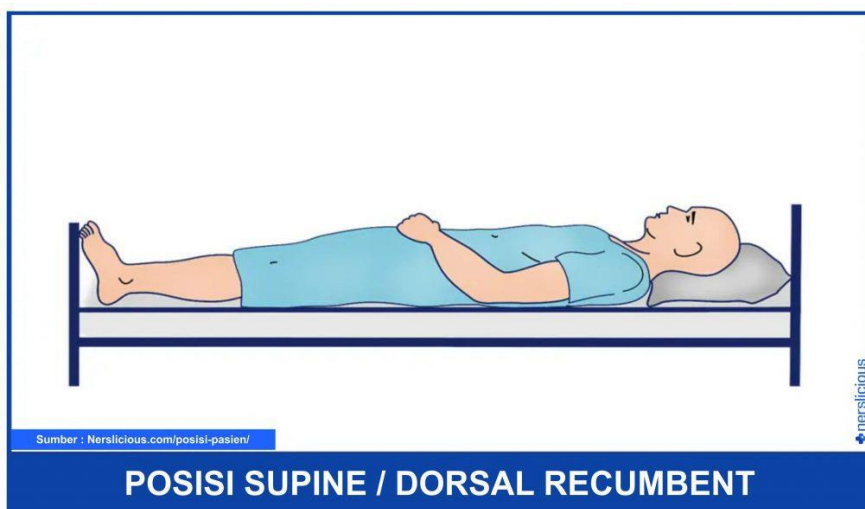
## **POSISI SUPINASI (TELENTANG)**

### **Pengertian :**

Posisi dimana kepala dan bahu pasien sedikit elevasi dengan menggunakan bantal/bantal kecil (Berman et al., 2002).

### **Tujuan :**

Meningkatkan kenyamanan pasien dan memfasilitasi penyembuhan terutama pada pasien pembedahan atau dalam proses anestesi tertentu.



Gambar.3.8 Posisi supine

Sumber: <https://www.nerslicious.com/posisi-pasien/>

**Indikasi :**

1. Pada pasien setelah dilakukan tindakan anestesi
2. Pasien yang mengalami kelemahan atau pada pasien dalam keadaan koma

**Peralatan :**

1. Tempat tidur
2. Selimut pasien
3. Bantal pasien/bantal kecil
4. Gulungan handuk

**1. Tahap pra interaksi :**

- a. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
- b. Perawat menyiapkan alat
- c. Perawat melakukan cuci tangan

**2. Tahap orientasi :**

- a. Beri salam, panggil pasien dengan namanya
- b. Jelaskan tujuan dan prosedur Tindakan
- c. Beri kesempatan pada pasien untuk bertanya

**3. Tahap kerja :**

- a. Baringkan pasien secara telentang dan mendatar di tengah tempat tidur pasien
- b. Letakkan bantal di bawah kepala dan bahu pasien.
- c. Letakkan bantal kecil atau lipatan handuk di bawah kurva lumbal, jika terdapat celah disana.

- d. Letakkan bantal di bawah kaki pasien mulai dari lutut sampai tumit pasien.
- e. Topang telapak kaki pasien dengan menggunakan bantalan kaki/penyanggah.
- f. Jika pasien mengalami penurunan kesadaran/tidak sadar atau mengalami kelemahan pada ekstremitas atas, elevasikan tangan dan lengan bawah dengan menggunakan bantal.
- g. Jika pasien sadar letakkan tangan di bagian perut pasien dengan lengan bawah menyentuh tempat tidur pasien

#### **4. Tahap terminasi :**

- a. Evaluasi hasil / respon pasien
- b. Dokumentasikan hasilnya
- c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- d. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
- e. Cuci tangan

## **POSISI DORSAL RECUMBENT**

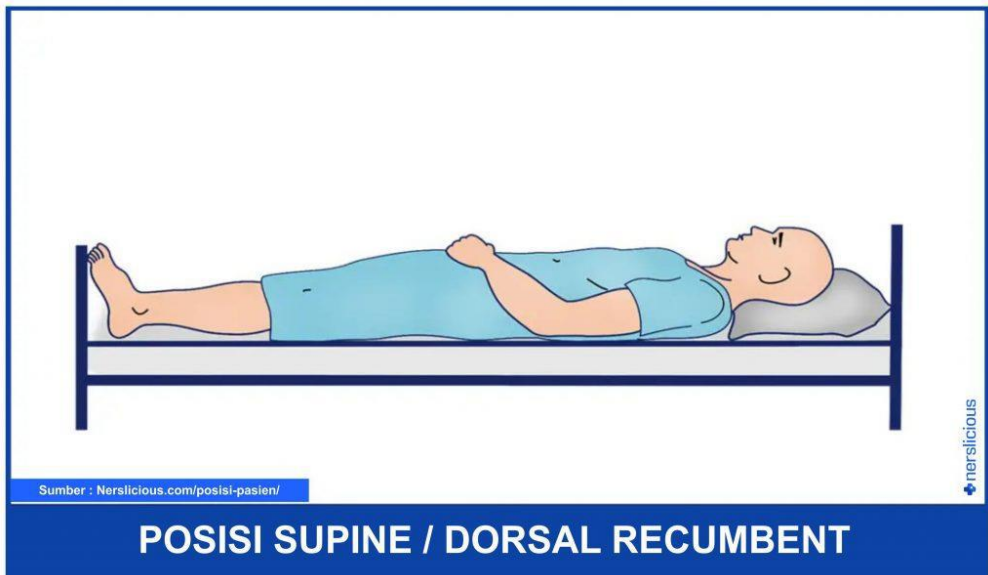
### **Pengertian :**

Posisi dimana pasien berbaring terlentang dengan kedua lutut fleksi dengan telapak kaki menapak ditempat tidur.

Posisi Dorsal recumbent dan Supine/posisi terlentang di beberapa institusi dianggap sama (Berman et al., 2002).

### **Tujuan :**

Meningkatkan kenyamanan pasien terutama pada pasien dengan ketegangan bagian punggung.



Gambar 3.9 Posisi supine

Sumber: <https://www.nerslicious.com/posisi-pasien/>

**Indikasi :**

1. Posisi pasien pada saat melakukan persalinan
2. Pada pasien yang akan dilakukan pemeriksaan genetalia

**Peralatan :**

1. Tempat tidur
2. Selimut pasien
3. Bantal pasien/Bantal kecil
4. Gulungan handuk

**1. Tahap pra interaksi :**

- a. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
- b. Perawat menyiapkan alat
- c. Perawat melakukan cuci tangan

**2. Tahap orientasi :**

- a. Beri salam, panggil pasien dengan namanya
- b. Jelaskan tujuan dan prosedur Tindakan
- c. Beri kesempatan pada pasien untuk bertanya

### **3. Tahap kerja :**

- a. Baringkan pasien secara telentang dan mendatar di tengah tempat tidur pasien
- b. Letakkan bantal di bawah kepala dan bahu pasien.
- c. Letakkan bantal kecil atau lipatan handuk dibawah kurva lumbal, jika terdapat celah disana.
- d. Fleksikan kedua lutut pasien dengan telapak kaki menapak di tempat tidur
- e. Letakkan bantal di bawah lutut pasien sebagai penopang.

### **4. Tahap terminasi :**

- a. Evaluasi hasil / respon pasien
- b. Dokumentasikan hasilnya
- c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- d. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
- e. Cuci tangan

## **POSISI PRONASI**

### **Pengertian**

Posisi dimana pasien berbaring dalam posisi telungkup dengan kepala dipalingkan pada satu sisi dan pinggul tidak fleksi (Berman et al., 2002).

### **Tujuan :**

1. Memberikan ekstensi maksimal pada sendi lutut dan pinggang
2. Mencegah fleksi dan kontraktur pada pinggang dan lutut.
3. Membantu drainase dari mulut sehingga berguna bagi pasien pascaoperasi mulut atau tenggorokan





Gambar 3.10 Posisi prone

Sumber: <https://www.nerslicious.com/posisi-pasien/>

**Indikasi :**

1. Pasien yang menjalani bedah mulut dan kerongkongan
2. Pasien dengan pemeriksaan pada daerah bokong atau punggung.

**Peralataan :**

1. Tempat tidur
2. Selimut pasien
3. Bantal pasien/Bantal kecil

**1. Tahap pra interaksi :**

- a. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
- b. Perawat menyiapkan alat
- c. Perawat melakukan cuci tangan

**2. Tahap orientasi :**

- a. Beri salam, panggil pasien dengan namanya
- b. Jelaskan tujuan dan prosedur Tindakan
- c. Beri kesempatan pada pasien untuk bertanya

**3. Tahap kerja :**

- a. Baringkan pasien terlentang mendatar ditengah tempat tidur.

- b. Gulingkan pasien dan posisikan lengan dekat dengan tubuhnya disertai siku lurus dan tangan diatas paha.
- c. Posisikan tengkurap/telungkup ditengah tempat tidur yang datar.
- d. Palingkan kepala pasien ke salah satu sisi dan sokong dengan bantal.
- e. Letakkan bantal kecil di bawah abdomen pada area antara diafragma (atau payudara pada wanita) dan krista iliaka.
- f. Letakkan bantal dibawah kaki mulai lutut sampai tumit.
- g. Jika klien tidak sadar atau mengalami paralisis ekstremitas atas, (elevasikan tangan dan lengan bawah bukan lengan atas) dengan menggunakan bantal.

#### **4. Tahap terminasi :**

- a. Evaluasi hasil / respon pasien
- b. Dokumentasikan hasilnya
- c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- d. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
- e. Cuci tangan

### **5. MATERI: PROSEDUR MEMANDIKAN PASIEN DI TEMPAT TIDUR**

---

Capaian pembelajaran mata kuliah

Setelah pembelajaran mahasiswa diharapkan mampu Memahami konsep prosedur memandikan pasien di tempat tidur

Sub capaian pembelajaran mata kuliah

Setelah pembelajaran mahasiswa mampu

1. Menjelaskan pengertian konsep prosedur memandikan pasien di tempat tidur
2. Menjelaskan tujuan konsep prosedur memandikan pasien di tempat tidur
3. Menerapkan konsep prosedur memandikan pasien di tempat tidur

#### **Pengertian**

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu mandi secara sendiri dengan cara memandikan di tempat tidur.

#### **Tujuan**

1. Menjaga kebersihan tubuh,
2. Mengurangi infeksi akibat kulit kotor,
3. Memperlancar sistem peredaran darah
4. Menambah kenyamanan pasien.

### **Alat dan bahan**

1. Baskom mandi dua buah, masing-masing berisi air dingin dan air hangat
2. Pakaian pengganti
3. Kain penutup
4. Handuk besar
5. Handuk kecil untuk mengeringkan badan
6. Sarung tangan pengusap/waslap
7. Tempat untuk pakain kotor
8. Sampiran
9. Sabun.

### **Prosedur kerja**

1. Jelaskan prosedur pada pasien
2. Cuci tangan
3. Atur posisi pasien
4. Lakukan tindakan memandikan pasien yang diawali dengan membentangkan handuk di bawah kepala, kemudian bersihkan muka, telinga, dan leher dengan sarung tangan pengusap. Keringkan dengan handuk.
5. Kain penutup diturunkan, kedua tangan pasien diangkat dan pindahkan handuk di atas dada pasien, lalu bentangkan. Kemudian kembalikan kedua tangan ke posisi awal di atas handuk, lalu basahi kedua tangan dengan air bersih. Keringkan dengan handuk.
6. Kedua tangan diangkat, handuk dipindahkan di sisi pasien, bersihkan daerah dada dan perut, lalu keringkan dengan handuk
7. Miringkan pasien ke kiri, handuk dibentangkan ke bawah punggung sampai glutea dan basahi punggung hingga glutea, lalu keringkan dengan handuk. Selanjutnya miringkan pasien ke kanan dan lakukan hal yang sama. Kemudian kembalikan pasien pada posisi terlentang dan pasang pakaian dengan rapi.
8. Letakkan handuk di bawah lutut lalu bersihkan kaki. Kaki yang paling jauh didahulukan dan keringkan dengan handuk..
9. Ambil handuk dan letakkan di bawah glutea. Pakaian bawah perut dibuka, lalu bersihkan daerah lipatan paha dan genitalia. Setelah selesai, pasang kembali pakaian dengan rapi.
10. Cuci tangan.

## 6. MATERI: MELATIH NAPAS DALAM DAN BATUK EFEKTIF

---

Capaian pembelajaran mata kuliah

Setelah pembelajaran mahasiswa diharapkan mampu :

1. Memahami konsep latihan napas dalam, batuk efektif dan pengumpulan
2. Menerapkan latihan napas dalam, batuk efektif

Sub capaian pembelajaran mata kuliah

Setelah pembelajaran mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan pengertian latihan napas dalam dan batuk efektif
2. Menjelaskan tujuan latihan napas dalam dan batuk efektif
3. Menerapkan latihan napas dalam dan batuk efektif

### LATIHAN NAPAS DALAM

#### Pengertian

Merupakan bentuk latihan napas yang terdiri atas pernapasan abdominal (diafragma) dan *pursed lip breathing*

#### Tujuan

Pernapasan abdominal atau diafragma memungkinkan napas dalam secara penuh dengan sedikit usaha. Pursed lip breathing membantu klien mengontrol pernapasan yang berlebihan

#### Indikasi

Restriksi ekspansi dada, misalnya pada klien dengan PPOM (misal asma dan bronchitis) atau klien pada tahap penyembuhan setelah pembedahan toraks

#### Prosedur pelaksanaan

1. Atur posisi yang nyaman bagi klien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur atau di kursi atau dengan posisi berbaring di tempat tidur dengan satu bantal
2. Fleksikan lutut klien untuk merilekskan otot abdomen
3. Tempatkan satu atau dua tangan pada abdomen, tepat di bawah tulang iga.
4. Tarik napas dalam melalui hidung jaga mulut tetap tertutup hitung sampai 3 selama inspirasi.
5. Kosentrasi dan rasakan gerakan naiknya abdomen sejauh mungkin tetap dalam kondisi relaks dan cegah lengkung pada punggung jika ada kesulitan menaikkan abdomen ambil napas dengan cepat lalu napas kuat lewat hidung

6. Hembuskan udara lewat bibir, seperti meniup dan ekspirasi secara perlahan dan kuat sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembungkan dari pipi. Teknik pursed lip breathing ini menyebabkan resistensi pada pengeluaran udara paru, meningkatkan tekanan di bronkus (jalan napas utama) dan menimbulkan kolapsnya jalan napas yang sempit, masalah yang umum terjadi pada orang dengan penyakit paru obstruktif
7. Konsentrasikan gunakan latihan ini setiap kali merasakan napas pendek dan tingkatkan secara bertahap selama 5-10 menit, 4 kali sehari. Latihan teratur akan membantu pernapasan tanpa usaha. Latihan ini dapat dilakukan dalam posisi duduk tegap, berdiri dan berjalan.

## **LATIHAN BATUK EFEKTIF**

### **Pengertian**

Merupakan latihan batuk untuk mengeluarkan secret

### **Persiapan alat**

1. Sputum pot
2. Lisol 2-3%
3. Handuk pengalas
4. Bantal
5. Tisu
6. Bengkok

### **Prosedur pelaksanaan**

1. Setelah menggunakan pengobatan bronkodilator (jika diresepkan), tarik napas dalam lewat hidung dan tahan napas untuk beberapa detik
2. Batukkan 2 kali, batuk pertama untuk melepaskan mucus dan batuk kedua untuk mengeluarkan secret. Jika klien merasa nyeri dada pada saat batuk, tekan dada dengan bantal. Tampung secret pada sputum pot yang berisi lisol
3. Untuk batuk menghembus, sedikit maju ke depan dan ekspirasi kuat dengan suara hembusan. Teknik ini menjaga jalan napas terbuka ketika sekresi bergerak ke atau dan keluar paru
4. Inspirasi dengan napas pendek cepat secara bergantian (menghirup) untuk mencegah mucus bergerak kembali ke jalan napas yang sempit
5. Istirahat
6. Hindari batuk yang terlalu lama karena dapat menyebabkan kelelahan dan hipoksia.



Gambar 3.11 Pot sputum dan bilik dahak  
Sumber: *Ditjen Pemberantasan Penyakit Menular Kemkes RI*

## 7. MATERI : PEMBERIAN OBAT

---

Capaian pembelajaran mata kuliah:

Setelah pembelajaran mahasiswa mampu memahami pemberian obat

Sub capaian pembelajaran mata kuliah:

Setelah pembelajaran mahasiswa mampu mempraktekan :

1. Pemberian obat melalui oral
2. Pemberian obat melalui intrakutan
3. Pemberian obat melalui subkutan
4. Pemberian obat melalui intramuskular
5. Pemberian obat melalui intravena
6. Pemberian obat melalui rektal

### PEMBERIAN OBAT MELALUI ORAL

#### Pengertian

Pemberian obat per oral adalah memberikan obat yang dimasukkan melalui mulut. Memberikan obat oral adalah suatu tindakan untuk membantu proses penyembuhan dengan cara memberikan obat-obatan melalui mulut sesuai dengan program pengobatan dari dokter.

#### Tujuan

1. Pasien mendapatkan pengobatan sesuai program pengobatan dokter.
2. Membantu menentukan diagnosa terhadap penyakit tertentu.
3. Menghindarkan pasien dari efek alergi obat .



Gambar 3.12 Pemberian obat melalui oral

Sumber: <https://www.liputan6.com/health/read/3239869/selain-kawal-pasien-sampai-semuh-ini-daftar-tugas-mulia-perawat>

**PROSEDUR OPERASIONAL BAKU  
PEMBERIAN OBAT ORAL**

Nama Mahasiswa : .....  
Kelas : .....

