

MODUL
BAHAN AJAR CETAK
KEPERAWATAN

PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN DASAR

» Budiono



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Hak Cipta © dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Desember 2016

Penulis : *Budiono, SKp., M.Kes*

Pengembang Desain Instruksional : *drh. Idha Farida, M.Ed.*

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : *Aris Suryana*

Tata Letak : *Sapriyadi*

DAFTAR ISI

PENGANTAR MATA KULIAH	vii
BAB I: KEBUTUHAN OKSIGEN DAN CAIRAN ELEKTROLIT	1
Topik 1.	
Asuhan Keperawatan Kebutuhan Oksigenasi	3
Ringkasan	10
Tugas Mandiri	11
Topik 2.	
Asuhan Keperawatan Kebutuhan Cairan	12
Ringkasan	20
Tugas Mandiri	21
DAFTAR PUSTAKA	22
BAB II: KEBUTUHAN OKSIGEN DAN CAIRAN ELEKTROLIT	34
Topik 1.	
Asuhan Keperawatan Kebutuhan Oksigenasi	37
Ringkasan	44
Tugas Mandiri	45
Topik 2.	
Asuhan Keperawatan Kebutuhan Cairan	46
Ringkasan	54
Tugas Mandiri	54
DAFTAR PUSTAKA	55
BAB III: KEBUTUHAN AKTIFITAS DAN ISTIRAHAT TIDUR	66
Topik 1.	
Asuhan Keperawatan Kebutuhan Aktivitas	69
Ringkasan	80
Tugas Mandiri	81

Topik 2.	
Asuhan Keperawatan Kebutuhan Istirahat Tidur	82
Ringkasan	84
Tugas Mandiri	84
DAFTAR PUSTAKA	85
BAB IV: KEBUTUHAN KESEIMBANGAN SUHU TUBUH DAN AMAN NYAMAN	102
Topik 1.	
Asuhan Keperawatan Kebutuhan Keseimbangan Suhu Tubuh	105
Ringkasan	112
Tugas Mandiri	112
Topik 2.	
Asuhan Keperawatan Kebutuhan Aman Nyaman	112
Ringkasan	116
Tugas Mandiri	116
DAFTAR PUSTAKA	118
BAB V: KEBUTUHAN SEKSUAL DAN RASA MEMILIKI	136
Topik 1.	
Asuhan Keperawatan Kebutuhan Seksual	139
Ringkasan	143
Tugas Mandiri	143
Topik 2.	
Asuhan Keperawatan Rasa Memiliki	144
Ringkasan	146
Tugas Mandiri	146
DAFTAR PUSTAKA	147

BAB VI: KEBUTUHAN HARGA DIRI DAN AKTUALISASI DIRI	163
Topik 1.	
Asuhan Keperawatan Kebutuhan Harga Diri	165
Ringkasan	168
Tugas Mandiri	168
Topik 2.	
Asuhan Keperawatan Kebutuhan Aktualisasi Diri	169
Ringkasan	171
Tugas Mandiri	171
DAFTAR PUSTAKA	173

BAB I

KEBUTUHAN OKSIGEN DAN CAIRAN ELEKTROLIT

Budiono, SKp., M.Kes

PENDAHULUAN

Selamat berjumpa para mahasiswa keperawatan. Pada mata kuliah Praktik Keperawatan Dasar ini diharapkan dapat membantu Anda dalam mengembangkan ilmu pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam praktek keperawatan dasar di rumah sakit, puskesmas, maupun di masyarakat tentang asuhan keperawatan dasar.

Keperawatan sebagai "suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia". Pelayanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri.

Diharapkan Anda dapat memberikan asuhan keperawatan dasar dengan baik, pada saat Anda melakukan praktik klinik keperawatan dasar. Melalui praktik klinik ini Anda dapat berlatih untuk mengembangkan dan memadukan pengetahuan, keterampilan dan sikap yang akan diperlukan dalam kehidupan profesional sehingga siap sepenuhnya dalam praktik sebagai perawat yang kompeten dalam kewenangannya.