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
<b><i>Fase Preinteraksi</i></b>				
	Persiapan alat dan bahan			
1	Cari tahu identitas klien			
2	Persiapkan diri			
3	Mencuci Tangan			
4	Persiapan alat:			
5	Baki berisi obat-obatan atau kereta sorong obat-obat.			
6	Kartu rencana pengobatan			
7	Cangkir disposable untuk tempat obat			
8	Martil dan lumpang penggerus (bila diperlukan)			

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
9	Gelas pengukur (bila diperlukan)			
10	Sendok (bila diperlukan)			
11	Pipet (bila diperlukan)			
12	Spuit sesuai ukuran untuk mulut anak-anak (bila diperlukan)			
<b>Fase Perkenalan</b>				
13	Mengucapkan salam			
14	Senyum dan salaman			
15	Perkenalan			
16	Menjelakan tujuan pemberian obat			
17	Menjelaskan manfaat pemberian obat			
18	Menanyakan kesediaan klien .			
<b>Fase Kerja</b>				
19	Siapkan peralatan dan cuci tangan.			
20	Kaji kemampuan klien untuk dapat minum obat per oral (menelan, mual, muntah, adanya program tahan makan atau minum, akan dilakukan pengisapan lambung dll)			
21	Periksa kembali perintah pengobatan (nama klien, nama dan dosis obat, waktu dan cara pemberian) periksa tanggal kedaluarsa obat, bila ada kerugian pada perintah pengobatan laporkan pada perawat/bidan yang berwenang atau dokter yang meminta.			
22	Ambil obat sesuai yang diperlukan (baca perintah pengobatan dan ambil obat yang diperlukan)			
<b>Terminasi</b>				
23	Tanyakan perasaan klien			
24	Melakukan evaluasi atas tindakan yang telah diberikan kepada pasien.			
25	Berpamitan dengan pasien atau keluarga (apabila ada).			
28	Membereskan alat.			
29	Mencuci tangan kembali			
<b>Sikap</b>				
30	Sabar dan tidak tergesa-gesa			



NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
31	Hati-hati			
32	Bersikap sopan dan ramah			
33	Teliti dan cermat dalam menjaga sterilisasi			
<b>Soft skills</b>				
34	Empati			
35	Teliti			
36	Hati-hati			
37	Menunjukkan perilaku profesional			
38	Pakaian rapi dan tertib sesuai tata tertib			

\* Keterangan : Tidak = 0      Ya = 1

$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah keseluruhan poin yang dinilai}} \times 100$
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pembimbing/Penguji

(.....)

## PEMBERIAN OBAT SECARA INTRAKUTAN

### Pengertian

Melakukan pemberian obat melalui area penyuntikan yang mencapai kedalaman pada intrakutan larutan atau suspensi dalam air, volume yang disuntikkan sedikit (0,1 - 0,2 ml).

### Tujuan

Memberikan obat-obatan digunakan untuk tes sensitivitas, seperti tes tuberkulin dan tes alergi

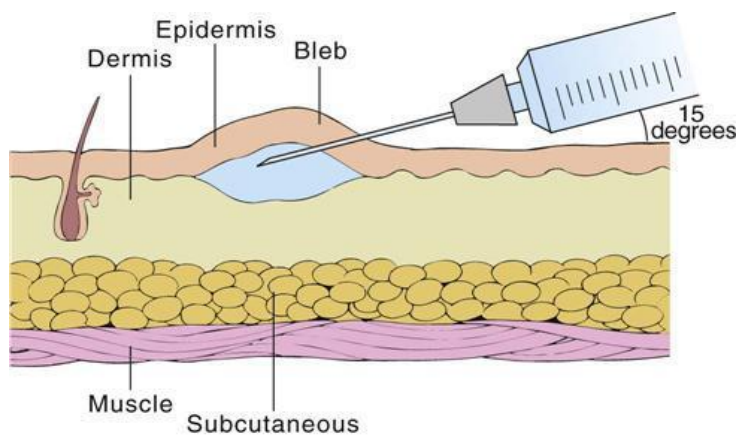
## Lokasi

1. Lengan bawah bagian dalam
2. Dada bagian atas
3. Punggung pada area scapula



Gambar 3.13 Pemberian obat intrakutan

Sumber: <https://www.google.com/repository.unand>



Gambar 3.14 Pemberian obat intrakutan sudut 15°

Sumber: <https://nursekey.com/11-parenteral-administration-intradermal-subcutaneous-and-intramuscular-routes/>

**PROSEDUR OPERASIONAL BAKU  
PEMBERIAN OBAT SECARA INTRAKUTAN**

NAMA MAHASISWA :  
TINGKAT :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
	<b><i>Pra interaksi</i></b>			
1	Melakukan verifikasi data klien			
2	Cuci tangan			
3	Menyiapkan obat dengan benar di ruangan tindakan			
4	Meletakkan alat dekat klien			
	<b>Fase kerja</b>			
5	Mengucapkan salam			
6	Senyum dan salaman			
7	Perkenalan			
8	Menjelaskan tujuan injeksi intracutan			
9	Menanyakan kesedian klien			
10	Melakukan verifikasi obat dengan teman perawat			
11	Memakai sarung tangan			
12	Mengatur posisi nyaman			
13	Pasang pernak pengalas			
14	Bebaskan lengan klien dari baju atau kemeja			
15	Ambil obat yang akan dilakukan test alergi. Larutkan atau encerkan dengan cairan pelarut (aquades), ambil 0,5 cc lalu encerkan lagi sampai 1 cc. Siapkan pada bak steril			
16	Desinfektan daerah yang akan diinjeksi dengan kapas alkohol secara melingkar dan tehnik steril			
17	Regangkan daerah penyuntikan di kulit dengan tangan kiri			
18	Lakukan penyuntikkan lubang jarum menghadap di atas membentuk sudut 15- 20 derajat terhadap permukaan kulit.			
19	Masukkan obat dalam kulit sampai menggelembung			

20	Tarik spuit, jangan lakukan masase di area penyuntikkan/injeksi			
21	Taruh jarum suntik dalam safety box			
22	Buat lingkaran diameter 2 cm pada daerah penyuntikan			
	<b>Fase Terminasi</b>			
23	Berpamitan dengan klien			
24	Mengatakan akan kembali 10-15 menit untuk mengevaluasi hasil suntikan			
25	Membereskan alat alat yg telah digunakan			
26	Mendokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan perawat			

\* Keterangan : Tidak = 0      Ya = 1

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah keseluruhan poin yang dinilai}} \times 100$$

Pembimbing/Penguji

(.....)

## PEMBERIAN OBAT SECARA SUBKUTAN

### Pengertian Pemberian Obat Secara Subkutan

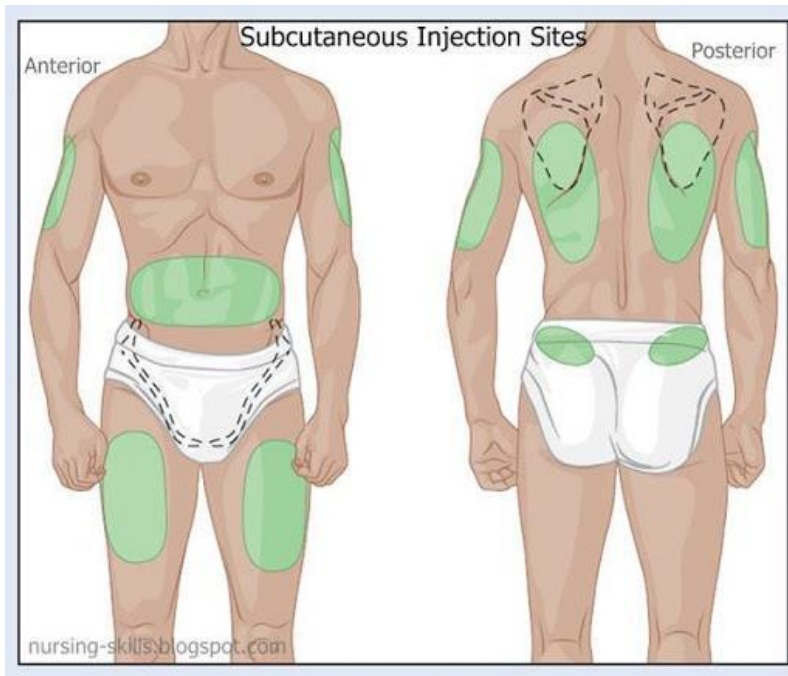
Pengertian pemberian obat secara subkutan adalah pemberian obat/cairan dengan menggunakan spuit khusus yang bisa mencapai tepat pada area subkutan melalui sudut penyuntikan 90°.

### Tujuan

Tujuan pemberian obat secara subkutan agar obat diabsorpsi tubuh dengan cepat melalui subkutan seperti pemberian obat insulin.

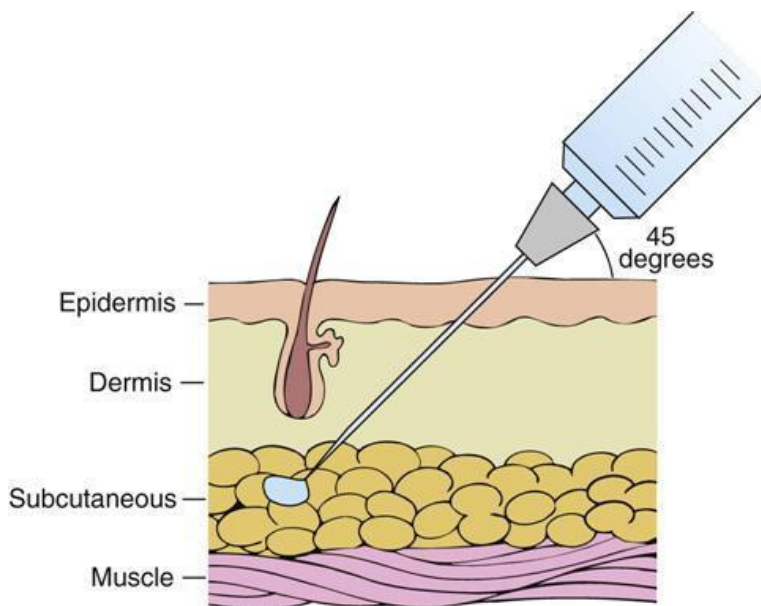
### Lokasi Penyuntikan

Lokasi injeksi antara lain lengan atas bagian luar, paha anterior, daerah abdomen, area scapula pada punggung atas, daerah ventrogluteal dan dorsogluteal bagian atas.



Gambar 3.15 area penyuntikan subkutan

Sumber : <http://www.kesehatankerja.com/SUBCUTANEUS.htm>



Gambar 3.16 Pemberian obat intrakutan sudut 45° dengan spuit 2,5-3 ml

Sumber: <https://nursekey.com/11-parenteral-administration-intradermal-subcutaneous-and-intramuscular-routes/>



Gambar 3.17 Pemberian obat intrakutan menggunakan peninsulin sudut  $90^\circ$   
Sumber: <https://id.depositphotos.com/stock-photos/levemir.html>



Gambar 3.18 Pemberian obat intrakutan dengan spuit 1 ml sudut  $90^\circ$   
Sumber: <https://id.depositphotos.com/stock-photos/levemir.html>

**PROSEDUR OPERASIONAL BAKU  
PEMBERIAN OBAT MELALUI SUBKUTAN**

NAMA :

MAHASISWA :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
	<b><i>Persiapan Alat</i></b>			
1	Alat dan Bahan			
	Baki berisi:			
	a. Bak injeksi steril. b. Obat yang diperlukan sudah disiapkan di ruangan tindakan c. Kapas alkohol. d. Sduit sesuai ukuran penggunaan. e. Buku daftar obat. f. Piala ginjal. g. Sarung tangan. h. Pengalas.			
	<b><i>Pra Interaksi</i></b>			
1	Siapkan suasana ruang yang tenang			
2	Cari tahu identitas klien			
3	Persiapkan diri klien agar tenang dan santai			
	<b><i>Fase Kerja</i></b>			
4	Mengucapkan salam			
5	Senyum dan salaman			
6	Perkenalan			
7	Menjelaskan tujuan relaksasi			
8	Menjelaskan manfaat relaksasi			
9	Menanyakan kesedian klien			
10	Siapkan pasien			
11	Letakkan peralatan dan obat kedekat pasien			
12	Cuci tangan			
13	Posisikan pasien senyaman mungkin			
14	Letakkan pengalas dan piala ginjal dekat dengan area yang diinjeksi			
15	Pasang sarung tangan			

16	<p>Buka obat dengan cara :</p> <p>a) Flakon/vial : buka tutup metal, lakukan desinfeksi tutup karet dengan kapas alkohol apabila persediaan dalam flakon masih berupa bubuk, larutkan dengan aquabidest sebanyak yang tercantum pada petunjuk penggunaan obat</p> <p>b) Ampuls : ketuk obat yang ada diujung ampuls, patahkan leher ampuls dengan tangan menggunakan kain kasa</p>			
	Isi spuit dengan obat sesuai dosis yang ditentukan			
17	Isap udara sebanyak cairan yang diperlukan tusuk jarum dengan posisi bevel tegak. suntikan udara kedalam flakon. Balik flakon, dengan tangan kiri memegang flakon dengan ibu jari dan jari tengah sedangkan tangan kanan memegang ujung barrel dan <i>plugger</i> . Jaga ujung jarum dibawah cairan. Biarkan tekanan udara membantu mengisi obat kedalam spuit. Setelah selesai tarik jarum dari ampuls.			
18	Buang udara dalam spuit kemudian tutup masukkan kedalam bak injeksi.			
19	Pilih area penusukan kemudian lakukan desinfeksi dengan kapas alkohol			
20	Lakukan penyuntikan dengan lubang jarum menghadap keatas membentuk sudut 45 derajat apabila menggunakan spuit 3 cc dan sudut 90 derajat terhadap permukaan kulit., apabila menggunakan spuit 1cc atau peninsulin			
21	<p>Lakukan aspirasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masukkan obat secara perlahan</li> <li>• Tarik spuit dan tahan dengan kapas alkohol</li> <li>• Letakkan spuit dan kapas ke dalam piala ginjal</li> <li>• Rapiakan pasien dan perhatikan reaksi pasien</li> </ul>			
	<b><i>Fase Terminasi</i></b>			
22	Evaluasi pasien			



23	Rapikan pasien			
24	Akhiri kegiatan dan memberi salam			
25	Cuci tangan			
26	Dokumentasi tindakan			

\* Keterangan : Tidak = 0      Ya = 1

$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah keseluruhan poin yang dinilai}} \times 100$
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pembimbing/Penguji

(.....)

## PEMBERIAN OBAT SECARA INTRAMUSKULAR

### Pengertian Pemberian Obat Secara Intramuskular

Pengertian pemberian obat secara intramuskular adalah pemberian obat/cairan dengan menggunakan spuit yang secara langsung ke dalam otot (90°). Pemberian obat dengan cara ini dilakukan pada bagian tubuh yang berotot besar, agar tidak ada kemungkinan untuk menusuk saraf, misalnya pada bokong dan kaki bagian atas atau pada lengan bagian atas. Pemberian obat seperti ini memungkinkan obat akan dilepas secara berkala dalam bentuk depot obat.

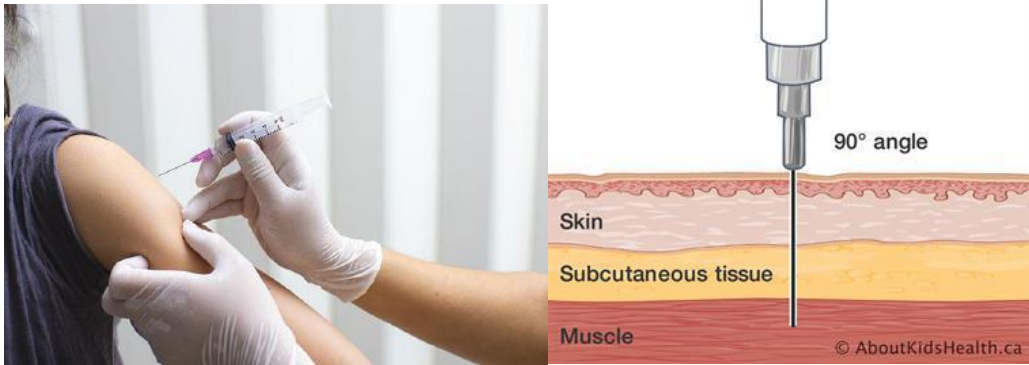
### Tujuan

Tujuan pemberian obat secara intramuskular Pemberian obat secara intramuskular yaitu agar obat diabsorbsi tubuh dengan cepat.

### Lokasi Penyuntikan

1. Pada daerah paha (vastus lateralis) dengan cara anjurkan pasien untuk berbaring telentang dengan lutut sedikit fleksi.
2. Pada ventrogluteal dengan cara anjurkan pasien untuk miring, tengkurap atau telentang dengan lutut atau panggul miring dengan tempat yang diinjeksi fleksi. Area ini paling banyak dipilih untuk injeksi muscular karena pada area ini tidak terdapat pembuluh darah dan saraf besar.

3. Pada daerah dorsogluteal dengan cara anjurkan pasien untuk tengkurap dengan lutut diputar kearah dalam atau miring dengan lutut bagian atas dan pinggul fleksi dan diletakkan di depan tungkai bawah.
4. Pada daerah deltoid (lengan atas) dengan cara anjurkan pasien untuk duduk atau berbaring mendatar lengan atas fleksi.



Gambar 3.19 Injeksi intramuskular pada otot deltoid

Sumber: <https://www.halodoc.com/> dan <https://www.aboutkidshealth.ca/>

### PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN OBAT INTRAMUSKULAR

Nama Mahasiswa : .....

Kelas : .....

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
<b>Fase Prainteraksi</b>				
1	Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada			
2	Mencuci tangan			
3	Menyiapkan obat dengan benar			
4	Menempatkan alat di dekat klien dengan benar			
<b>Persiapan alat dan bahan :</b>				
5	Daftar buku obat/catatan dan jadwal pemberian obat			
6	Obat yang di butuhkan (obat dalam tempatnya)			
7	Sprit dan jarum suntik sesuai dengan ukuran. Untuk orang dewasa panjangnya 2,5-3 cm dan untuk anak-anak panjangnya 1,25-2,5 cm.			

8	Kapas alcohol			
9	Cairan pelarut/aquabidest steril			
10	Bak instrument/bak injeksi			
11	Gergaji ampul (bila di perlukan)			
12	Nierbekken			
13	Heandscoen 1 pasang			
<b>Fase Orientasi</b>				
14	Berikan salam, sebagai pendekatan terapeutik			
15	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga klien			
16	Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan			
<b>Fase Kerja</b>				
17	Cuci tangan			
18	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan			
19	Ambil obat dan masukkan ke dalam spuit sesuai dengan dosisnya. Setelah itu letakkan dalam bak injeksi.			
20	Periksa tempat yang akan dilakukan penyuntikan (perhatikan lokasi penyuntikan)			
21	Desinfeksi dengan kapas alcohol pada tempat yang akan dilakukan injeksi			
22	Pilih area penyuntikan			
23	Lakukan penusukan dengan posisi jarum tegak lurus.90”			
24	Setelah jarum masuk lakukan inspirasi spuit,bila tidak ada darah yang tertarik dalam spuit maka tekanlah spuit hingga obat masuk secara perlahan-lahanhingga habis.			
25	Setelsh selesai tarik spuit dan tekan sambil dimasase penyuntikan dengan kapas alcohol,kemudian spuit yang telah di gunakan letakkan dalam bengkok			
26	Catat reaksi pemberian jumlah dosis dan waktu pemberian			
27	Cuci tangan			

<b><i>Fase terminasi</i></b>				
28	Melakukan evaluasi tindakan			
29	Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya			
30	Membereskan alat-alat			
31	Berpamitan dengan klien			
32	Mencuci tangan			
33	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan			
<b><i>Soft skills</i></b>				
34	Empati			
35	Hati-hati			
36	Menunjukkan perilaku profesional			
37	Pakaian rapi dan tertib sesuai tata tertib			

\* **Keterangan : Tidak = 0    Ya = 1**

Nilai Akhir = $\frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah keseluruhan poin yang dinilai}} \times 100$
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pembimbing/Penguji

(.....)