A. TUJUAN UMUM DARI PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR INI ADALAH:

Anda mampu menerapkan pengetahuan yang telah didapatkan agar dapat memenuhi kebutuhan dasar manusia baik fisik, psikososial dan spiritual dengan menggunakan proses keperawatan pada semua tingkat usia, yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan Oksigen dan cairan elektrolit.

B. TUJUAN KHUSUS DARI PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR INI ADALAH:

1. Melakukan pengkajian tentang kebutuhan oksigenasi.
2. Melakukan pengkajian tentang kebutuhan cairan elektrolit.
3. Merumuskan analisa data sesuai kasus gangguan oksigenasi.
4. Merumuskan analisa data sesuai kasus gangguan cairan elektrolit.
5. Melaksanakan perencanaan keperawatan sesuai kebutuhan oksigenasi.
6. Melaksanakan perencanaan keperawatan sesuai kebutuhan cairan elektrolit.
7. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan oksigenasi dengan tiga cara pemberian oksigen yaitu kateter nasal, kanul nasal, dan masker nasal.
8. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan cairan dan elektrolit dengan pemasangan infus.

9. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan oksigen.
10. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan cairan elektrolit.
11. Mendokumentasikan asuhan keperawatan, pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan oksigen.
12. Mendokumentasikan asuhan keperawatan, pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan cairan elektrolit.

C. TEMPAT PRAKTIK : RUMAH SAKIT, PUSKESMAS, DAN MASYARAKAT

Panduan ini dibuat agar Anda dapat melakukan praktik klinik dengan baik. Anda diminta memberikan pelayanan asuhan keperawatan dasar di rumah sakit, puskesmas atau di masyarakat mencakup 2 (dua) kebutuhan dasar manusia, yaitu:

Topik 1: Asuhan Keperawatan Kebutuhan Oksigenasi.

Topik 2: Asuhan Keperawatan Kebutuhan Cairan.

Praktik Klinik Keperawatan Dasar ini sangat relevan dengan tugas Anda sebagai seorang perawat baik di masyarakat, puskesmas maupun di rumah sakit.

Adapun langkah-langkah yang harus Anda lakukan sebelum melakukan praktik klinik ini adalah:

1. Bacalah kembali panduan praktikum mata kuliah yang sudah Anda dapatkan sebelumnya yaitu Keperawatan Dasar atau Kebutuhan Dasar Manusia.
2. Pahami dulu format asuhan Keperawatan setiap kebutuhan pada halaman lampiran panduan praktek ini.
3. Buatlah kontrak belajar dengan persetujuan pembimbing klinik.
4. Lakukan langkah kegiatan belajar secara berurutan dari Topik 1 kemudian Topik 2.
5. Orientasi situasi dan tempat praktik.
6. Lakukan identifikasi kasus yang akan diambil.
7. Keberhasilan proses pembelajaran praktik klinik ini tergantung dari kesungguhan Anda dalam berlatih.
8. Bila Anda mengalami kesulitan segeralah menghubungi pembimbing lahan (*clinical instructor*).
9. Pada akhir rotasi praktik di tiap ruangan, mintalah nilai sikap dan keterampilan dari pembimbing lahan. (*Lampiran 6*).
10. Laporan Asuhan keperawatan yang harus Anda kumpulkan di akhir praktik:
 - a. Laporan Asuhan Keperawatan 12 kebutuhan.
 - b. Laporan kegiatan Harian.
 - c. Pencapaian Target Kompetensi.
 - d. Lembar penilaian sikap dan keterampilan.
 - e. Lembar penilaian asuhan Keperawatan.

Selamat belajar semoga sukses dan tidak menemukan kesulitan!

Topik 1

Asuhan Keperawatan Kebutuhan Oksigenasi

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Kompetensi Umum

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, Anda diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan Oksigen.

2. Kompetensi Khusus

Setelah melakukan praktik klinik asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi ini Anda diharapkan dapat:

- a. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi.
- b. Merumuskan diagnose keperawatan berdasarkan analisa data sesuai kasus pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi.
- c. Melaksanakan perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi dengan tiga cara pemberian oksigen yaitu kateter nasal, kanul nasal, dan masker nasal.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi.