## **PEMBERIAN OBAT MELALUI INTRAVENA (IV)**

### **Pengertian**

Pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam pembuluh darah vena dengan menggunakan spuit. Sedangkan pembuluh darah vena adalah pembuluh darah yang menghantarkan darah ke jantung.

### **Tujuan Pemberian Obat Intravena:**

1. Mengetahui lokasi dimana injeksi intravena dilakukan
2. Mengetahui prosedur intravena

**Lokasi Injeksi Intravena**

1. Pada lengan (vena basilika dan vena sefalika )
2. Pada tungkai ( vena safena )
3. Pada leher ( vena jugularis )
4. Pada kepala ( vena frontalis atau vena temporalis



Gambar 3.20 Injeksi intravena

Sumber: <https://www.youtube.com/watch?v=zwTrqB6Mwc8>

**PROSEDUR OPERASIONAL BAKU  
PEMBERIAN OBAT MELALUI INTRAVENA**

Nama Mahasiswa : .....

Kelas : .....

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
<b>Persiapan Alat dan bahan</b>				
1	Buku catatan pemberian obat/kartu obat			
2	Kapas alkohol			
3	Sepasang sarung tangan bersih			
4	Obat yang sesuai			
5	Spuit 2 ml – 5 ml			
6	Bak spuit			
7	Baki obat			
8	Plester			

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
9	Perlak pengalas			
10	Karet pembendung ( tourniquet )			
11	Kasa steril ( bila perlu )			
<b><i>Pra interaksi</i></b>				
12	Siapkan suasana ruang yang tenang			
13	Cari tahu identitas klien			
14	Persiapkan diri klien agar tenang dan santai			
15	Baca catatan keperawatan atau catatan medis			
<b><i>Fase Orientasi</i></b>				
16	Ucapkan salam dan perkenalkan diri			
17	Klarifikasi nama dan umur pasien atau nama dan alamat pasien			
18	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga			
19	Kontrak waktu lama tindakan			
<b><i>Fase Kerja</i></b>				
20	Cuci tangan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan <i>hand rub</i> )			
21	Baca Basmallah			
22	Siapkan obat dengan prinsip enam benar			
23	Atur klien pada posisi yang nyaman			
24	Pasang perlak pengalas			
25	Bebaskan lengan klien dari baju atau kemeja			
26	Letakkan karet pembendung ( tourniquet )			
27	Pilih area penusukan yang bebas dari tanda kekakuan, peradangan atau rasa gatal. Menghindari gangguan absorpsi obat atau cedera dan nyeri yang berlebihan			
28	Pakai sarung tangan			
29	Bersihkan area penusukan dengan menggunakan kapas alkohol, dengan gerakan sirkuler dari arah dalam keluar dengan diameter sekitar 5 cm. Tunggu sampai kering. Metode ini dilakukan untuk membuang sekresi dari kulit yang mengandung mikroorganisme			

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
30	Pegang kapas alkohol dengan jari - jari tengah pada tangan non dominan			
31	Buka tutup jarum			
32	Tarik kulit kebawah kurang lebih 2,5 cm di bawah area penusukan dengan tangan non dominan. Membuat kulit lebih kencang dan vena tidak bergeser, memudahkan penusukan.			
33	Pegang jarum pada posisi 30 derajat, sejajar vena yang akan ditusuk secara perlahan			
34	Rendahkan posisi jarum sejajar kulit dan teruskan jarum ke dalam vena			
35	Lakukan aspirasi dengan tangan dominan menahan barel dari spuit dan tangan dominan menarik plunger			
36	Observasi adanya darah dalam spuit			
37	Jika ada darah, lepaskan torniquet dan masukkan obat perlahan – lahan			
38	Keluarkan jarum dengan sudut yang sama seperti saat dimasukkan (30 derajat), sambil melakukan penekanan dengan menggunakan kapas alkohol pada area penusukan			
39	Tutup area penusukan dengan menggunakan kassa steril yang diberi betadin			
40	Kembalikan posisi klien			
41	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan			
42	Buka sarung tangan			
<b><i>Fase terminasi</i></b>				
43	Tanyakan respon pasien			
44	Evaluasi respon klien			
45	Mengakhiri kegiatan dan memberi salam			
46	Cuci tangan			
47	Pencatatan kegiatan dan melaporkan hasil tindakan			
<b><i>Soft skills</i></b>				

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
48	Empati			
49	Teliti			
50	Hati-hati			
51	Menunjukkan perilaku professional			
52	Pakaian rapi dan tertib sesuai tata tertib			

\* Keterangan : Tidak = 0 Ya = 1

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah keseluruhan poin yang dinilai}} \times 100$$

Pembimbing/Penguji

(.....)

## PEMBERIAN OBAT MELALUI PER-REKTAL

### Pengertian

Memberikan obat ke dalam rektum dalam bentuk supositoria

### Tujuan

Memperoleh efek pengobatan secara loka maupun sistemik. Melunakan feces sehingga mudah untuk dikeluarkan

### Prinsip pemberian obat

1. benar obat
2. benar pasien
3. benar dosis
4. benar rute/cara
5. benar waktu
6. benar dokumentasi





Gambar 3.21 Obat supositoria dan posisi sims  
 Sumber: <https://www.google.depositphotos.com> &  
<https://dlscrib.com/download/sop-supositoria/>

**PROSEDUR OPERASIONAL BAKU  
 PEMBERIAN OBAT PER-RECTAL**

Nama Mahasiswa :  
 Kelas :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
<b><i>Fase Preinteraksi</i></b>				
	Persiapan Alat dan bahan			
1	Sarung tangan			
2	Bak instrumen			
3	Persiapkan diri			
4	Masker			
5	Tempat sampah kering			
6	Obat (upositoria dalam tempatnya			
7	Baki beralas			

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
8	Bengkok			
9	Kain kasa			
10	Vaseline*pelican*pelumas			
11	Kertas tisu			
12	Larutan clorin 0,5%			
<b>Fase Orientasi</b>				
13	Ucapkan salam dan perkenalkan diri			
14	Klarifikasi nama dan umur pasien atau nama dan alamat pasien			
15	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga			
16	Kontrak waktu lama tindakan			
<b>Fase Kerja</b>				
17	Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dengan 6 langkah hingga bersih lalu lepas seluruh perhiasan dan keringkan dengan handuk			
18	Baca Basmallah			
19	Jelaskan prosedur yang akan dilakukan			
20	Gunakan sarung tangan bersih			
21	Atur posisi pasien dalam posisi. Buka pakian bawah pasien terlebih dahulu lalu baringkan pasien miring kearah kiri dan kaki kanan ditekuk.			
22	Pasang perlak dan alasnya tepat dibawah bokong agar kotorannya tidak jatuh ketempat tidur			
23	Buka pembungkus suppositoria lalu robek pembungkus pada bagian yang telah diberi tanda dan jari jangan sampai memegang suppositoria			
24	Ambil obat suppositoria dengan kassa. Buka pembungkus dengan tangan kiri(seperti membuka kulit pisang)kemudian ambil suppositoria dengan tangan kanan menggunakan kain kassa.			

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
25	Keluarkan dulu isi pelicin kemudian oleskan pada ujung telunjuk kanan dan ujung suppositoria dengan pelicin tanpa menyentuh ujung botol pelicin			
26	Buka bokong sekitar anus agar lubang anus terlihat jelas. Gunakan ibu jari dan jari telunjuk tangan kanan/tangan dominan			
27	Masukkan suppositoria kedalam anus kurang lebih 7-8cm. Anjurkan pasien bernafas melalui mulut agar spring terani rileks kemudian masukkan suppositoria secara perlahan-lahan kedalam anus lalu dorong dengan jari telunjuk tangan kanan sampai melewati spring terani intern			
28	Baca Hamdalah setelah kegiatan selesai			
29	Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan handrub)			
<b>Fase terminasi</b>				
30	Simpulkan hasil kegiatan			
31	Evaluasi respon pasien			
32	Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan pasien			
33	Doakan kesembuhan pasien			
34	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya			
35	Akhiri kegiatan dengan cara memberi salam			
36	Dokumentasi			
37	Nama dan umur atau nama dan alamat klien			
38	Diagnosis keperawatan			
39	Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan			
40	Tanggal dan jam pelaksanaan			
41	Nama dan tanda tangan ners			
<b>Soft skills</b>				
42	Empati			

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
43	Teliti			
44	Hati-hati			
45	Menunjukkan perilaku profesional			
46	Pakaian rapi dan tertib sesuai tata tertib			

\* Keterangan : Tidak = 0      Ya = 1

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Jumlah nilai yang didapat}}{\text{Jumlah keseluruhan poin yang dinilai}} \times 100$$

Pembimbing/Penguji

(.....)

## 8. MATERI : PEMASANGAN INFUS

---

Capaian pembelajaran mata kuliah

Setelah pembelajaran mahasiswa diharapkan mampu memahami konsep pemasangan infus dan menerapkan pemasangan infus pada perawatan di rumah

Sub capaian pembelajaran mata kuliah

Setelah pembelajaran mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan pengertian pemasangan infus
2. Menjelaskan tujuan pemasangan infus
3. Menjelaskan indikasi pemasangan infus
4. Menjelaskan kontraindikasi pemasangan infus
5. Menerapkan pemasangan infus di rumah

### Pengertian :

Pemasangan infus adalah salah satu cara atau bagian dari pengobatan untuk memasukkan obat atau vitamin ke dalam tubuh pasien (Darmawan, 2008). Sedangkan menurut Lukman (2007), terapi intravena adalah memasukkan jarum atau kanula ke dalam vena (pembuluh balik) untuk dilewati cairan infus /

pengobatan, dengan tujuan agar sejumlah cairan atau obat dapat masuk ke dalam tubuh melalui vena dalam jangka waktu tertentu.

Memasang infus adalah pemasangan infus untuk memberikan cairan atau obat melalui parenteral (intravena).

**Tujuan :**

- a. Memperbaiki atau mencegah gangguan cairan dan elektrolit pada klien yang sakit akut.
- b. Mencegah ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.
- c. Memberikan akses intravena pada pemberian terapi intermitten atau emergensi

**Indikasi Pemasangan Infus**

Secara garis besar, indikasi pemasangan infus terdiri dari 4 situasi yaitu ; Kebutuhan pemberian obat intravena, hidrasi intravena, transfusi darah atau komponen darah dan situasi lain di mana akses langsung ke aliran darah diperlukan. Sebagai contoh :

- a. Kondisi emergency (misalnya ketika tindakan RJP), yg memungkinkan untuk pemberian obat secara langsung ke dalam pembuluh darah Intra Vena
- b. Untuk dapat memberikan respon yg cepat terhadap pemberian obat (seperti furosemid, digoxin)
- c. Pasien yg mendapat terapi obat dalam jumlah dosis besar secara terus-menerus melalui pembuluh darah Intra vena
- d. Pasien yg membutuhkan pencegahan gangguan cairan & elektrolit
- e. Untuk menurunkan ketidaknyamanan pasien dengan mengurangi kepentingan dgn injeksi intramuskuler.
- f. Pasien yg mendapatkan tranfusi darah
- g. Upaya profilaksis (tindakan pencegahan) sebelum prosedur (contohnya pada operasi besar dengan risiko perdarahan, dipasang jalur infus intravena untuk persiapan seandainya berlangsung syok, juga untuk memudahkan pemberian obat)
- h. Upaya profilaksis pada pasien-pasien yg tidak stabil, contohnya syok (meneror nyawa) & risiko dehidrasi (kekurangan cairan), sebelum pembuluh darah kolaps (tak teraba), maka tak mampu dipasang pemasangan infus.

**Kontraindikasi Pemasangan Infus**

Kontraindikasi relatif pada pemasangan infus, karena ada berbagai situasi dan keadaan yang mempengaruhinya. Namun secara umum, pemasangan infus tidak boleh dilakukan jika ;

- a. Terdapat inflamasi (bengkak, nyeri, demam), flebitis, sklerosis vena, luka bakar dan infeksi di area yang hendak di pasang infus.
- b. Pemasangan infus di daerah lengan bawah pada pasien gagal ginjal, terutama pada pasien-pasien yang mempunyai penyakit ginjal karena lokasi ini dapat digunakan untuk pemasangan fistula arteri-vena (A-V shunt) pada tindakan hemodialisis (cuci darah).
- c. Obat-obatan yg berpotensi iritan pada pembuluh vena kecil yg aliran darahnya lambat (contohnya pembuluh vena di tungkai & kaki).

**Peralataan :**

- a. Cairan infus sesuai program
- b. Jarum / kateter intravena / abbocath (ukuran bervariasi)
- c. Set infus (selang mikrodrip untuk bayi dan anak dengan tetesan 60 tetes/ml, dewasa selang makrodrip dengan tetesan 15 tetes/ml atau 20 tetes/ml)
- d. Selang ekstension.
- e. Alkohol atau povidone-iodine swabs atau sticks.
- f. Handschoondisposibel.
- g. Tourniquet.
- h. Spalk untuk tangan
- i. Kasa dan povidone-iodine salep atau cairan
- j. Plester/hipavik
- k. Perlak dan pengalas
- l. Bengkok
- m. Tiang infus

**Tahapan Tindakan :**

**1. Tahap pra interaksi :**

- a. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
- b. Cuci tangan
- c. Siapkan alat

**2. Tahap orientasi :**

- a. Beri salam, panggil klien dengan namanya
- b. Jelaskan tujuan dan prosedur Tindakan
- c. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya

**3. Tahap kerja :**

- a. Anjurkan pasien memakai baju yang mudah untuk masuk dan keluaranya lengan.

- b. Buka set steril dengan teknik aseptik.
- c. Cek cairan dengan menggunakan prinsip 6 benar dalam pemberian obat.
- d. Buka set infus, letakkan klem 2-4 cm di bawah tabung drip dalam keadaan off / terkunci.
- e. Buka tutup botol, lakukan desinfeksi tutup botol cairan, dan tusukkan set infus ke botol / kantong cairan dengan benar.
- f. Gantungkan botol cairan infus pada tiang infus, isi tabung drip infus  $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$  penuh.
- g. Buka penutup jarum dan buka klem untuk mengalirkan cairan sampai ke ujung jarum hingga tidak ada udara dalam selang, klem kembali, dan tutup kembali jarum.
- h. Pilih jarum intravena / abocath.
- i. Atur posisi pasien dan pilih vena.
- j. Pasang perlek dan pengalas
- k. Bebaskan daerah yang akan diinsersi, letakkan tourniquet 10-15cm proksimal tempat insersi.
- l. Pakai handschoon
- m. Bersihkan kulit dengan kapas alkohol (melingkar dari dalam ke luar).
- n. Pertahankan vena pada posisi stabil
- o. Pegang IV kateter (abocath) dengan sudut 20-30°, tusuk vena dengan lubang jarum menghadap ke atas, dan pastikan IV kateter masuk intavenadengan tanda darah masuk ke abocath, kemudian tarik mandrin  $\pm 0.5$  cm
- p. Masukkan IV kateter secara perlahan, tarik mandrin, dan sambungkan IV kateter dengan selang infus
- q. Lepas tourniquet, kemudian alirkan cairan infus
- r. Lakukan fiksasi IV kateter, kemudian beri desinfektan daerah tusukan dan tutup dengan kasa
- s. Atur tetesan sesuai program
- t. Lepaskan sarung tangan

#### 4. Tahap terminasi :

- a. Evaluasi hasil / respon klien
- b. Dokumentasikan hasilnya
- c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- d. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
- e. Cuci tangan

## 9. MATERI : RENTANG GERAK (Range Of Motion)

---

Capaian pembelajaran mata kuliah:

Setelah pembelajaran mahasiswa mampu memahami konsep dan praktik rentang gerak

Sub capaian pembelajaran mata kuliah :

Setelah pembelajaran mahasiswa mampu

1. menjelaskan pengertian rentang gerak
2. menjelaskan tujuan rentang gerak
3. menjelaskan jenis rentang gerak
4. menjelaskan indikasi rentang gerak
5. menjelaskan kontraindikasi rentang gerak
6. menjelaskan prinsip dasar rentang gerak
7. menjelaskan durasi latihan
8. mempraktekan gerakan rentang gerak

### **Pengertian**

Rentang gerak atau ROM merupakan latihan gerak sendi untuk meminimalkan kecacatan setelah serangan stroke yang dapat dilakukan secara mandiri maupun dibantu oleh orang lain.

Range of Motion adalah gerakan yang dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan (Suratun,2008).

Range of motion merupakan suatu aktivitas fisik yang dilakukan secara terus menerus untuk meningkatkan kesehatan dan mempertahankan kesehatan jasmani (Murtaqib 2013).

Range of motion adalah latihan yang dapat menimbulkan rangsangan aktivitas kimiawi neuromuskuler dan muskuler. Rangsangan melalui neuromuskuler akan meningkatkan rangsangan pada serat syaraf otot ekstremitas terutama syaraf parasimpatis yang merangsang produksi asetilcholin, sehingga mengakibatkan kontraksi (Safa, 2013).

### **Tujuan ROM**

Menurut (Yudha 2014): Mempertahankan atau memelihara fleksibilitas dan kekuatan otot. Memelihara mobilitas persendian. Mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur. Menurut Murtaqib (2013) tujuan ROM adalah untuk menurunkan tekanan darah, memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi dan meningkatkan masa otot.



## **Jenis ROM**

Menurut Mangusan (2010) ROM terbagi menjadi beberapa jenis, yaitu:

1. Latihan ROM aktif: Latihan ROM aktif merupakan semua pergerakan yang dilakukan oleh pasien sendiri. Pada latihan ROM aktif ini pasien dapat berlatih secara manual tanpa bantuan terapis.
2. Latihan ROM aktif dengan pendampingan (active-assisted): merupakan latihan yang tetap dilakukan oleh pasien sendiri dan di dampingi oleh terapis. Peran terapis dalam latihan ini adalah memberikan bantuan kepada pasien untuk mencapai gerakan ROM yang diinginkan. Misalnya ketika pasien menggerakkan tungkai namun tidak mencapai hasil yang maksimal dikarenakan oleh kelemahan ataupun nyeri. Latihan ini dilakukan perlahan-lahan untuk meningkatkan kekuatan otot pasien secara spesifik.
3. Latihan ROM pasif: latihan ROM pasif dilakukan oleh perawat atau terapis. Jenis latihan ini tidak menggunakan gerakan aktif dari pasien.