B. POKOK-POKOK MATERI

1. Pengkajian keperawatan dan klasifikasi data subyektif dan obyektif kebutuhan oksigenasi.
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan Analisa Data pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan Oksigenasi.
3. Perencanaan Keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi.
4. Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi dengan tiga cara pemberian oksigen yaitu kateter nasal, kanul nasal, dan masker nasal.
5. Evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi.

6. Dokumentasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi.

C. ALAT DAN BAHAN

Sebelum melakukan asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi Anda harus menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan:

1. Form pengkajian.
2. Tempat cuci tangan.
3. Sabun untuk cuci tangan.
4. Handuk.
5. Tensimeter.



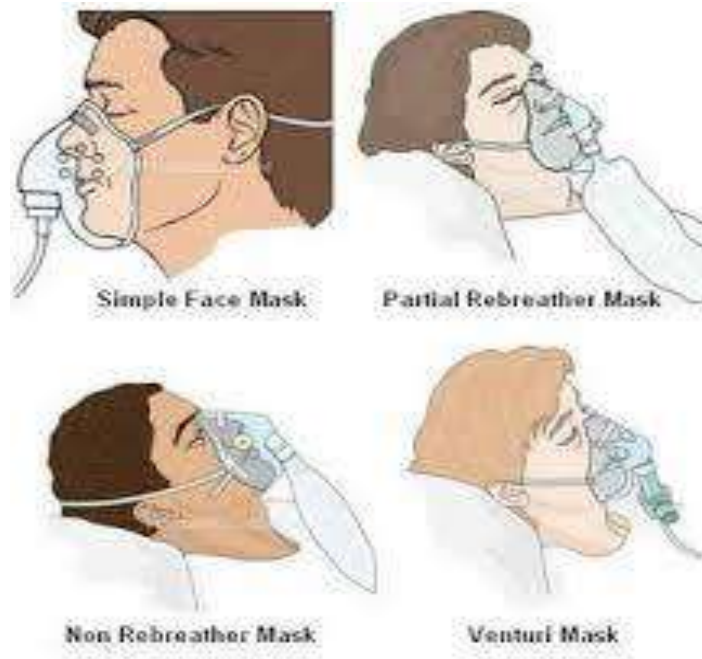
Gambar 1.1. Tensimeter

6. Jam tangan.
7. Stetoskop.



Gambar 1.2. Stetoskop

8. Alat Alat oksigenase.



Gambar 1.3. Macam-macam canul oksigen

9. Tabung oksigen dan humidifier.



Gambar 1.4. Tabung oksigen dan humidifier

D. LANGKAH KEGIATAN PEMBERIAN OKSIGEN (O₂)

1. Pengertian

Pemberian Oksigen adalah Suatu pemberian oksigen ke dalam paru-paru melalui saluran pernapasan dengan menggunakan alat bantu oksigen. Tiga cara pemberian oksigen yaitu kateter nasal, kanul nasal, dan masker nasal.

2. Tujuan

- a. Memenuhi kebutuhan oksigen.
- b. Mencegah terjadi hipoksia.

3. Persiapan Alat

Peralatan yang dibutuhkan adalah:

- a. Tabung oksigen.
- b. Flow meter.
- c. Humidifier berisi air steril.
- d. Kateter nasal, kanula nasal dan masker (standard dan nonbreathing).
- e. Vaseline/jeli (pelumas steril yang larut dalam air).
- f. Sarung tangan.
- g. Spatel.
- h. Plester.
- i. Kasa.
- j. Senter.
- k. Tanda “dilarang merokok”.

4. Prosedur Tindakan

- a. Secara umum:
 - 1) Periksa pesanan dokter pada catatan klien mengenai terapi oksigen.
 - 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan prosedur.
 - 3) Menjelaskan prosedur pada klien dan keluarga.
 - 4) Atur aliran oksigen sesuai dengan kecepatan yang dibutuhkan, biasanya 1-6 liter/menit. Kemudian observasi humidifier dengan melihat air bergelembung.
 - 5) Atur posisi dengan semi fowler atau sesuai indikasi.
 - 6) Pakailah sarung tangan steril.
- b. Secara Khusus:
 - 1) Kanula Nasal.
 - 2) Letakkan kanul pada wajah klien, dengan lubang kanul masuk ke hidung dan karet pengikat melingkar ke kepala.
 - 3) Jika kanul ingin tetap berada di tempatnya, plesterkan pada bagian wajah.
 - 4) Alasi slang dengan kasa pada karet pengikat pada telinga dan tulang pipi jika dibutuhkan.