## **Indikasi ROM**

Menurut Padhila (2013) dalam Ariani (2013) indikasi dari dilakukannya ROM adalah:

1. Pasien stroke atau penurunan kesadaran.
2. Kelamahan otot.
3. Tahap rehabilitasi fisik.
4. Pasien dengan tirah baring lama

## **Kontraindikasi ROM**

Menurut Padhila (2013) dalam Ariani (2013) adalah:

1. Kelainan sendi atau tulang.
2. Pasien tahap imobilisasi karena penyakit jantung.
3. Sendi yang terinfeksi.
4. Pasien dengan hypermobility

## **Prinsip dasar ROM**

1. ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari
2. ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien.
3. Dalam merencanakan program latihan ROM, perhatikan umur pasien, diagnosis, tanda vital, dan lamanya tirah baring.
4. ROM sering diprogramkan oleh dokter dan dikerjakan oleh ahli fisioterapi.
5. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan ROM adalah leher jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki.
6. ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit.

7. Melakukan ROM harus sesuai waktunya, misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan (Suratun, 2008).

### Durasi latihan

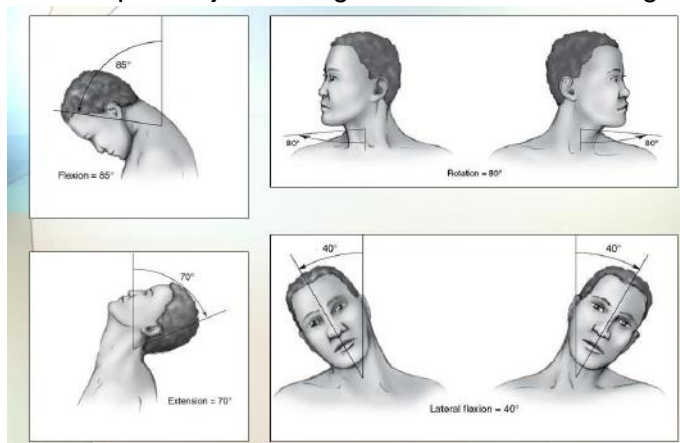
Dosis dan intensitas latihan ROM yang dianjurkan dan menunjukkan hasil cukup beragam. Menurut teori tidak disebutkan secara spesifik mengenai dosis dan intensitas latihan ROM tersebut, namun dari berbagai hasil penelitian tentang manfaat latihan ROM dapat dijadikan sebagai rujukan dalam menerapkan latihan ROM sebagai salah satu intervensi. Sukmaningrum (2012) dalam penelitiannya yaitu Efektivitas Range Of Motion (ROM) Aktif-Asistif: *Spherical Grip* Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke menyebutkan bahwa dosis terapi latihan yang baik adalah latihan yang tidak melelahkan, durasi tidak terlalu lama (umumnya sekitar 45 sampai 60 menit) namun dengan pengulangan sesering mungkin.

### Gerakan-gerakan ROM

Menurut Padhila (2013) dalam Ariani (2013) adalah:

*Leher, spina, servical*

1. Fleksi: menggerakkan dagu menempel ke dada dengan rentang 45°
2. Ekstensi: mengembalikan kepala ke posisi tegak, dengan rentang 45°
3. Hiperekstensi: menekuk kepala ke belakang sejauh mungkin dengan rentang 40-45°
4. Fleksi lateral: memiringkan kepala sejauh mungkin ke arah setiap bahu dengan rentang 40-45°
5. Rotasi: memutar kepala sejauh mungkin secara sirkuler dengan rentang 180°

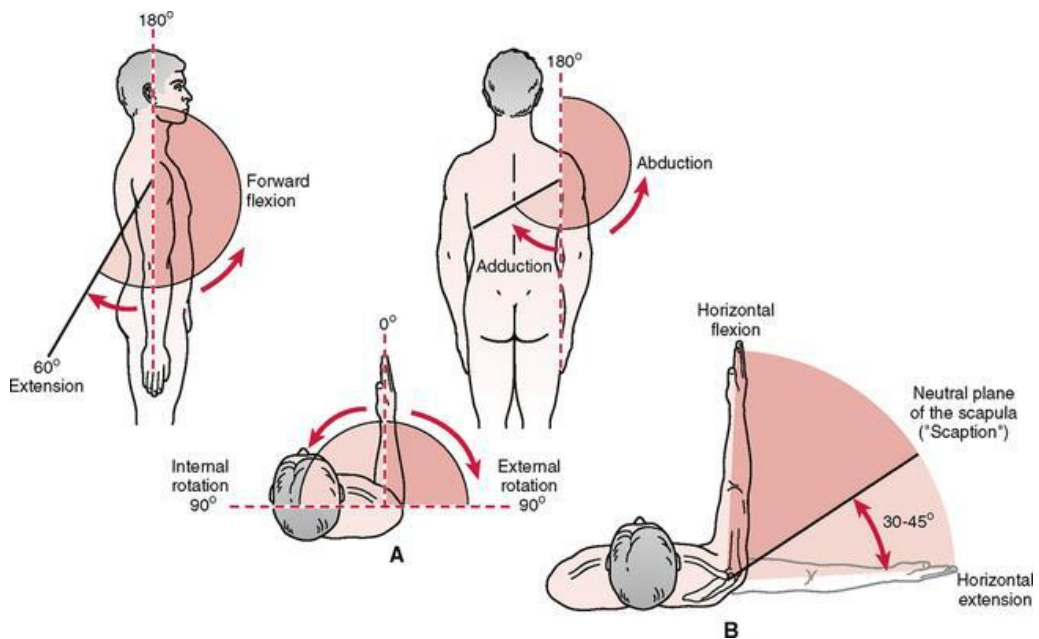


Gambar 3.22 Rentang gerak pada leher dan cervical

Sumber: <https://slideplayer.com/slide/8943995/>

## Bahu

1. Fleksi: memainkan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi di atas kepala, rentang  $180^\circ$
2. Ekstensi: mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh, rentang  $180^\circ$
3. Hiperekstensi: menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus, rentang  $45-60^\circ$
4. Abduksi: menaikkan lengan ke posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala, rentang  $180^\circ$
5. Adduksi: menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin, rentang  $320^\circ$
6. Rotasi dalam: dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan tangan sampai ke ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang, rentang  $90^\circ$
7. Sirkumduksi: menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh, rentang  $360^\circ$



Gambar 3.23 Rentang gerak pada bahu

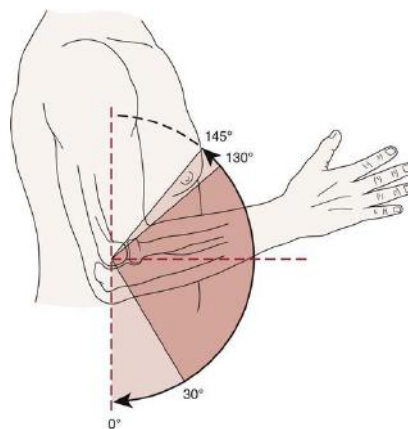
Sumber : <https://www.google.com/adhesive-capsulitis-myotherapy>



Gambar 3.24 Latihan ROM pasien dengan Stroke  
 Sumber: *Laporan Asuhan Keperawatan Mahasiswa Akper Pemprov Kaltim*

*Siku*

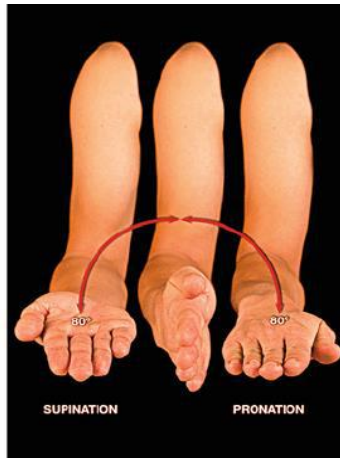
1. Fleksi: menggerakkan siku sehingga lengan bahu bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar bahu, rentang 150°
2. Ekstensi: meluruskan siku dengan menurunkan tangan rentang 150°



Gambar 3.25 Rentang gerak siku  
 Sumber: <https://www.google.com/musculoskeletalkey.com%2Felbow>

### Lengan bawah

1. Spinasi: memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas, rentang 70-90°
2. Pronasi: memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah, rentang 70-90°

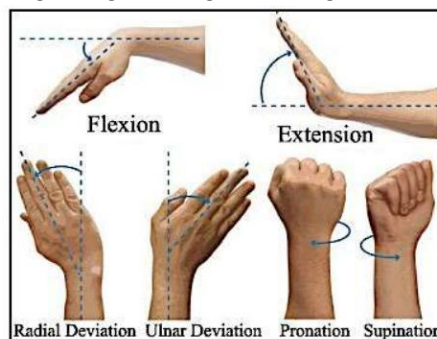


Gambar 3.26 Rentang gerak supinasi dan pronasi

Sumber: <https://www.google.com/researchgate.Range-of-motion-of-the-elbow-joint>

### Pergelangan tangan

1. Fleksi: menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah, rentang 80-90°
2. Ekstensi: menggerakkan jari-jari tangan sehingga jari-jari, tangan, lengan bawah berada didalam arah yang sama, rentang 80-90°
3. Hiperekstensi: membawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh mungkin, rentang 89-90°
4. Abduksi: menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari, rentang 30°
5. Adduksi: menekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari, rentang 30°

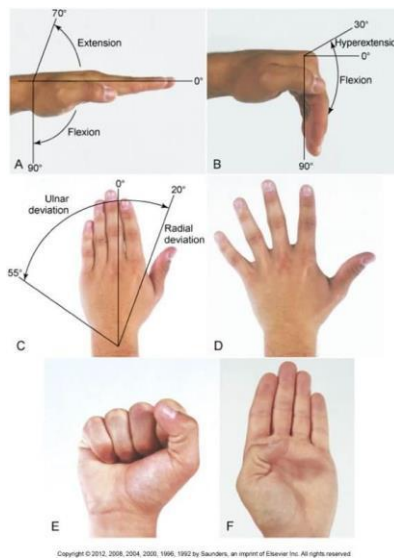


Gambar 3.27 Rentang gerak pergelangan tangan

Sumber : <https://mobilephysiotherapyclinic.net/wrist-joint/>

### *Jari-jari tangan*

1. Fleksi: membuat genggam, rentang 90°
2. Ekstensi: meluruskan jari tangan, rentang 90°
3. Hiperekstensi: meggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin rentang 30-60°
4. Abduksi: meregangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain, rentang 30°
5. Adduksi: merapatkan kembali jari-jari tangan, rentang 30°



Gambar 3.28 Rentang gerak jari tangan

Sumber: <https://www.pinterest.com/pin/334533078543567020/>

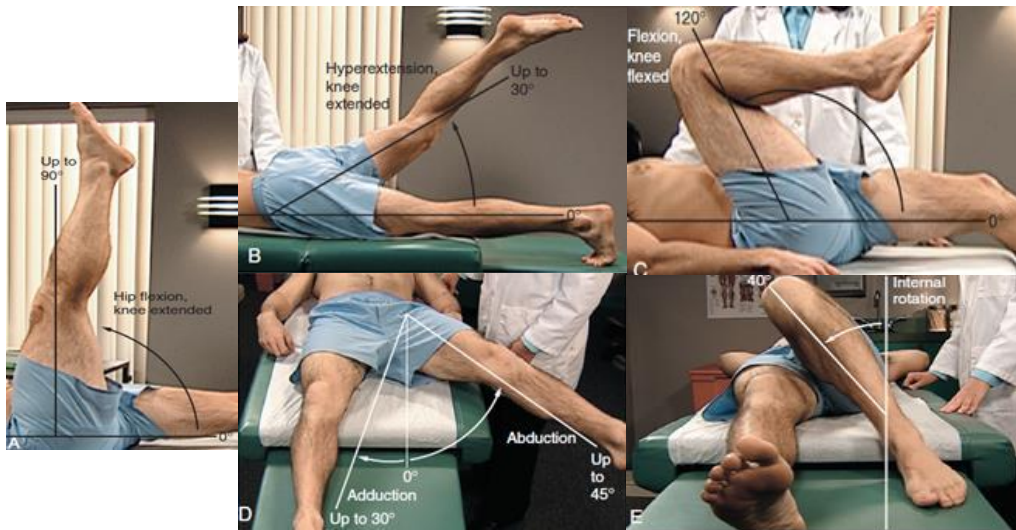
### *Ibu jari*

1. Fleksi: menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan, rentang 90°
2. Ekstensi: menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan, rentang 90°
3. Abduksi: menjauhkan ibu jari ke samping, rentang 30°
4. Adduksi: menggerakkan ibu jari ke depan tangan, rentang 30°
5. Oposisi: menyentuhkan ibu jari ke setiap jari tangan pada tangan yang sama.

### *Pinggul*

1. Fleksi: menggerakkan tungkai de depan dan ke atas, rentang 90-120°
2. Ekstensi: menggerakkan kembali ke samping tungkai yang lain, rentang 90-120°
3. Hiperekstensi: menggerakksan tungkai ke belakang tubuh, rentang 30-50°
4. Abduksi: menggerakkan tungkai ke samping menjauhi tubuh, rentang 30-50°

5. Adduksi: menggerakkan tungkai kembali ke posisi media dan melebihi jika mungkin, rentang 30-50°
6. Rotasi dalam: memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain, rentang 90°
7. Rotasi luar: memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain, rentang 90°
8. Sirkumduksi: menggerakkan tungkai melingkar



Gambar 3.29 Rentang gerak pinggul dan lutut

Sumber: <https://hendrianchaniago.com/2019/01/20/pengukuran-gerak-sendi-tubuh-manusia-range-of-motion/>



Gambar 3.30 Rentang gerak lutut

Sumber: <https://hendrianchaniago.com/2019/01/20/pengukuran-gerak-sendi-tubuh-manusia-range-of-motion/>

### Lutut

1. Fleksi: menggerakkan tumit ke arah belakang paha, rentang 120-130°
2. Ekstensi: mengembalikan tungkai ke lantai, rentang 120-130°

### Mata kaki

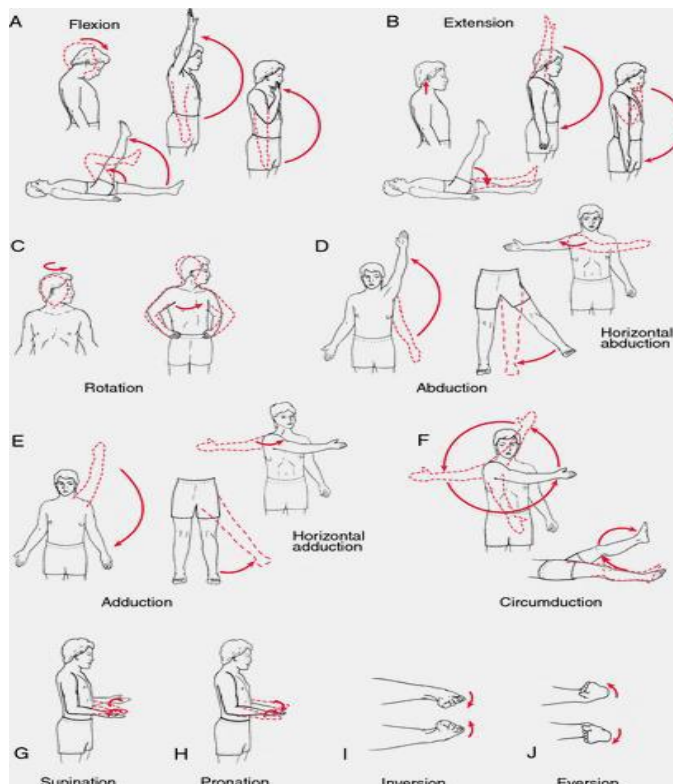
1. Dorsofleksi: menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke atas, rentang 20-30°
2. Plantarfleksi: menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke bawah, rentang 45-50°

### Kaki

1. Inverse: memutar telapak kaki ke damping dalam, rentang 10°
2. Eversi: memutar telapak kaki ke samping luar, rentang 10°

### Jari-jari kaki

1. Fleksi: menekuk jari-jari kaki ke bawah, rentang 30-60°
2. Ekstensi: meluruskan jari-jari kaki, rentang 30-60°
3. Abduksi: menggerakkan jari-jari kaki satu dengan yang lain, rentang 15°
4. Adduksi: merapatkan kembali bersama-sama, rentang 15°



Gambar 3.31 Ilustrasi latihan *Range of Motion*

Sumber: [medicaldictionary.thefreedictionary.com/angle+of+motion+exercise](http://medicaldictionary.thefreedictionary.com/angle+of+motion+exercise)



## **10. MATERI : PENGGUNAAN APD DALAM PENCEGAHAN COVID-19 BAGI TENAGA KESEHATAN**

---

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah :

Setelah menyelesaikan pembelajaran ini mahasiswa diharapkan mampu melakukan teknik penggunaan alat pelindung diri (APD) selama melakukan perawatan pada pasien

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah :

1. Mampu menjelaskan pengertian dari macam-macam alat pelindung diri (APD)
2. Mampu memahamiii alat-alat yang di gunakan dalam penggunaan alat pelindung diri (APD)
3. Mampu melakukan prosedur pelaksanaan penggunaan alat pelindung diri (Masker Bedah)
4. Mampu melakukan prosedur pelaksanaan penggunaan alat pelindung diri (Masker N95)
5. Mampu melakukan prosedur pelaksanaan penggunaan alat pelindung diri (Gown/Gaun)
6. Mampu melakukan prosedur pelaksanaan penggunaan alat pelindung diri (Pelindung Mata)
7. Mampu melakukan prosedur pelaksanaan penggunaan alat pelindung diri (Pelindung Wajah)
8. Mampu melakukan prosedur pelaksanaan penggunaan alat pelindung diri (Sarung Tangan)

### **Pengertian Penggunaan APD:**

Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pengguna dari cedera atau penyebaran infeksi atau penyakit (Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI, 2020)

Apabila digunakan dengan benar, APD bertindak sebagai penghalang antara bahan infeksius (misalnya virus dan bakteri) dan kulit, mulut, hidung, atau mata (selaput lendir) tenaga kesehatan dan pasien (WHO, 2020)

### **Tujuan :**

Memberikan acuan penggunaan APD dalam melakukan perawatan pada pasien Covid-19

### **Indikasi Penggunaan APD**

1. Alat pelindung diri digunakan oleh orang yang beresiko terpapar dengan pasien atau material infeksius
2. Dinamika transmisi ( transmisi melalui droplet dan transmisi airborne)

Secara garis besar, penggunaan APD bertindak sebagai penghalang antara bahan infeksius (misalnya virus dan bakteri) dan kulit, mulut, hidung, atau mata (selaput lendir) tenaga kesehatan dan pasien.

Dimana prinsip yang harus dipenuhi dalam menggunakan APD:

1. Harus dapat memberikan perlindungan terhadap bahaya yang spesifik atau bahaya-bahaya yang di hadapi (percikan, kontak langsung maupun tidak langsung)
2. APD yang digunakan tidak menyebabkan rasa ketidaknyamanan yang berlebihan
3. Dapat dipakai secara fleksibel oleh tenaga kesehatan
4. Tidak menyebabkan bahaya saat menggunakan
5. Memenuhi standard yang telah ditetapkan
6. Tidak membatasi pergerakan saat digunakan

Tingkat  
**1**

# Rekomendasi APD Bagi Tenaga Medis dan Paramedis Berdasarkan Tingkat Perlindungan

Untuk Penanganan COVID-19



Designed by: Natasha Mayandra, S.Ds

Kelompok	Lokasi / Cakupan
<b>Tenaga Medis dan Paramedis</b> Dokter, Perawat dan Supir ambulans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempat Praktik Umum dan kegiatan yang tidak menimbulkan aerosol</li> <li>- Triase pra-pemeriksaan, bagian rawat jalan umum</li> <li>- Supir ambulans yang mengantarkan pasien, tidak kontak langsung, kabin terpisah</li> </ul>



COVID-19 Hotline 119 ext 9  
[www.covid19.go.id](http://www.covid19.go.id)

Virus Corona  
COVID-19

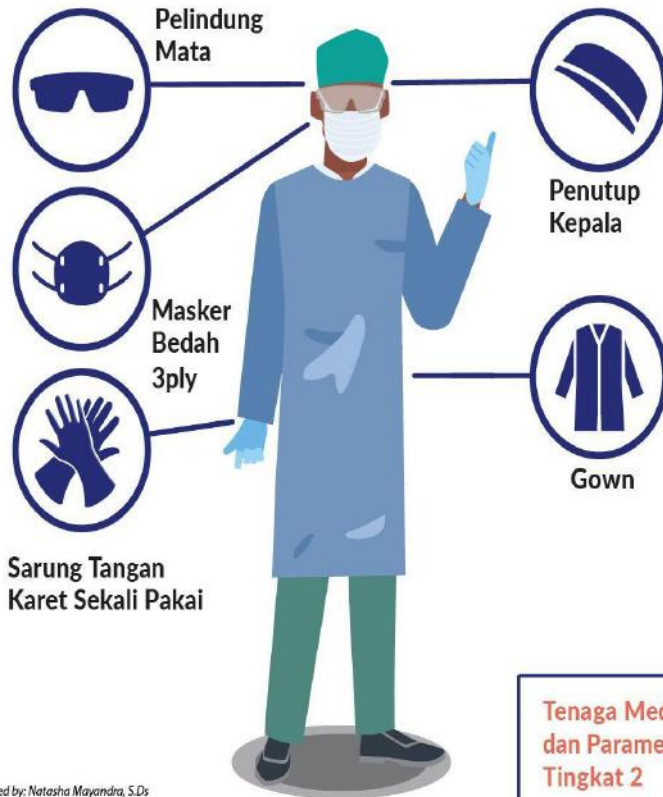
Lindungi Diri  
Lindungi Sesama

Gambar 3.32 APD tingkat 1  
Sumber: <https://covid19.go.id/>

Tingkat  
**2**

# Rekomendasi APD Bagi Tenaga Medis dan Paramedis Berdasarkan Tingkat Perlindungan

Untuk Penanganan COVID-19



Designed by: Natasha Mayandra, S.Ds

Kelompok	Lokasi / Cakupan
<b>Tenaga Medis dan Paramedis</b> Dokter, Perawat, Radiografer, Farmasi, Laboran, Supir ambulans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemeriksaan pasien dengan gejala Infeksi pernafasan</li> <li>- Pengambilan sampel nonpernapasan yang tidak menimbulkan aerosol</li> <li>- Ruang perawatan pasien COVID-19</li> <li>- Pemeriksaan pencitraan pada ODP, PDP atau konfirmasi COVID-19 (gown diganti jas lab farmasi)</li> <li>- Tenaga medis yang mengantar pasien ODP dan PDP COVID-19</li> <li>- Supir ambulans yang membantu menaikkan dan menurunkan ODP dan PDP</li> <li>- Petugas farmasi pada bagian rawat jalan (gown diganti jas lab farmasi)</li> </ul>



COVID-19 Hotline 119 ext 9  
[www.covid19.go.id](http://www.covid19.go.id)

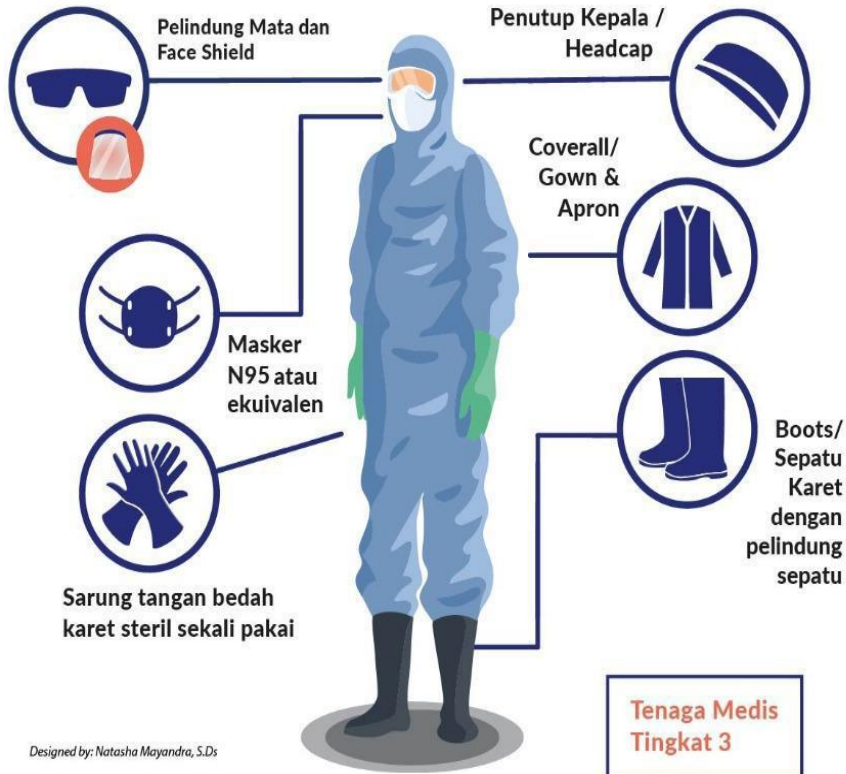
Virus Corona COVID-19  
 Lindungi Diri  
 Lindungi Sesama

Gambar 3.33 APD tingkat 2  
 Sumber: <https://covid19.go.id/>

Tingkat  
**3**

## Rekomendasi APD Bagi Tenaga Medis Berdasarkan Tingkat Perlindungan

Untuk Penanganan COVID-19



Designed by: Natasha Mayandra, S.Ds

Kelompok	Lokasi / Cakupan
<b>Tenaga Medis</b> Dokter, Perawat Dokter Gigi, Perawat Gigi, Laboran	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruang prosedur dan tindakan operasi pada pasien ODP, PDP atau konfirmasi COVID-19</li> <li>- Kegiatan yang menimbulkan aerosol (intubasi, ekstubasi, trakeotomi, resusitasi jantung paru, bronkoskopi, pemasangan NGT, endoskopi gastrointestinal) pada pasien ODP, PDP atau konfirmasi COVID-19</li> <li>- Pemeriksaan gigi mulut, mata dan THT</li> <li>- Ruang prosedur dan tindakan otopsi pasien ODP dan PDP atau konfirmasi COVID-19</li> <li>- Pengambilan sample pernapasan (swab nasofaring dan orofaring)</li> </ul>



COVID-19 Hotline 119 ext 9  
[www.covid19.go.id](http://www.covid19.go.id)

Virus Corona  
COVID-19

Lindungi Diri  
Lindungi Sesama

Gambar 3.34 APD tingkat 3  
Sumber: <https://covid19.go.id/>

## Penggunaan Masker Bedah

Masker bedah terdiri dari 3 lapisan material dari bahan non woven (tidak di jahit), loose - fitting dan sekali pakai untuk menciptakan penghalang fisik antara mulut dan hidung pengguna dengan kontaminan potensial di lingkungan terdekat sehingga efektif untuk memblokir percikan (*droplet*) dan tetesan dalam partikel besar (FDA, 2020) serta efektif dalam mencegah penyakit menular (Chua et al., 2020).

### Tujuan :

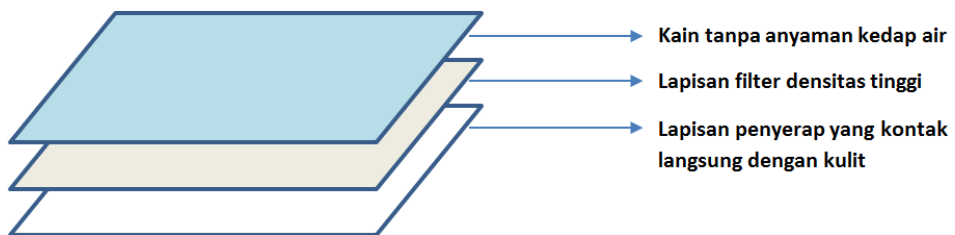
Mencegah terjadinya penularan melalui percikan air liur (*droplet*)

### Indikasi :

1. Alat pelindung diri digunakan oleh orang yang beresiko terpapar dengan pasien atau material infeksius
2. Dinamika transmisi melalui *droplet*

### Peralatan :

Masker bedah sesuai dengan rekomendasi



Gambar 3.35 Masker bedah

Sumber: <https://covid19.go.id/>

## **Tahapan Tindakan :**

### **1. Tahap pra interaksi :**

- d. Identifikasi kebutuhan
- e. Siapkan alat (masker bedah)
- f. Cek masker dalam keadaan baik dan tidak rusak
- g. Cuci tangan

### **2. Tahap kerja : (Berman et al., 2002)**

- a. Pilih masker sesuai dengan ukuran pengguna
- b. Temukan tepi atas masker. Terdapat sepotong logam tipis (metal strip)
- c. Tahan posisi masker dengan memegang dua tali di atas atau rangkaian tali
- d. Tepatkan tepi atas masker diatas batang hidung, dan ikat tali atas di belakang kepala atau Ikat tali masker secara silang, yaitu tali bagian bawah kea rah atas dan tali bagian atas kea rah bawah atau pasang rangkaian tali ditelinga..
- e. Strip logam masker menutupi batang hidung dan pastikan batang hidung, mulut dan dagu tertutup dengan masker
- f. Pastikan masker terpasang secara tepat (tidak longgar) dan nyaman bagi pengguna.

## **Penggunaan Masker N95**

Masker N95 terbuat dari polyurethane dan polypropylene adalah alat pelindung pernapasan yang dirancang dengan segel ketat di sekitar hidung dan mulut untuk menyaring hampir 95 % partikel yang lebih kecil < 0,3 mikron. Masker ini dapat menurunkan paparan terhadap kontaminasi melalui airborne. (FDA, 2020). Penggunaan masker N95 melindungi dari infeksi saluran pernafasan akut (Smith et al., 2016)

### **Tujuan :**

Mencegah terjadinya penularan melalui *airborne*

### **Indikasi :**

- a. Alat pelindung diri digunakan oleh orang yang beresiko terpapar dengan pasien atau material infeksius
- b. Dinamika transmisi melauai *airborne*

### **Peralataan :**

Masker N 95 sesuai dengan rekomendasi



Gambar 3.36 Masker N95

Sumber: <https://covid19.go.id/p/protokol/rekomendasi-standar-penggunaan-apd-untuk-penanganan-covid-19-di-indonesia-revisi-1>

## Tahapan Tindakan :

### 1. Tahap pra interaksi :

- a. Identifikasi kebutuhan
- b. Siapkan alat (Masker N 95)
- c. Cek masker dalam keadaan baik dan tidak rusak
- d. Cuci tangan

### 2. Tahap kerja :

- a. Pilih masker sesuai dengan ukuran pengguna
- b. Pegang badan masker bagian luar dengan salah satu tangan
- c. Letakkan masker menutupi hidung dan mulut pada posisi yang tepat
- d. Tangan yang tidak memegang masker, menarik tali karet pengikat masker bagian bawah ke arah depan wajah lalu melewati atas kepala, kemudian diposisikan di belakang kepala dekat pangkal leher
- e. Memposisikan tali pengikat karet bagian atas, menarik ke arah depan wajah, lalu melewati atas kepala, dan diposisikan di belakang kepala, kira-kira 5 cm di atas tali sebelumnya
- f. Rapatkan logam bagian atas masker dengan kedua tangan mengikuti bentuk hidung dan selkitarnya
- g. Pastikan masker terpasang secara tepat (tidak longgar) dan nyaman bagi pengguna



### **Penggunaan Gown/Gaun dan penutup kepala**

Gaun adalah pelindung tubuh dari pajanan melalui kontak atau droplet dengan cairan dan zat padat yang infeksius untuk melindungi lengan dan area tubuh tenaga kesehatan selama prosedur dan kegiatan perawatan pasien (FDA, 2020). Gaun umumnya dipakai sebagai bagian dari penggunaan APD (Khunti et al., 2020)

#### **Tujuan :**

Mencegah terjadinya penularan melalui kontak atau *droplet* dengan cairan dan zat padat yang infeksius.

#### **Indikasi :**

Alat pelindung diri digunakan oleh orang yang beresiko terpapar dengan pasien atau material infeksius

#### **Peralataan :**

Gaun sesuai dengan rekomendasi



Gambar 3.37 *skul cap*(kiri) dan *bouffant cap*(kanan)

Sumber: <https://covid19.go.id/p/protokol/rekomendasi-standar-penggunaan-apd-untuk-penanganan-covid-19-di-indonesia-revisi-1>



Gambar 3.38 Gaun bedah

Sumber: <https://covid19.go.id/p/protokol/rekomendasi-standar-penggunaan-apd-untuk-penanganan-covid-19-di-indonesia-revisi-1>



Gambar 3.39 Gaun coverall

Sumber: <https://covid19.go.id/p/protokol/rekomendasi-standar-penggunaan-apd-untuk-penanganan-covid-19-di-indonesia-revisi-1>

## **Tahapan Tindakan :**

### **1. Tahap pra interaksi :**

- a. Identifikasi kebutuhan
- b. Siapkan alat (Gaun)
- c. Cek gaun dalam keadaan baik dan tidak rusak
- d. Cuci tangan

### **2. Tahap kerja : (Berman et al., 2002)**

- a. Pilih gaun sesuai dengan ukuran pengguna
- b. Ambil gaun bersih dan bentangkan di depan tanpa menyentuh area yang tercemar dengan substansi tubuh
- c. Letakkan bagian yang terbuka di belakang badan
- d. Pakai gaun bersih yang menutupi badan dengan baik dengan cara pertama memasukkan tangan dan lengan melalui lengan bajuikat tali bagian leher agar gaun terfiksasi
- e. Tumpuk bagian belakang gaun sebanyak mungkin dan ikat atau kencangkan tali ke belakang dengan baik. Pastikan tali terikat dengan baik
- f. Pastikan daerah leher dan pergelangan tangan terlindung dengan baik

## **Penggunaan Pelindung Mata (Goggles)**

Pelindung mata berbentuk seperti kaca mata yang terbuat dari plastik digunakan sebagai pelindung mata yang menutup dengan erat area sekitarnya agar terhindar dari cipratan yang dapat mengenai mukosa. Pelindung mata/goggles digunakan pada saat tertentu seperti aktifitas dimana kemungkinan risiko terciprat /tersembur, khususnya pada saat prosedur menghasilkan aerosol, kontak dekat berhadapan muka dengan muka pasien COVID-19(Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI, 2020). Dimana pelindung mata (goggles) efektif dalam mencegah penularan infeksi (Khunti et al., 2020)

### **Tujuan :**

Mencegah terjadinya penularan melalui kontak atau droplet dengan cairan dan zat padat yang infeksius.

### **Indikasi :**

Alat pelindung diri digunakan oleh orang yang beresiko terpapar dengan pasien atau material infeksius

## Peralatan :

Alat pelindung mata sesuai dengan rekomendasi



Gambar 3.40 Pelindung mata *goggles*(kiri) dan *face shield*(kanan)

Sumber: <https://covid19.go.id/p/protokol/rekomendasi-standar-penggunaan-apd-untuk-penanganan-covid-19-di-indonesia-revisi-1>

## Tahapan Tindakan :

### 1. Tahap pra interaksi :

- Identifikasi kebutuhan
- Siapkan alat pelindung mata (*goggles*)
- Cek alat pelindung mata dalam keadaan baik dan tidak rusak
- Cuci tangan

### 2. Tahap kerja : (Berman et al., 2002)

- Pilih alat pelindung mata sesuai dengan ukuran pengguna
- Pegang sisi kiri dan kanan pelindung mata (*goggles*) secara bersamaan, lalu letakkan diantara telinga
- Pasang pelindung mata (*goggles*) rapat menutupi mata
- Pakai kaca mata dan pelindung wajah dengan posisi yang nyaman
- Pastikan tidak ada celah terbuka pada saat pelindung mata terpasang.

## Penggunaan Pelindung Wajah (Face Shield)

Pelindung wajah umumnya terbuat dari plastik jernih transparan, merupakan pelindung wajah yang menutupi wajah sampai ke dagu sebagai proteksi ganda bagi tenaga kesehatan dari percikan infeksius pasien saat melakukan perawatan (Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI, 2020).

**Peralataan :**

Alat pelindung wajah sesuai dengan rekomendasi



Gambar 3.41 *Face shield*

Sumber: <https://covid19.go.id/p/protokol/rekomendasi-standar-penggunaan-apd-untuk-penanganan-covid-19-di-indonesia-revisi-1>

**Tahapan Tindakan :**

**1. Tahap pra interaksi :**

- a. Identifikasi kebutuhan
- b. Siapkan alat pelindung wajah (face shield)
- c. Cek alat pelindung wajah dalam keadaan baik dan tidak rusak
- d. Cuci tangan

**2. Tahap kerja :**

- a. Pilih alat pelindung wajah sesuai dengan ukuran pengguna
- b. Pakai pelindung wajah dengan posisi yang nyaman
- c. Pegang sisi kiri dan kanan pelindung wajah (face shield) secara bersamaan, lalu letakkan di kepala
- d. pelindung wajah (face shield) harus dipakai menutupi wajah jangan terlalu di atas.
- e. Bando pada dahi pelindung wajah (face shield) harus di posisi paling tidak  $\frac{1}{2}$  - 1 inci di atas bulu mata, dan bagian bawah pelindung tersebut harus di bawah dagu.