Gambar 1.5. Cara pemberian oksigen dengan menggunakan kanul nasal

c. Masker Wajah

- 1) Tempatkan masker ke arah wajah klien dan letakkan dari hidung ke bawah.
- 2) Atur masker sesuai dengan bentuk wajah. Masker harus menutup wajah sehingga sangat sedikit oksigen yang keluar lewat mata atau sekitar pipi dan dagu.
- 3) Ikatkan karet pengikat melingkar kepala klien sehingga masker terasa nyaman.
- 4) Alasi slang dengan kasa pada karet pengikat pada telinga dan tulang pipi jika dibutuhkan.



Gambar 1.6. Cara pemberian oksigen melalui masker

d. Kateter Nasal

- 1) Ukur kateter nasal dimulai dari telinga sampai ke hidung dan diberi tanda.
- 2) Buka saluran udara dari tabung oksigen.
- 3) Berikan minyak pelumas (vaselin/jeli).
- 4) Masukkan ke dalam hidung sampai batas yang ditentukan.
- 5) Lakukan pengecekan kateter apakah sudah masuk atau belum dengan menekan lidah pasien menggunakan spatel (akan terlihat posisinya di belakang uvula).
- 6) Fiksasi pada daerah hidung.

5. Hal-hal yang diperhatikan Selama Pemberian Oksigen

- Periksa pemberian oksigen setiap 6-8 jam.
- Kaji cuping, septum, dan mukosa hidung serta periksa kecepatan aliran oksigen setiap 6-8 jam.
- Pertahankan tinggi air pada humidifier.
- Catat kecepatan aliran oksigen, rute pemberian, dan respons klien.

E. LANGKAH KEGIATAN PENGKAJIAN

Asuhan keperawatan kebutuhan oksigena ini dapat Anda lakukan di puskesmas, rumah sakit atau di masyarakat saat Anda praktik asuhan keperawatan komunitas. Langkah awal yang Anda lakukan adalah mempersilakan klien yang datang ke poliklinik rumah sakit/ puskesmas untuk duduk di kursi yang ada. Anda silahkan memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama.



Gambar 1.7. Contoh posisi saat pengkajian

Selanjutnya ikuti langkah-langkah berikut ini:

- Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, lakukan cuci tangan 7 langkah terlebih dahulu.