**Penggunaan Sarung Tangan**

Sarung tangan dapat terbuat dari bahan lateks karet, polyvinyl chloride (PVC), nitrile, polyurethane, merupakan pelindung tangan tenaga kesehatan dari kontak

cairan infeksius pasien selama melakukan perawatan pada pasien. (Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI, 2020).

Sarung tangan digunakan jika diindikasikan. Penggunaan sarung tangan tanpa indikasi dapat meningkatkan biaya dan akan meningkatkan resiko kesalahan karena berkerja dengan sarung tangan lebih sulit dibandingkan tanpa sarung tangan (Berman et al., 2002)

**Peralatan :**

Sarung tangan bersih



Gambar 3.42 Sarung tangan

Sumber: <https://www.sehatq.com/artikel/sarung-tangan-karet-belum-tentu-ampun-cegah-covid-19>

**Tahapan Tindakan :**

**1. Tahap pra interaksi :**

- a. Identifikasi kebutuhan
- b. Siapkan sarung tangan bersih sesuai dengan ukuran
- c. Cek sarung tangan dalam keadaan baik dan tidak rusak
- d. Cuci tangan

**2. Tahap kerja :**

- a. Pilih sarung tangan sesuai dengan ukuran pengguna
- b. Buka pembungkus kemasan bagian luar dengan hati-hati menyibakkannya ke samping
- c. Buka kemasan, pertahankan sarung tangan pada permukaan dalam pembungkus.
- d. Identifikasi sarung tangan kanan dan kiri.
- e. Pegang tepi sarung tangan dan masukkan jari tangan yang sesuai, pastikan ibu jari dan jari-jari lain tepat pada posisinya (sentuh hanya pada permukaan dalam sarung tangan).
- f. Tarik handscoon, lebarkan manset, pastikan manset tidak menggulung pada tangan
- g. Ulangi pada tangan kiri

## E. LATIHAN SOAL

1. Berdasarkan petunjuk WHO 2009, terdapat 5 kegiatan yang harus segera mencuci tangan sebagai berikut :
  - a. Setelah menyentuh pasien
  - b. Sebelum mendokumentasikan tindakan
  - c. Setelah menyentuh handsanitizer
  - d. Setelah makan dan minum
  - e. Sebelum ke luar ruangan perawatan
2. Teknik mencuci tangan menggunakan hand rub berbasis alkohol dilakukan selama
  - a. 10 sd 20 detik
  - b. 20 sd 30 detik
  - c. 30 sd 50 detik
  - d. 50 sd 60 detik
  - e. Lebih dari 60 detik
3. Tujuan dari memberikan makanan pada pasien yang paling tepat adalah:
  - a. Memenuhi selera pasien
  - b. Memenuhi kebutuhan kalori pasien
  - c. Membantu agar proses pemulihan lebih cepat
  - d. Memberikan kepuasan kepada pasien
  - e. Memberikan kepuasan kepada keluarga pasien
4. Tujuan perawatan luka pergantian dressing luka kering/luka jahitan pasca operasi yang paling tepat adalah
  - a. Mecegah kontak dengan kuman
  - b. Meningkatkan kepuasan pasien
  - c. Meningkatkan kepuasan keluarga pasien
  - d. Mengganti balutan kering
  - e. Agar mudah di debridement
5. Perubahan posisi sesuai indikasi medikasi dilakukan jika pasien mengalami
  - a. Tirah baring
  - b. Pasien berkeinginan merubah posisi
  - c. Pasien jenuh
  - d. Mempermudah pergerakan pasien
  - e. Ketikan pasien berkeinginan membaca
6. Pada pasien yang mengalami gangguan pernafasan sebaiknya posisi pasien adalah
  - a. Ortopnea
  - b. Supinasi
  - c. Dorsal recumbent
  - d. Trendelenburg
  - e. Sims

7. Tujuan prioritas memandikan pasien di tempat tidur adalah
  - a. Menjaga kebersihan tubuh pasien
  - b. Memperlancar aliran darah vena
  - c. Memperlancar sistem imun
  - d. Menambah percaya diri pasien
  - e. Meningkatkan kepuasan pasien
8. Indikasi nafas dalam pada pasien yang mengalami gangguan napas adalah
  - a. Kecemasan pasien
  - b. Ketakutan
  - c. Sulit tidur
  - d. Nyeri kuat
  - e. PPOM
9. Pemberian obat/cairan dengan menggunakan spuit yang secara langsung ke dalam pembuluh darah ( $35^{\circ}$  -  $45^{\circ}$ ) merupakan pemberian obat melalui
  - a. Intracutan
  - b. Intradermal
  - c. Intravena
  - d. Intramuscular
  - e. Subcutan
10. Lateralis, gluteal, deltoid merupakan daerah penyuntikan pemberian obat secara
  - a. Intracutan
  - b. Subcutan
  - c. Intramuscular
  - d. Intravena
  - e. Subcutan
11. Dibawah ini merupakan prinsip pemberian obat yang paling benar adalah
  - a. Benar pasien/klien, obat, rute
  - b. Benar pasien, dosis, waktu, dokumentasi, obat
  - c. Benar pasien, dokumentasi, waktu, obat, dosis
  - d. Benar pasien, waktu, benar pasien
  - e. Benar pasien, obat, rute, waktu, dosis, dokumentasi
12. Infeksi, lesi kulit, jaringan parut, benjolan tulang, otot atau saraf besar dibawahnya merupakan
  - a. Komplikasi injeksi intramuskular
  - b. Kontra indikasi injeksi intramuskular
  - c. Pencegahan injeksi intramuskular
  - d. Indikasi injeksi intramuskular
  - e. Penatalaksanaan injeksi intramuskular
13. Saat melakukan pemberian injeksi intramuskular pada otot, saat di aspirasi terdapat darah, maka yang harus dilakukan adalah
  - a. Menghentikan pemberian injeksi. Melanjutkan pemberian di tempat lain sampai tidak terdapat darah saat di aspirasi dan memberikan obat sesuai instruksi dokter.



- b. Melanjutkan injeksi hingga selesai seperti biasa dan Kembali ke ruangan
  - c. Dilakukan aspirasi hingga darah tidak ada dan dilanjutkan injeksi
  - d. Melanjutkan injeksi sampai selesai dan melaporkan ke ruangan
  - e. Menghentikan injeksi intramuskular dan memberikan secara intravena
14. Salep, krim, pasta, jeli merupakan bentuk sediaan obat topikal
- a. Semi padat
  - b. Cair
  - c. Padat
  - d. Aerosol
  - e. Spray
15. Pada pasien dengan mata merah akibat iritasi ringan, Pada pasien radang atau alergi mata, Infeksi saluran nafas, Otitis media (radang rongga gendang telinga), Infeksi kulit merupakan
- a. Etiologi pemberian obat topikal
  - b. Komplikasi pemberian obat topikal
  - c. Kontraindikasi pemberian obat topikal
  - d. Efek samping pemberian obat topikal
  - e. Indikasi pemberian obat topikal
16. Gatal, kemerahan, iritasi kulit, terasa panas dikulit merupakan
- a. Etiologi pemberian obat topikal
  - b. Komplikasi pemberian obat topikal
  - c. Kontraindikasi pemberian obat topikal
  - d. Efek samping pemberian obat topikal
  - e. Indikasi pemberian obat topikal
17. Jenis obat yang dimaksudkan untuk memberikan reaksi atau pengaruh langsung pada tempat tertentu atau secara lokal merupakan pengertian dari pemberian obat
- a. Rektal
  - b. Intramuskular
  - c. Intravena
  - d. Topical
  - e. Sublingual
18. Tahapan preinteraksi pada pemberian injeksi subkutan adalah
- a. Mengecek rencana pengobatan
  - b. Memasukan obat dengan sudut 45 derajat
  - c. Mengarahkan lubang jarum ke atas
  - d. Melakukan aspirasi
  - e. Melakukan desinfeksi
19. Persiapan bahan yang perlu dilakukan dalam pemberian injeksi subkutan adalah
- a. bengkok
  - b. Kapas swab
  - c. Sput

- d. Bak instrument/bak spuit
  - e. Pemotong ampul
20. Persiapan alat yang perlu dilakukan dalam pemberian injeksi subkutan yang juga berfungsi sebagai wadah/tempat memasukan alat dan bahan adalah
- a. Bengkok
  - b. Spuit
  - c. Obat dalam bentuk vial
  - d. Nail
  - e. Bak spuit
21. Tahapan orientasi pada pemberian obat injeksi subkutan adalah
- a. Mengarahkan jarum 45 derajat
  - b. Melakukan aspirasi
  - c. Menyiapkan peralatan dan bahan
  - d. Menjelaskan tindakan
  - e. Mendokumentasikan tindakan
22. Pada pemberian injeksi subkutan setelah jarum dimasukan ke kulit dengan sudut 45 derajat, apakah yang dilakukan oleh perawat?
- a. Memasukan obat
  - b. Melakukan aspirasi
  - c. Mencabut spuit
  - d. Mendesinfeksi
  - e. Memutar spuit
23. Pada injeksi intrakutan ukuran spuit yang paling dianjurkan adalah
- a. 2,5 ml
  - b. 3 ml
  - c. 5 ml
  - d. 10 ml
  - e. 1 ml
24. Sudut jarum terhadap kulit pada penyuntikan injeksi intrakutan adalah
- a. 0 derajat
  - b. 5 derajat
  - c. 15 derajat
  - d. 35 derajat
  - e. 45 derajat
25. Setelah obat diinjeksi di kulit, jarum dicabut dari kulit, maka tindakan selanjutnya adalah
- a. Melakukan desinfeksi area tusukan
  - b. Melakukan pendokumentasian
  - c. Memberikan lingkaran dengan pen pada area tusukan
  - d. Mencuci tangan
  - e. Melaporkan gejala alergi jika ada
26. Pendokumentasian yang paling tepat setelah melakukan injeksi adalah
- a. Mencatat waktu, tanggal, dosis, cara pemberian
  - b. Mencatat waktu, tanggal, jenis obat, reaksi obat

- c. Mencatat waktu, tanggal, cara pemberian obat dan nama obat
  - d. Mencatat waktu pemberian, nama dan dosis, cara pemberian, reaksi obat
  - e. Mencatat tanggal, dosis, nama obat, reaksi obat, jenis obat
27. Rentang gerak tubuh pada pasien di rumah harus dilakukan secara teratur dengan tujuan:
- a. Meningkatkan kelainan bentuk tulang
  - b. Meningkatkan sistem imun tubuh
  - c. Meningkatkan fleksibilitas dan kekuatan otot
  - d. Mengurangi otot yang sudah besar
  - e. Mencegah penambahan masa otot
28. Pemasangan infus paling utama bertujuan untuk
- a. Medikasi
  - b. Mengganti cairan yang masuk
  - c. Rehidrasi
  - d. Memelihara cairan yang masuk
  - e. Mempermudah penyuntikan
29. Penggunaan APD pada perawatan pasien dengan covid-19 menggunakan tingkat
- a. Tingkat 1
  - b. Tingkat 2
  - c. Tingkat 3
  - d. Tingkat 1 dan 2 boleh
  - e. Tingkat 2 dan 3 saja
30. Penggunaan masker N95 dapat menurunkan paparan terhadap kontaminasi melalui airborne dengan partikel
- a. Kurang dari 10 mikron
  - b. Kurang dari 5 mikron
  - c. Kurang dari 3 mikron
  - d. Kurang dari 0,3 mikron
  - e. Kurang dari 0,5 mikron

#### KUNCI JAWABAN

- |      |       |       |       |       |       |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. A | 6. A  | 11. E | 16. D | 21. D | 26. D |
| 2. B | 7. A  | 12. B | 17. D | 22. B | 27. C |
| 3. B | 8. E  | 13. A | 18. A | 23. E | 28. C |
| 4. A | 9. C  | 14. A | 19. B | 24. C | 29. C |
| 5. A | 10. C | 15. E | 20. E | 25. C | 30. C |

## **BAB IV**

### **PETUNJUK PRAKTIK KLINIK HOMECARE**

#### **A. TUJUAN PRAKTEK**

Pada akhir mata kuliah, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Melaksanakan asuhan keperawatan di rumah
2. Memahami Konsep dasar home care
3. Melaksanakan Pengorganisasian Home Care(Peran Pelaksana Homecare sampai dengan peran Koordinator kasus Homecare)
4. Melaksanakan Syarat hak dan kewajiban berkaitan dengan peran sebagai perawat Homecare
5. Melaksanakan lingkup pelayanan Home Care
6. Memahami Mekanisme pelayanan Klinik, Perijinan dan Perjanjian Kerja Home Care
7. Melaksanakan aspek dan tindakan prosedur khusus di home care sesuai pasien yang dirawat
8. Melaksanakan pendokumentasian Aspek dan administrasi homecare.

#### **B. PROSES MENTORING**

##### **1. Metode Praktek**

- a. Pre dan postconference  
Pre conference dilaksanakan sebelum mahasiswa melakukan homevisit  
Post conference dilaksanakan setelah mahasiswa melakukan homevisit
- b. Bedside Teaching  
Bedside teaching dilaksanakan setiap kali kunjungan dosen atau preceptor klinik melakukan homevisit bersama
- c. Diskusi  
Diskusi dilakukan selama pre dan postconference, presentase kasus.  
Proses diskusi dilaksanakan secara offline atau online.

##### **2. Kegiatan Praktek**

Strategi pelaksanaan praktek terdiri dari fase persiapan, implementasi, fase kunjungan, fase terminasi dan fase pelaporan  
Strategi kegiatan meliputi beberapa fase, sebagai berikut :

Fase persiapan :

- Mahasiswa lapor kepada Kepala Klinik atau Preceptor Klinik satu hari sebelum Praktek(waktu sesuai kesepakatan)

- Mahasiswa membagi peran/tugas sebagai satu sebagai Manajer Administrasi dan satu Manajer Kasus, dan beberapa orang Perawat Pelaksana
- Mahasiswa merencanakan mencari pasien yang akan dilakukan perawatan di rumah
- Kriteria pasien diantaranya adalah : pasien dengan penyakit tropis, pasien kronis, pasien tingkat ketergantungan intermediete, pasien pasca melahirkan, pasca pembedahan, pasien anak dengan BBLR, hipertensi, stroke, DM, Arthritis Remathoid, TBC dll.
- Mahasiswa mengambil pasien yang telah dirawat oleh KLINIK dengan persetujuan preceptor Klinik
- Pencarian pasien atas persetujuan Klinik, dapat juga dilakukan melalui beberapa strategi :
  - Pasien didapatkan dari perawatan lanjutan yang dilakukan oleh mahasiswa pada saat praktek klinik keperawatan di RS
  - Pasien didapatkan dari lingkungan tempat tinggal sekitar mahasiswa yang memang membutuhkan perawatan atau peningkatan kesehatan
  - Pasien didapatkan dari tempat klinik-klinik pengobatan atau rumah sakit, rumah sakit bersalin, rumah sakit bedah yang memerlukan perawatan lanjutan
  - Mahasiswa bekerjasama dengan pihak puskesmas dalam menentukan pasien yang akan dilakukan perawatan
- Mahasiswa yang telah menemukan pasien yang akan dilakukan perawatan home care harus melakukan *informed consent* terhadap keluarga. Mahasiswa memberikan penjelasan tentang : Lamanya perawatan, jenis pelayanan perawatan, tindakan yang akan dilakukan, jumlah tim yang akan melakukan perawatan, rencana frekuensi/jadual kunjungan yang akan dilakukan dan lainnya sesuai kebutuhan.
- Mahasiswa meminta persetujuan kepada keluarga bahwa akan dilakukan perawatan. Kesepakatan ditandai dengan ditandatanganinya surat persetujuan dari pihak keluarga. (form terlampir)

- Ketua Umum/Ketua Home Care, memerintahkan manajer kasus klinik bersama manajer kasus praktikan untuk merencanakan Kunjungan awal/pengkajian awal kepada pasien.
- Pelaksana Homecare mempersiapkan peralatan dan bahan yang diperlukan untuk kunjungan pasien.
- Manajer Administrasi membuat surat tugas dan format pengkajian yang diperlukan oleh manajer kasus dan atau perawat pelaksana (form terlampir)

#### Fase implementasi :

- Manajer kasus melakukan pengkajian kebutuhan klien dan perawat pelaksana untuk merawat klien.
- Hasil pengkajian awal sebagai referensi untuk merencanakan kebutuhan klien selanjutnya dan dibuat kesepakatan dengan keluarga (waktu, biaya dan sistem perawatan yang dipilih).
- Manajer kasus membuat rencana perawatan dan jadwal kunjungan
- Preceptor atau manajer kasus memerintahkan perawat pelaksana melakukan kunjungan atau memberikan tindakan keperawatan pada pasien
- Preceptor memantau pelaksanaan pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh manajer kasus dan perawat pelaksana.
- Setiap tindakan keperawatan didokumentasi dan dilaporkan kepada ketua home care/preceptor keuangan untuk laporan pelaksanaan kegiatan home care dan laporan keuangan home care
- Manajer Administrasi merekap frekuensi jadwal kunjungan, frekuensi tindakan yang dilakukan oleh manajer kasus/perawat pelaksana, frekuensi konsultasi via telpon, penggunaan bahan habis pakai dll, untuk dilaporkan kepada manajer keuangan sebagai bahan laporan keuangan.

#### Fase terminasi :

- Perawat menyelesaikan tugas sesuai kontrak yang disepakati.
- Ketua pelaksana menyerahkan rekap peralatan dan biaya selama perawatan.
- Koordinator administrasi melakukan kunjungan ke keluarga untuk penyelesaian administrasi

Fase pasca kunjungan :

Evaluasi pelayanan home care pada pasien/keluarga dapat dilakukan melalui angket kepuasan pasien dibuat oleh mahasiswa sendiri/form yang sudah ada pada klinik dengan melihat aspek kepuasan penampilan perawat, keterampilan perawat, kualitas layanan, biaya, prosedur pelayanan dan sikap perawat.

Fase Pelaporan (contoh laporan terlampir)

- Mahasiswa membuat laporan dengan sistematika penulisan terlampir.

### 3. Evaluasi dan Penugasan

#### a. Mini CEX

MiniCEX untuk menilai kemampuan mahasiswa pada kompetensi terbatas, sebagai contoh pengkajian kebutuhan oksigen yang memang harus dikaji akibat keluhan utama pada sistem pernafasan.

Dosen memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk mengeksplorasi kemampuannya di ruangan bimbingan bersama mahasiswa menentukan tujuan kompetensi yang akan dicapai. Setelah itu bersama-sama mahasiswa melakukan homevisit untuk melihat kemampuan mahasiswa mempraktekan kompetensi yang telah didiskusikan di hadapan pasien kemudian dosen memberikan feedback kompetensi yang telah dilaksanakan oleh mahasiswa.

#### b. Sikap dan perilaku profesional selama praktik

Sikap dan perilaku profesional merupakan bagian penilaian yang dilakukan oleh dosen dan preceptor klinik dimana aspek yang dinilai adalah etika, kedisiplinan, kolaborasi dan kerjasama tim, penampilan Rentang nilai yang diberikan adalah 0-100 dengan nilai batas lulus 76

#### c. Presentase kasus

Mahasiswa mengambil kasus kelolaan asuhan keperawatan homecare untuk dipresentasikan, dilengkapi dengan informed concern kesediaan pasien dilakukan perawatan di rumah dengan mengisi lembar surat persetujuan

#### d. Membuat angket kepuasan pasien (tugas kelompok)

#### e. Membuat laporan mekanisme pelayanan klinik dan proses perijinan mendirikan homecare dan perjanjian kerjasama (tugas mandiri)

#### f. Kehadiran

Kehadiran praktik klinik adalah wajib 100 % dengan bukti tanda tangan, nama preceptor dan stempel klinik

## SURAT PERSETUJUAN PERAWATAN DI RUMAH

Yang bertanda-tangan di bawah ini :

Nama : .....  
 Umur / jenis kelamin : ..... tahun, Laki-laki/Perempuan,\*)  
 No. KTP/SIM/Paspor \*) : .....  
 Alamat : .....

Dengan ini menyatakan sesungguhnya

### TELAH BERSEDIA

Untuk diteruskan : Perawatan Home care  
 Untuk dilakukan : Tindakan Keperawatan....

Terhadap:

- |                                       |                                    |                                |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diri sendiri | <input type="checkbox"/> Istri     | <input type="checkbox"/> Suami |
| <input type="checkbox"/> Lainnya      | <input type="checkbox"/> Orang Tua | <input type="checkbox"/> Anak  |

Nama pasien : .....  
 Umur / jenis kelamin : .....  
 Alamat : .....

Saya juga telah menyatakan sesungguhnya bahwa saya :

- a) Telah diberikan penjelasan serta peringatan akan bahaya, risiko,serta kemungkinan – kemungkinan yang timbul, apabila :
  - tidak dilakukan perawatan dan pengobatan home care,
  - dihentikan rawat home care
  - tidak dilakukan tindakan keperawatan berupa....
- b) Telah saya pahami sepenuhnya segala penjelasan yang diberikan oleh perawat
- c) Atas tanggung jawab dan risiko saya sendiri saya **TETAP MENOLAK** anjuran dari dokter tersebut.

Catatan :\*) Coret yang tidak sesuai  
 Beri tanda X yang dipakai

Samarinda,,.....  
 Yang bertanggungjawab

(.....)



## INSTRUMEN PENILAIAN PRESENTASE KASUS

Petunjuk pengisian:

1. Berikan nilai sesuai dengan petunjuk rubrik penilaian (skor 1-4)
2. Diperbolehkan memberikan penilaian dengan pecahan desimal (contoh: 3,5)

Nama kelompok : .....

Judul : .....

Nama mahasiswa : .....

.....

.....

.....

Tanggal : .....

No.	Aspek yang dinilai	Skor
1.	Kelengkapan materi	
2.	Penulisan materi	
3.	Kemampuan presentase	
	Jumlah skor	

Nilai Akhir = jumlah skor x 100 : 12

Nilai batas lulus presentase kasus adalah 76

### Rubrik Presentase kasus

Aspek	Kriteria	Skor
Kelengkapan materi	1. Power point terdiri dari judul, isi materi dilengkapi dengan sitasi referensi dan daftar pustaka 2. Power point disusun secara sistematis sesuai materi 3. Reference menggunakan sumber yang relevan 4. Dilengkapi dengan gambar/animasi yang menarik dan sesuai dengan materi	4
	Terdapat 3 kriteria pada kelengkapan materi dari skor 4 yang terpenuhi	3
	Terdapat 2 kriteria pada kelengkapan materi dari skor 4 yang terpenuhi	2

	Terdapat 1 kriteria pada kelengkapan materi dari skor 4 yang terpenuhi	1
Penulisan materi	1. Materi dibuat dalam bentuk power point 2. Setiap slide dapat terbaca dengan jelas 3. Isi materi dibuat ringkas dan berbobot (evidence base) 4. Bahasa sesuai dengan materi	4
	Terdapat 3 kriteria pada penulisan materi dari skor 4 yang terpenuhi	3
	Terdapat 2 kriteria pada penulisan materi dari skor 4 yang terpenuhi	2
	Terdapat 1 kriteria pada penulisan materi dari skor 4 yang terpenuhi	1
Kemampuan presentasi	1. Dipresentasikan dengan percaya diri, antusias, dan bahasa jelas 2. Seluruh anggota kelompok berpartisipasi dalam presentase 3. Dapat mengemukakan ide dan berargumentasi dengan baik 4. Manajemen waktu presentase dengan baik	4
	Terdapat 3 kriteria pada kemampuan presentasi dari skor 4 yang terpenuhi	3
	Terdapat 2 kriteria pada kemampuan presentasi dari skor 4 yang terpenuhi	2
	Terdapat 1 kriteria pada kemampuan presentasi dari skor 4 yang terpenuhi	1
TOTAL NILAI		

g. Membuat laporan aspek homecare (tugas kelompok)

Mahasiswa membuat laporan asuhan keperawatan dari pasien yang di kelola oleh kelompok dan dituliskan sesuai sistematika penulisan pada lampiran.

Ketentuan umum:

1. Laporan dapat dinilai setelah minimal melakukan poses konsultasi sebanyak 4 kali
2. Penulisan isi laporan telah mengikuti petunjuk penulisan makalah sebagai berikut di bawah ini:

## **SISTEMATIKA PENULISAN LAPORAN ASKEP HOME CARE**

COVER DEPAN (JUDUL LAPORAN)

HALAMAN JUDUL

DAFTAR ISI

DAFTAR LAMPIRAN

KATA PENGANTAR

### **BAB I**

#### **PENDAHULUAN**

- A. LATAR BELAKANG
- B. MAKSUD DAN TUJUAN
- C. MANFAAT

### **BAB II**

#### **PENGORGANISASIAN HOME CARE PADA PASIEN.....**

- A. PENGERTIAN HOME CARE
- B. KELEMBAGAAN HOME CARE
- C. STRUKTUR HOME CARE DAN TUGAS POKOK DAN FUNGSI
- D. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN /KELUARGA
- E. RENCANA KEGIATAN HOME CARE

### **BAB III**

#### **KONSEP DASAR PENYAKIT/MASALAH KEPERAWATAN .....**

- A. PENGERTIAN ....
- B. ETIOLOGI
- C. PATOFISIOLOGI
- D. TANDA DAN GEJALA
- E. PEMERIKSAAN PENUNJANG
- F. KOMPLIKASI
- G. PENATALAKSANAAN

### **BAB IV**

#### **PELAKSANAAN HOME CARE**

- A. ASUHAN KEPERAWATAN (PENGKAJIAN →EVALUASI)
- B. JADUAL KUNJUNGAN
- C. LAPORAN KEUANGAN HOME CARE

### **BAB IV**

#### **PENUTUP**

- A. KESIMPULAN
- B. SARAN

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN (Surat persetujuan, surat tugas, inform consent, SAP Pendidikan kesehatan, materi penyuluhan, Leaflet, angket kepuasan pasien dll.

**CONTOH PENCATATAN(PADA SISTEMATIKAN PENULISAN LAPORAN ASKEP  
 HOMECARE DI BAGIAN A BAB IV PELAKSANAAN HOMECARE)  
 ASUHAN KEPERAWATAN HOMECARE PADA PASIEN STROKE**

**I. Pengkajian**

Asal Rujukan Pasien

- Praktek Dokter.....  Puskesmas  Lain-lain  
 RS.....  Datang Sendiri

Biodata

1. Nama Pasien : Im
2. Umur : 52 Tahun
3. Pekerjaan : PNS
4. Pendidikan : S2
5. Alamat : Jalan Padat Karya
6. Tgl. Masuk HC : 08 April 2019
7. Tgl. Keluar : -
8. Kunjungan Ke :
9. Tipe : Extended

Tanda-Tanda Vital

- BP :  
 HR : 80x/menit RR : 20x/menit T : 36°C TD :140/90mmHg

Pemeriksaan Fisik

**A. Status Mental**

1. GCS : E : 4 V : 2 M : 2
2. Tingkat Kesadaran : Somnolent  
 Allert  Apatis  Somnolent  Sopor  
 Koma
3. Orientasi :  
 Waktu  Tempat  Orang
4. Disorientasi : Usia
5. Compused : tidak ada
6. Depresi : tidak ada
7. Daya Ingat :  
 Past Memory : tidak ada gangguan memory  
 Recent Memory : tidak ada gangguan daya ingat
8. Ancietas : tidak terkaji(gangguan verbal)

**B. Integument**

1. Warna: Warna kulit merata, tidak terjadi adanya pigmentasi berlebihan
2. Hangat/ Kering : Kering
3. Diaphoresis : Tidak ada diaphoresis
4. Joundice : Tidak terjadi joundice
5. Gatal-gatal : Tidak ada gatal-gatal
6. Luka Memar : Tidak ada luka memar
7. Luka/ Insisi : Tidak terdapat bekas luka
8. Lesi pada Mukosa Oral : Tidak ada lesi pada mukosa oral
9. KRT : <2 detik
10. Penampilan secara umum :  Bersih  Kotor

**C. Muskuloskeletal**

1. Kelemahan/ Paralise : Ekstremitas bawah kanan
2. Menggunakan Alat Bantu : Tidak menggunakan alat bantu
3. Keseimbangan : Pasien tidak dapat berdiri  Kuat  Lemah
4. Penurunan ROM : Ekstremitas kanan (pasif)

#### D. Neurologi

1. Pusing : Tidak ada pusing
2. Sakit Kepala : Tidak ada sakit kepala
3. Kekuatan Otot Ekstremitas : Ekstremitas atas 2/4 Ekstremitas bawah 2/4
  
4. Reaksi Pupil : Miosis spontan kiri kanan pada pencahayaan, diameter 2 mm
5. Refleks :
  - Fisiologi : terdapat reflek patella pada kaki kanan dan kiri dan reflek bisep trisep pada tangan kiri
  - Patologi: terdapat reflek babinsky

#### E. Cardiopulmonal

1. Arritmia : Tidak ada arritmia
2. Chest Pain :
  - Istirahat  Aktivitas
3. Distensi Vena Jugularis : Tidak ada distensi vena jugularis
4. Crepitasi : Tidak ada crepitasi
5. Rales/ Ronchi : Tidak ada rales/ ronchi
6. Wheezing : Tidak ada wheezing
7. Batuk : Tidak ada batuk
8. Sputum : Tidak ada sputum
9. O<sub>2</sub> : - L/m
10. Oedema : Tidak ada oedema

#### F. Gastrointestinal

1. Nafsu Makan : Menurun
2. Intake Cairan : 3 gelas/ hari (540 cc)
3. Status Nutrisi :  Baik  Buruk
4. Mual/ Muntah : Tidak ada mual/ muntah
5. Nyeri/ Pendarahan : Tidak ada nyeri/ pendarahan
6. Flatus : Tidak ada flatus
7. Distensi Abdomen : Tidak ada distensi abdomen
8. Ostomy :  Stoma  Keadaan Kulit
9. Diare : Tidak ada diare
10. Konstipasi: Keluarga mengatakan ± 1 minggu pasien tidak ada BAB, keluarga mengatakan klien frekuensi klien BAB biasanya 1-2 minggu
11. Bising Usus : 4 x/menit
12. Enteral Nutrisi :
  - NGT
  - Oral Jenis Makanan: Bubur Saring
    - Jumlah: 300 gram + protein hewani 1 porsi + sayur setengah mangkok
    - Frekuensi : 4-5 kali/hari

#### G. Genito Urinaria

1. Dysuria/ Hematuria : Tidak terjadi dysuria/ hematuria
2. Frekuensi : -
3. Retensi Urine : Tidak terjadi retensi urine
4. Inkontinesia Urine : Pasien BAK ±7-8 kali sehari
5. Karakteristik Urine : Kuning pekat
6. Kateter: tidak menggunakan kateter
  - Warna : bening jernih
  - Bau : amoniak
  - Jumlah : 500 ml
7. Pengeluaran pada Vagina/ Penis: tidak ada pengeluaran cairan abnormal pada urethra

H. THT

- 1. Dyspagia : Pasien terdapat dyspagia
- 2. Kehilangan Pendengaran : Pendengaran baik  
 Kanan  Kiri
- 3. Drainase : Tidak ada drainase
- 4. Kemerahan : Tidak ada kemerahan
- 5. Lain-lain :-

I. Nyeri : Saat bergerak (eksteremitas kanan kontraktur)

- 1. Lokasi : Ekstremitas kanan
- 2. Tingkat Nyeri (Skala 1-10)  
 Sebelum Makan Obat :  
 Sesudah Makan Obat :-

J. Status Kesehatan Di Rumah :

- Hanya di Tempat Tidur
- Bantuan Dengan Kursi Roda
- Ketidakstabilan kardiovaskuler
- Penurunan Penglihatan
- Status Mental
- Penurunan Kekuatan Otot (ada)
- Drainase Luka
- Dyspnea
- Nyeri Berat
- Kerusakan Mobilitas
- Lain-lain :.....

K. Penatalaksanaan Kolaboratif dan Keperawatan Setiap Kunjungan :

- 1. Pemeriksaan Laboratorium :-
- 2. Perawatan Luka :-
- 3. Pemberian Terapi Medik :-
- 4. Pengontrolan Nyeri :-
- 5. Instruksi Pemberian Diit :-
- 6. Pemberian Rasa Aman & Nyaman :-
- 7. Pemantauan Penyakit Terminal :-
- 8. Kontrak Untuk Kunjungan Berikutnya :

II. **DIAGNOSA KEPERAWATAN**

- A. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
- B. Hambatan mobilitas fisik
- C. Hambatan komunikasi verbal
- D. Gangguan menelan
- E. Defisit perawatan diri

III. **PERENCANAAN KEPERAWATAN**

Nama Pasien : Tn.Im

Diagnosa Medis : SNH

NO	HARI/TGL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	RENCANA KEPERAWATAN	PARAF
1	Senin, 08 April 2019	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral	1.1. Periksa sirkulasi perifer 1.2. Monitor panas, kemerahan, hyeri, atau bengkak pada ekstremitas 1.3. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara rutin 1.4. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi	

		Hambatan Mobilitas Fisik	2.1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2.2. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2.3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 2.4. Fasilitasi melakukan pergerakan 2.5. Ajarkan mobilisasi sederhana	
		Hambatan Komunikasi Verbal	3.1. Monitor status verbal 3.2. Berikan dukungan psikologis 3.3. Anjurkan berbicara perlahan 3.4. Ajarkan terapi wicara	
		Gangguan Menelan	4.1. Monitor kemampuan menelan 4.2. Atur posisi yang nyaman untuk makan/ minum 4.3. Beri bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian 4.4. Beri diet sesuai program 4.5. Berikan diet cair endure 180 cc 4.6. Berikan diet bubur saring 300 gr + perotein + ½ mangkok sayur 4.7. Kaji makanan yang masuk ke lambung dengan melakukan aspirasi	
		Defisit Perawatan Diri	5.1. Monitor tingkat kemandirian 5.2. Bantuan dalam perawatan diri 5.3. Sediakan lingkungan yang terapeutik 5.4. Libatkan keluarga dalam memenuhi perawatan diri 5.5. Mandikan, mengganti pakaian, mengganti pempes 5.6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri	

#### IV. CATATAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Tn. Im

Diagnose Medis : SNH

HARI/TANGGAL	CATATAN KEPERAWATAN	EVALUASI	PARAF
Senin, 08/04/2019	1. Memandikan, mengganti pakaian, mengganti pempes 2. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri	S: - O: pasien dimandikan, pakaian pasien tampak rapi dan sudah diganti, Tidak ada luka decubitus	
	1. Memberikan diet cair endure 180 cc 2. Memberikan diet bubur saring 300 gr + perotein + ½ mangkok sayur	S: - O: Terpasang NGT. Diet telah masuk 180 cc. Selang NGT bersih. Tidak ada aspirasi	

HARI/ TANGGAL	CATATAN KEPERAWATAN	EVALUASI	PARAF
	3. Memberikan obat venitoin melalui NGT		
	1. Mengukur TTV 2. Mengukur sirkulasi perifer	S:- O: TD: 140/90, N: 80 x/mnt, RR: 20 x/mnt T: 35,8 °C, CRT: < 2 detik	
	1. Melakukan latihan ROM 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien 4. Menjelaskan prosedur mobilisasi	S: keluarga bersedia membantu prosedur ROM O: Pasien telah dilatih ROM, Pergerakan pasien terbatas, Pasien hanyabaring di atas tempat tidur	
	1. Monitor status verbal pasien 2. Melakukan terapi bicara	S: - O: Pasien tidak dapat mengatakan / mengucapkan huruf vocal, Pasien belum mampu berkomunikasi secara verbal	
	1. Memberikan diet bubur saring 300 cc 2. Memberikan diet jus buah papaya 200 cc	S: - O: Terpasang NGT. Makanan diberikan habis. Tidak ada aspirasi. Tidak ada sumbatan. Selang NGT bersih	
	1. Memberikan latihan ROM 2. Memonitor kondisi pasien saat latihan ROM	S: - O: Terdapat tahanan pada jari tangan kanan dan kaki kanan. Pasien dapat menggerakkan tangan dan kaki kana	
	1. Mengukur TTV 2. Mengkaji sirkulasi perifer	S: - O: TD: 140/90 mmHg. N: 87 x/mnt RR: 18 x/mnt. T: 36 °C. CRT: <2 detik	

Hari/Tgl/ jam	Catatan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Selasa, 9 April 2019 07.30	Memandikan, mengganti pakaian  Melatih ROM pasif pada Ex kanan dan jari, pergelangan tangan dan melatih ROM aktif pada Ex kiri  Melakukan TTV	S : - O : klien sudah dimandikan Pakaian sudah diganti dan pampers sudah diganti  S: - O : kekuatan otot 4, 2  S: - O : TD : 140/90 Mmhg. N : 83 x/menit RR : 19 x/menit. T : 36,1 C	