7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



Gambar 1.8. Cara cuci tangan 7 langkah

2. Lakukanlah Pengkajian Meliputi
 - a. Anamnese
 - 1) Tanyakan identitas pasien (nama, umur, pendidikan, agama, suku bangsa, alamat).
 - 2) Tanyakan keluhan utama yang dialami pasien bila ada.
 - 3) Tanyakan riwayat kesehatan saat ini meliputi pola P (*Paliatif* atau penyebab), Q (*Quality* atau kualitas), R (*Regio* atau tempat), S (*Safety of life*), T (*Time*).
 - 4) Tanyakan riwayat kesehatan yang lalu meliputi apakah pernah sakit sampai dirawat di rumah sakit, jika pernah dirawat, tanyakan jenis sakitnya.
 - b. Pemeriksaan fisik secara umum (*head to toe*).
3. Lakukan pengumpulan data obyektif meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), pemeriksaan fisik (*head to toe*). Dengan cara mengajukan beberapa pertanyaan sebagai berikut:
 - a. Apakah klien pernah mengalami masalah respirasi tentang perubahan bunyi nafas : Ya / Tidak
Bila Ya, bunyi yang bagaimana : wheezing, ronchi pleura friction rub dan lain lain.
 - b. Apakah klien pernah mengalami gangguan saluran pernapasan seperti : Batuk, pilek, bronchitis, asthma, batuk rejan dan lain-lain
Bila klien terserang batuk, pilek, sesak nafas, berapa lama klien mengalaminya : satu minggu, dua minggu, satu bulan, dan lain-lain.
 - c. Obat-obat apa saja yang klien gunakan bila :
 - 1) Batuk pilek :
 - 2) Sesak :
 - d. Apakah klien mengalami batuk : Ya / Tidak
Bila Ya, produktif atau non produktif
 - e. Kapan frekuensi batuk yang paling sering : pagi / sore / malam hari
 - f. Apakah produksi : putih / riak / darah
 - g. Apakah warna sputum : putih, bening, kuning, hijau, ada darah, coklat, dan lain-lain.
 - h. Bagaimana konsistensi sputum : kental, berair, dan lain-lain.
 - i. Apakah klien biasa merokok : Ada atau Tidak Ada
Bila Ya, berapa batang perhari
 - j. Apakah dalam keluarga ada yang merokok : Ada / Tidak Ada.
Bila Ada, Siapa
 - k. Apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit infeksi saluran perapasan dan atau penyakit jantung : Ada / Tidak ada
Bila Ada, Siapa
 - l. Seperti ada rasa nyeri yang klien alami : diemas, ditusuk-tusuk, dan lain-lain.
 - m. Apakah dalam keluarga klien ada yang hipertensi, CVA, Penyakit jantung, obesitas, kebiasaan makan lemak dan lain-lain.

- n. Apakah klien pernah mendapat pengobatan untuk penyakit jantung hipertensi dan penyakit pernapasan : Pernah / Tidak Pernah
 - o. Berapa dosis yang klien dapatkan :
Kapan waktu pemberinya
Apakah side efeknya : Ada / Tida Ada
Bila Ada, Efek apa yang ditimbulkannya
 - p. Bagaimana klien mengatasi stres, apakah membaca, menonton TV, merokok, minum alkohol dan lain-lain.
 - q. Bagaimana persepsi klien tentang kesehatannya saat ini, apakah Baik atau Kurang Baik
- 4. Lakukan klasifikasi data objektif dan subjektif kemudian dilanjutkan dengan analisa data sesuai kasus tersebut
 - 5. Setelah Anda selesai melakukan klasifikasi data subjektif dan objektif selanjutnya Anda rumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh klien.
 - 6. Kemudian Anda buat rencana keperawatan sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang telah Anda rumuskan .
 - 7. Anda lanjutkan dengan melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah Anda susun berdasarkan perioritas masalahnya.
 - 8. Selanjutnya Anda lakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan.
 - 9. Kemudian lakukan dokumentasikan asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi. Contoh format laporan terdapat pada lampiran 1 diakhir panduan praktik ini.

Ringkasan

Selamat, Anda telah belajar memberikan asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi. Dengan demikian Anda sebagai seorang perawat telah menguasai salah satu kompetensi Anda. Hal-hal penting yang sudah Anda pelajari dalam panduan praktik klinik ini adalah memberikan asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi meliputi tahap-tahap sebagai berikut:

- 1. Pengkajian kebutuhan oksigenasi.
- 2. Analisa Data kebutuhan oksigenasi.
- 3. Diagnosa Keperawatan kebutuhan oksigenasi.
- 4. Perencanaan Keperawatan kebutuhan oksigenasi.
- 5. Tindakan Keperawatan kebutuhan oksigenasi.
- 6. Evaluasi Keperawatan kebutuhan oksigenasi.
- 7. Dokumentasi Keperawatan kebutuhan oksigenasi.

Tugas Mandiri

Lakukan asuhan Keperawatan kebutuhan oksigenasi kepada 5 pasien dari pengkajian, analisa data, Diagnosa Kepeawatan, Perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasinya.

Topik 2

Asuhan Keperawatan Kebutuhan Cairan

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Kompetensi Dasar

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, Anda diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.

2. Kompetensi Khusus

Setelah melakukan praktik klinik asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit, Anda diharapkan dapat:

- a. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit
- b. Merumuskan Diagnosa keperawatan berdasarkan analisa data pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit
- c. Melaksanakan perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit
- e. Melakukan evaluasi tindakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit

B. POKOK-POKOK MATERI

1. Pengkajian keperawatan dan klasifikasi data subyektif dan obyektif pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan Analisa Data pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.
3. Perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.
4. Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.
5. Evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.
6. Dokumentasi asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.

C. PEMBERIAN CAIRAN MELALUI INFUS (IVF)

1. Pengertian

- a. Pemasangan Infus adalah memasukkan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dalam jumlah banyak dan waktu yang lama, dengan menggunakan alat Infus set.
- b. Pemasangan Infus adalah teknik penusukan/pemasukan jarum atau kateter infuse (*Abocat*) melalui transkutan dengan stilet tajam, yang kaku dan steril yang disambungkan dengan spuit.

2. Tujuan

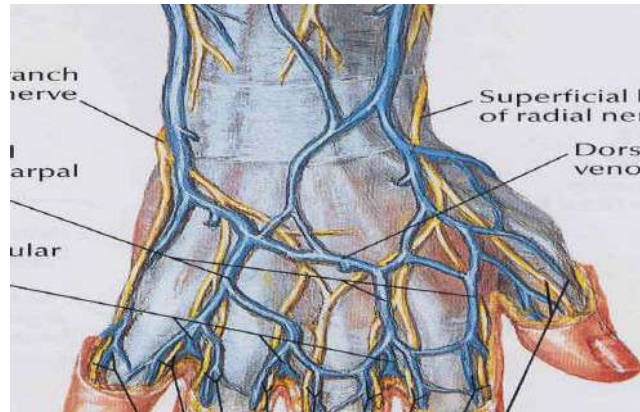
- a. Mempertahankan, mengganti cairan serta Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh yang mengandung air elektrolit, vitamin protein lemak dan kalori yang tidak dapat dipertahankan secara oral.
- b. Memperbaiki asam basah.
- c. Pemeliharaan nutrisi.
- d. Pemberian obat-obatan intravena ke dalam tubuh lewat intra vena.
- e. Hemodynamic monitoring.
- f. Akses dalam keadaan darurat.
- g. Memonitor tekanan vena sentral (CVP).
- h. Suatu alat yang mempunyai kemampuan memompa cairan masuk ke dalam tubuh dengan cairan tertentu dan dosis tertentu sesuai dengan program yang diberikan.
- i. Pasien yang diduga hipovolum.
- j. Pasien yang mengalami trauma berat.

3. Lokasi Penusukan

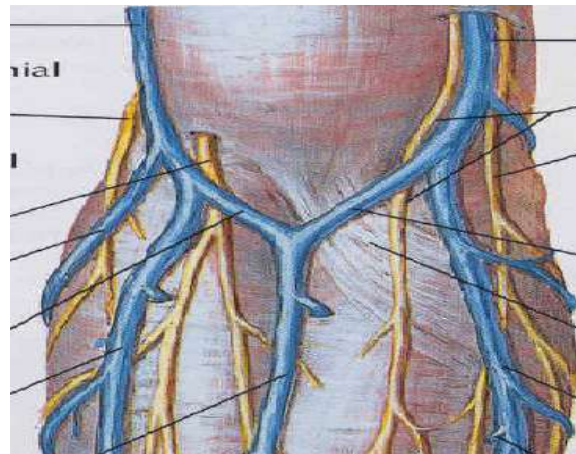
- a. Bagian Punggung Telapak Tangan – Vena Metakarpal. Jika Memungkinkan lakukan pada vena digitalis.



- b. Lengan bawah-vena basilica atau cephalica.



- c. Siku bagian dalam-fossa antecubital-media basilica dan media cephalic untuk penusukan infuse jangka pendek.



- d. Ekstremitas bawah:
- 1) Kaki-vena pleksus dorsum, arkus vena dorsalis, vena medical marginalis.
 - 2) Mata kaki- vena saphena magna.

D. KEUNTUNGAN DAN KESULITAN

1. Keuntungan :

- a. memungkinkan lengan bergerak bebas.
- b. jika kemudian timbul masalah pada tempat penusukan awal bias digunakan Vena pada bagian atasnya.