Hari/Tgl/ jam	Catatan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
11.00	Memberikan diet bubur saring 300 gram + protein hewani + sayur 1/2 mangkuk via Ngt	S : - O : diet bubur sudah diberikan. klien terpasang NGT	
	Melatih dan mengajak pasien untuk berkomunikasi	S : - O : pasien belum dapat berkomunikasi	
	Memberikan diet susu ensure 6 sendok takar + air 180 cc via Ngt	S : O : diet telah diberikan	
	Memberikan diet bubur saring 300 gram+ protein hewani+ sayur 1/2 mangkuk + obat oral ( penitoin) via Ngt	S : O : diet dan obat telah diberikan	
	Melatih Rom dan melatih pasien berbicara	S : - O : Rom telah dilakukan, terdapat tahanan pada tangan kiri, rentang gerak belum bebas, pasien belum dapat berkomunikasi	
13.00	Mengukur TTV	S : O : TD : 120/70 MmHg N : 80 x/ menit RR : 19 x/ menit T : 36.1	
	Memberikan bubur diet saring 300 gram+ protein hewani dan sayur ½ mangkuk via Ngt	S : - O : diet sudah diberikan	
	Melatih Rom dan melatih pasien berbicara	S : - O : Rom telah dilakukan. Pasien belum dapat berbicara atau berkomunikasi	
	Melatih relaksasi nafas dalam dan batuk efektif	S : - O : Klien mengikuti instruksi. Klien batuk. Terdapat cairan	
	Melakukan ROM pasif pada Ekstremitas kanan dan ROM aktif pada Ekstremitas kiri	S : - O : terdapat tekanan pada tangan kanan. klien dapat menggerakkan tangan kiri	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan jus buah pepaya 300cc via NGT</li> <li>Memberikan diet ensure 180cc via NGT</li> <li>Memberikan diet bubur saring 300cc</li> </ol>	S : - O : tidak ada residu. tidak ada sumbatan. ada refleks menelan	

Hari/Tgl/ jam	Catatan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
14.40	Melatih nafas dalam dan melatih batuk efektif	S: - O: klien batuk saat melakukan nafas dalam. terdapat cairan pada saluran	

Hari/tgl/jam	Catatan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
<i>Dilanjutkan pencatatan hari Rabu, 11/042019 sd Sabtu, 13/04/ 2019</i>			

## V. EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa Kep	S.O.A.P
Sabtu, 13 April 2019 Jam 21.00	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	S : Pasien mengatakan tidak ada muntah dan sakit kepala O : TD : 120/80 mmHg. N : 74 x/menit. RR : 20x/menit. T : 36°C. Pasien tirah baring A : Masih terdapat kemungkinan peningkatan TIK P : Lanjutkan intervensi 1.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK 1.3 Pertahankan posisi kepala dan leher netral
Sabtu, 13 April 2019 Jam 21.00	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Penurunan Kekuatan Otot	S : Pasien megatakan tidak bisa menggerakkan badannya sendiri, aktivitas masih harus dibantu O : Pasien tirah baring. Aktivitas masih perlu dibantu. Tonus otot A : Pasien tirah baring, masih ada penurunan otot P : Lanjutkan intervensi 2.3 Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik 2.4 Ajarkan ambulasi sederhana

Tanggal	Diagnosa Kep	S.O.A.P
Sabtu, 13 April 2019 jam 21.00	Hambatan komunikasi verbal	S : Keluarga mengatakan klien masih kesulitan untuk berbicara O : Klien tidak dapat menyebutkan huruf abjad Klien hanya dapat mengerang A : Masalah tidak teratasi P : lanjutkan intervensi 3.1. Monitor status verbal 3.2. Berikan dukungan psikologis 3.3. Anjurkan berbicara perlahan 3.4. Ajarkan terapi wicara
Sabtu, 13 April 2019 Jam 21.00	Gangguan menelan	S : - O : Pasien menggunakan NGT untuk makan dan minum. Terdapat reflek menelan. Klien tidak dapat makan melalui oral. A : Masalah tidak teratasi P : lanjutkan intervensi 4.1. Monitor kemampuan menelan 4.2. Atur posisi yang nyaman untuk makan/ minum 4.3. Beri bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian 4.4. Beri diet sesuai program
Sabtu, 13 April 2019 Jam 21.00	Defisit Perawatan Diri b/d Kelemahan	S : Pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas sendiri, pasien hanya mampu BAK ditempat tidur sendiri O : Aktivitas pasien seperti mandi, makan, mengganti pampers harus dibantu oleh perawat atau keluarga A : Aktivitas masih perlu dibantu P : Lanjutkan intervensi 3.1 Monitor tingkat kemandirian 3.3 Bantu jika tidak mampu melakukan perawatan mandiri

## VI. REKAPITULASI JADWAL KUNJUNGAN

WAKTU	KEGIATAN	PELAKSANA
HARI pertama	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kontrak dengan klien</li> <li>Mengkaji keadaan klien dan keluarga</li> <li>Mendata segala kebutuhan klien</li> </ol>	Koordinator kasus 1 dan perawat pelaksana

WAKTU	KEGIATAN	PELAKSANA
Hari kedua - kelima	Mulai melakukan intervensi seperti 1. Melakukan latihan ROM aktif dan pasif 2. Memberikan diet bubur saring 4x/hari sebanyak 300cc, susu ensure 3x/hari sebanyak 180cc, dan jus buah 1x/hari sebanyak 300 cc lewat NGT 3. Melatih nafas dalam dan batuk efektif 4. Memonitor kemajuan kemampuan aktivitas klien 5. Membantu kegiatan ADL klien 6. Memfasilitasi klien terapi wicara 7. Mengajarkan keluarga untuk merawat klien dengan benar	Perawat pelaksana 1 dan 2
Hari keenam dst	Melakukan evaluasi akhir	Manajer kasus dan perawat pelaksana

## VII. LAPORAN KEUANGAN HOME CARE

Tarif pelayanan kesehatan di Rumah selama 6 hari(08/04/2020 sd 13/04/2019 )

Nama Klien : Tn. I

Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragic

### Jasa Pelayanan

No	Jenis Jasa Pelayanan	Tarif	Frekuensi	Jumlah
1.	Piket Keperawatan 2 shift	Rp.180.000,-	6x	Rp.1.080.000,-
2.	Administrasi	Rp.60.000,-	1x	Rp. 60.000,-
	<b>Total</b>			<b>Rp. 1.140.000,-</b>

### Tindakan

No	Jenis Tindakan	Tarif	Frekuensi	Jumlah
1.	Seka / Personal Hygiene	Rp. 25.000,-	9x	Rp.225.000,-
2.	Pemberian makan/minum/obat melalui NGT	Rp. 15.000,-	33x	Rp.435.000,-
3.	Pengukuran Tanda-tanda vital	Rp. 20.000,-	11x	Rp.220.000,-
4.	Melatih rentang gerak	Rp. 20.000,-	21x	Rp.420.000,-
5.	Terapi Bicara	Rp. 75.000,-	2x	Rp.150.000,-
	<b>Total</b>			<b>Rp. 1.450.000,-</b>

### Total Pembiayaan

No	Jenis Tagihan	Total
1.	Jasa Pelayanan	Rp. 1.140.000,-
2.	Tindakan	Rp. 1.450.000,-
	<b>Total</b>	<b>Rp. 2.590.000,-</b>

## VIII. LAMPIRAN SURAT TUGAS, SURAT PERSETUJUAN DI RAWAT, FOTO/VIDEO KEGIATAN, PENDIDIKAN KESEHATAN, MATERI PENYULUHAN, LEAFLET, ANGKET KEPUASAN PASIEN

**SURAT TUGAS HOME CARE**  
Nomor : ...../KELOMPOK IHC/IV/2018

Yang bertanda-tangan di bawah ini :

Nama : WAHID SUBAHTI  
Jabatan Dalam kelompok : KEPWA

Dengan ini memberi tugas kepada :

Nama : NGUNG DWI DARMAWAN  
Jabatan Dalam kelompok : PERAWAT PELAKSANA

Untuk melakukan perawatan di rumah terhadap pasien :

Nama pasien : H. ISMAIL  
Umur / jenis kelamin : 52 / Laki - Laki  
Alamat : Jl. Pader Karya Rt 4b no 93  
Diagnosa Medis : SNH

Terhitung dari tanggal 08/04/19 s/d tanggal 13/04/19

Samarinda, April 2018  
Pecatur Home Care,  
*(Wahid Subahati)*

**SURAT PERSETUJUAN PERAWATAN DI RUMAH**

Yang bertanda-tangan di bawah ini :

Nama : H. Wira Iswari, SE.SPd.  
Umur / jenis kelamin : 55 tahun, BAKTIKI (Perempuan)  
No. KTP/SIM/Paspor \*) : 6972036712620003  
Alamat : Jl. Pader Karya Rt 4b no 93

Dengan ini menyatakan sesungguhnya

**TELAH BERSEDIA**

Untuk ditunjukkan : Perawatan Home care  
Untuk dilakukan : Tindakan Keperawatan...

Terhadap:

Diri sendiri     Istri     Suami  
 Lainnya     Orang Tua     Anak

Nama pasien : H. ISMAIL, SEd MPM  
Umur / jenis kelamin : 52 / Laki / Laki  
Alamat : Jl. Pader Karya Rt 4b no 93

Saya juga telah menyatakan sesungguhnya bahwa saya :

a) Telah diberikan penjelasan serta peringatan akan bahaya, risiko, serta kemungkinan - kemungkinan yang timbul, apabila :  
- tidak dilakukan perawatan dan pengobatan home care,  
- dihentikan rawat home care  
- tidak dilakukan tindakan keperawatan berupa...

b) Telah saya pahami sepenuhnya segala penjelasan yang diberikan oleh perawat  
c) Atas tanggung jawab dan risiko saya sendiri saya **TETAP MENOLAK** asuransi dari dokter tersebut.

Catatan \*) Coret yang tidak sesuai

Beri tanda X yang dipakai

Samarinda, 12 April 2018  
Yang bertanda-tangan:  
*(H. Wira Iswari, SE.SPd.)*



## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, H.R., 2009. *Kajian Kebutuhan perawatan di Rumah Bagi klien dengan stroke Di Rumah sakit Daerah Cianjur.*
- Ambar Relawati, (2015). *Clinical practicum advance medical surgical nursing II practice and certified woundcare specialist.* Program Studi Magister Keperawatan UMY.
- A Potter, & Perry, A. G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*, edisi 4, Volume.2.Jakarta: EGC.
- A Potter, & Perry, A. G. (2017). *Fundamentals of Nursing*, 9th Edition; Mosby .
- Ariani, R., 2013. *Perbedaan Kadar Ldl Kolestrol Pada Stroke Iskemik Dan Stroke Hemoragik.* , pp.8–37. Available at: [http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/8394/bab\\_ii.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/8394/bab_ii.pdf?sequence=3&isAllowed=y).
- Auriel, E. & Bornstein, N.M., 2013. *Early mobilisation following stroke.* *European Neurological Review*, 8(2), pp.141–143.
- Aziz Alimul Hidayat (2006). *Pengantar kebutuhan dasar manusia: aplikasi konsep dan proses keperawatan.* Jakarta: Salemba Medika
- Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2002). *Kozier and Erb's Techniques in Clinical Nursing* (5th ed.). Pearson Education.
- Bhalla, A., Birns, J.,. (2015). *Management of Post-Stroke Complications* Switzerland: Springer International Publishing
- Chua, M. H., Cheng, W., Goh, S. S., Kong, J., Li, B., Lim, J. Y. C., Mao, L., Wang, S., Xue, K., Yang, L., Ye, E., Zhang, K., Cheong, W. C. D., Tan, B. H., Li, Z., Tan, B. H., & Loh, X. J. (2020). *Face Masks in the New COVID-19 Normal: Materials, Testing, and Perspectives.* *AAAS Research*, 2020, 1–40. <https://doi.org/10.34133/2020/7286735>
- Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI. (2020). *Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD) Dalam Menghadapi Wabah Covid-19* (Issue April).
- Doengoes, Marilyn E, Jacobs.(2020). *Ester Matasarrin. Rencana asuhan keperawatan: pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien.* Jakarta : penerbit Buku Kedokteran EGC

Eni Kusyati.(2006). *Keterampilan dan prosedur laboratorium keperawatan dasar*, cetakan I. Jakarta; EGC

FDA. (2020). *FAQs on Shortages of Surgical Masks and Gowns During the COVID-19 Pandemic. Personal Protective Equipment for Infection Control*, Cdc. <https://www.fda.gov/medical-devices/personal-protective-equipment-infection-control/faqs-shortages-surgical-masks-and-gowns-during-covid-19-pandemic>

Herdman, T.Heather (2011).*NANDA International Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2009-2011*. Penerbit Buku Kedokteran (EGC). Jakarta

Badan Nasional Penanggulangan Bencana.(2020). *Rekomendasi Standar Penggunaan APD untuk Penanganan COVID-19 di Indonesia Revisi 1* <https://covid19.go.id/p/protokol/rekomendasi-standar-penggunaan-apd-untuk-penanganan-covid-19-di-indonesia-revisi-1> diakses tanggal 10 Oktober 2020

<https://akukesehatan.com/pengaturan-posisi-berbaring-diatas-tempat-tidur/> 10 Oktober 2020

Doddy Irawan. (2018) *Selain Kawal Pasien Sampai Sembuh, Ini Daftar Tugas Mulia Perawat*. <https://www.liputan6.com/health/read/3239869/selain-kawal-pasien-sampai-sembuh-ini-daftar-tugas-mulia-perawat> diakses tanggal 10 Oktober 2020

<https://www.google.com/repository.unand> diakses tanggal 15 Oktober 2020

<https://www.halodoc.com/> diakses tanggal 16 Oktober 2020

<https://www.youtube.com/watch?v=zwTrqB6Mwc8> diakses tanggal 1 November 2020

<https://www.google.depositphotos.com> diakses tanggal 3 Noveber 2020

<https://www.google.com/adhesive-capsulitis-myotherapy> diakses tanggal 3 November 2020

Hendrianchaniago.(2020). *Pengukuran gerak sendi tubuh manusia (Range of Motion)*. <https://hendrianchaniago.com/2019/01/20/pengukuran-gerak-sendi-tubuh-manusia-range-of-motion/> diakses tanggal 10 November 2020

<https://nursekey.com/11-parenteral-administration-intradermal-subcutaneous-and-intramuscular-routes/> 10 November 2020

November 2020

- Parelangi, Andi.(2020). *Materi Pelatihan Inhouse Training Mananajemen Homecare*. Praktik Berkelompok Homecare Nursing Cahaya Husada Kaltim. 2020
- Parellangi, Andi, 2018. *Home Care Nursing – Aplikasi Praktek Berbasis Evidence-Based*. Edisi I – Yogyakarta: ANDI OFFSET
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2020) *Pengaturan Posisi Pasien : Panduan Lengkap untuk Perawat*. <https://www.nerslicious.com/posisi-pasien/> di akses tanggal 13 November 2020
- Khunti, K., Adisesh, A., Burton, C., Chan, X. H. S., Coles, B., Durand-Moreau, Q., Jackson, T., Ross, L., Straube, S., Toomey, E., & Greenhalgh, T. (2020). Analysis ;The efficacy of PPE for COVID-19-type respiratory illnesses in primary and community care staff. *British Journal of General Practice*, 70(697), 413–416. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X710969>
- Lal, M. (2015). Review Article Hand Hygiene – Effective Way To Prevent Infections. *International Journal of Current Research*, 7(March), 1–3.
- Murtaqib, 2013. *Pengaruh Latihan Range Of Motion (Rom) Aktif Terhadap Perubahan Rentang Gerak Sendi Pada Penderita Stroke Di Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember*. Jurnal IKESMA, 9, pp.106–115. Available at: <http://jurnal.unej.ac.id/index.php/IKESMA/article/view/1670>.
- Netty, I. et al., 2013. *Hubungan Mobilisasi Dini Dengan Penyembuhan Luka Post Operasi Seksio Sesarea Di Ruang Rawat Gabung Kebidanan RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi Tahun 2012*. ISSN:0852-8349, 15, pp.59–70.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2012). *Textbook of Basic Nursing* (10th ed.). Wolter Kluwer Health.
- Safa, N., 2013. *Pengaruh Latihan Range of Motion terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Lanjut Usia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kec. Babat Kab Lamongan.* , pp.62–65.
- Sukmaningrum, F., 2012. *Efektivitas Range of Motion ( Rom ) Aktif-Asistif : Spherical Grip Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke.* , 014. Available at: <http://pmb.stikestelogorejo.ac.id/e-journal/index.php/ilmukeperawatan/article/view/53>.
- Smeltzer, Suzanne C.(2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner/ Suddarth*. Edisi 8 volume 2 Penerbit Jakarta: EGC



- Smith Temple, Jean, (2010). *Buku saku prosedur klinis keperawatan/Jean Smith Temple, Joyce Young Johnson*; alih bahasa Esty Wahyuningsih, Devi Yulianti; editor edisi bahasa Indonesia, Anastasia Onny Tampubolon Ed.5 Jakarta: EGC
- Smith, J. D., MacDougall, C. C., Johnstone, J., Copes, R. A., Schwartz, B., & Garber, G. E. (2016). Effectiveness of N95 respirators versus surgical masks in protecting health care workers from acute respiratory infection: A systematic review and meta-analysis. *Cmaj*, 188(8), 567–574. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150835>
- Prastya, A., 2013. *Pengaruh Mobilisasi Miring Kanan Miring Kiri Terhadap Pencegahan Konstipasi Pada Pasien Stroke Infark Dengan Tirah Baring Lama Di Ruang ICU RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto.* , pp.1–72. Available at: [http://ws.ub.ac.id/selma2010/public/images/UserTemp/2014/05/08/20140508211023\\_7884.pdf](http://ws.ub.ac.id/selma2010/public/images/UserTemp/2014/05/08/20140508211023_7884.pdf).
- Wahid, dkk (2019) *Laporan asuhan keperawatan homecare pada pasien dengan stroke*. Akper Pemprov Kaltim.
- WHO. (2020). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 ( COVID-19 ). *World Health Organization*, 27 Februari(February), 1–7.
- WHO. (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care : A Summary. In *World Health Organization* (Vol. 30, Issue 1). [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf)
- Wilkinson, Judith.(2008). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan* Edisi 7. Penerbit Buku Kedokteran (EGC). Jakarta
- Wijaya, A.K., 2010. *Patofisiologi Stroke Non-Hemoragik Akibat Trombus.* , pp.1–15.
- Wirawan, R.P., 2009. *Rehabilitasi Stroke pada Pelayanan Kesehatan Primer.* , 59, pp.61–71.
- Yudha, F., 2014. *Pengaruh Range Of Motion (Rom) Terhadap Kekuatan Otot Pasien Pasca Perawatan Stroke.* , X(2), pp.203–209.