2. Kesulitan :

- a. pada anak-anak vena lebih kecil.
- b. pada orang yang lemak yang berlebihan venanya kurtidak terlihat.
- c. pada pasien yang mengalami diare/dehidrasi ringan dan berat.

3. Persiapan Pasien

- a. Monitoring keadaan umum pasien
 - 1) Tingkat kesadaran.
 - 2) Tanda-tanda vital.
 - 3) Keadaan kulit atau turgor.
- b. Memberikan informasi kepada pasien
 - 1) Kapan dan untuk apa diberikan Infus.
 - 2) Berapa lama pemberian Infus.
 - 3) Hal yang harus dilakukan selama pemasangan Infus.
 - a) Menjaga/mempertahankan tempat insersi agar tidak kotor/dikotori.
 - b) Tidak boleh mengatur tetesan sendiri.
 - c) Tidak boleh menarik selang Infus sendiri.
 - d) Bila ada yang dikeluarkan berhubungan dengan tempat insersi, harus diberitahukan kepada perawat.

4. Perseiapan Alat



- a. Cairan yang diberikan
- b. Kapas steril
- c. Kasa steril
- d. Alkohol 70%
- e. Povidone iodone

- f. Plester
- g. Standar Infus
- h. Infus set
- i. IV Chateter sesuai usia (*Abocat*)
- j. Handskund steril sekali pakai
- k. Perlak/pengalas
- l. Bengkok
- m. Alat pencukur
- n. Gunting
- o. Tornikuet/manset
- p. Gunting
- q. Verban
- r. Spalk dalam keadaan siap pakai, bila perlu.
- s. Obat-obatan jika akan diberikan therapy obat lewat IV.

5. Prosedur Kerja

- a. Tahap Pre Interaksi
 - 1) Cek atau baca status dan terapi cairan pasien.
 - 2) Cuci tangan.
 - 3) Siapkan alat-alat dan bawa kedekat pasien.
- b. Tahap Orientasi
 - 1) Beri salam, Panggil klien dengan nama kesukaannya.
 - 2) Jelaskan maksud dan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan yang akan dilakukan oleh perawat untuk pasien.
- c. Tahap Kerja
 - 1) Bila dimungkinkan tindakan sebaiknya dilakukan oleh 2 orang perawat.
 - 2) Beri kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan.
 - 3) Menanyakan keluhan utama atau keluhan yang dirasakan sekarang.
 - 4) Menjaga prifasi pasien.
 - 5) Letakkan pasien pada posisi semi fowler atau supine jika tidak memungkinkan.
 - 6) Bebaskan lengan pasien dari baju/kemeja.
 - 7) Letakkan manset 5-15 cm di atas tempat tusukan.
 - 8) Letakkan alas plastik di bawah lengan klien.
 - 9) Hubungan cairan infus dengan infus set dan gantungkan.
 - 10) Periksa label pasien sesuai dengan instruksi cairan yang akan diberikan.
 - 11) Alirkan cairan infus melalui selang infus sehingga tidak ada udara di dalamnya.
 - 12) Kencangkan klem sampai infus tidak menetes dan pertahankan kesterilan sampai pemasangan pada tangan disiapkan.
 - 13) Kencangkan tournique/manset.

- 14) Anjurkan pasien untuk mengepal dan membukanya beberapa kali, palpasi dan pastikan tekanan yang akan ditusuk.
- 15) Bersihkan kulit dengan cermat menggunakan kapas alkohol, lalu diulangi dengan menggunakan kapas betadin. Arah melingkar dari dalam keluar lokasi tusukan.
- 16) Gunakan ibu jari untuk menekan jaringan dan vena 5 cm di atas/di bawah tusukan.
- 17) Pegang jarum pada posisi 30° pada vena yang akan ditusuk, setelah pasti masuk, lalu tusuk perlahan dengan pasti.
- 18) Rendahkan posisi jarum sejajar pada kulit dan tarik jarum sedikit lalu teruskan plastik IV catheter ke dalam vena.
- 19) Tekan dengan jari ujung plastik IV catheter.
- 20) Tarik jarum infus keluar.
- 21) Sambungkan plastik IV catheter dengan ujung selang infus.
- 22) Lepaskan manset.
- 23) Buka klem infus sampai cairan mengalir lancar.
- 24) Oleskan dengan salep betadin di atas tempat penusukan, kemudian ditutup dengan kasa steril.
- 25) Fiksasi posisi plastik IV catheter dengan plester.
- 26) Atur tetesan infus sesuai dengan ketentuan, pasang stiker yang sudah diberi tanggal.
- 27) Chateter bersayap (Wing Needle)
 - a) Letakkan plester di bawah sayap kemudian lipat di atas sayap searah dan sejajar ujung IV chateter.
 - b) Letakkan plester kedua di atas pangkal IV chateter dan sayap dengan posisi melintang.
 - c) Tutup bagian kasa steril dan letakkan dengan plester sesuai dengan kebutuhan.
 - d) Tulis tanggal dan jam pemasangan IV chateter pada plester penutup kasa.
- d. Tahap Terminasi
 - 1) Evaluasi pasien dan hasil kegiatan.
 - 2) Lakukan kontrak kegiatan dengan pasien.
 - 3) Akhiri kegiatan dengan sapaan atau salam.
 - 4) Buka sarung tangan Cuci tangan.
- e. Dokumentasi

Catat hasil dalam melakukan perawatan.

6. Perhatian

- a. Kelancaran cairan dan jumlah tetesan harus tepat, sesuai dengan program pengobatan
- b. Bila terjadi hematoma, bengkak dan lain-lain pada tempat insersi, maka Infus harus dihentikan dan dipindahkan pemasangannya ke bagian tubuh yang lainnya.
- c. Perhatikan reaksi pasien selama 15 menit pertama. Bila timbul reaksi alergi (misalnya menggigil, urtikaria, atau shock), maka Infus harus segera diperlambat tetesannya, jika perlu dihentikan, kemudian segera laporkan kepada seorang penanggung jawab ruangan atau dokter yang bersangkutan.
- d. Buat catatan pemberian Infus secara terperinci yang meliputi:
 - 1) Tanggal, hari, jam dimulainya pemasangan Infus.
 - 2) Macam dan jumlah cairan atau obat serta jumlah tetesan permenit.
 - 3) Keadaan umum pasien (Vital sign, dll) selama pemasangan Infus).
 - 4) Reaksi pasien yang timbul akibat pemberian cairan atau obat.
 - 5) Nama dokter atau petugas pelaksana atau yang bertanggung jawab. Siapkan cairan atau obat untuk pemberian selanjutnya.
 - 6) Perhatikan teknik aseptik dan septic.
 - 7) Cara pemasangan Infus harus sesuai dengan perangkat Infus yang digunakan.

E. LANGKAH KEGIATAN PENGKAJIAN

Asuhan Keperawatan pada kebutuhan cairan ini lebih menekankan kepada kebutuhan cairan yang harus dipenuhi oleh setiap manusia.

1. Pada pembelajaran ini, silahkan Anda identifikasi pada pasien yang berkunjung ke puskesmas maupun rumah sakit yang mengalami masalah kebutuhan cairan. Langkah awal yang Anda lakukan adalah mempersilahkan pasien masuk ke ruang pemeriksaan dan mempersilahkan duduk. Jangan lupa Anda perkenalkan diri, sebutkan nama Anda, jelaskan maksud dan tujuan Anda melakukan pemeriksaan.
2. Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, lakukan cuci tangan 7 langkah terlebih dahulu.

7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



Gambar 5 : cara cuci tangan 7 langkah

3. Lakukanlah Pengkajian

a. Anamnese meliputi:

- 1) Tanyakan identitas pasien (nama, umur, pendidikan, agama, suku bangsa, alamat).
- 2) Tanyakan keluhan utama yang dialami pasien bila ada.
- 3) Tanyakan riwayat kesehatan saat ini meliputi pola P (*Paliatif* atau penyebab), Q (*Quality* atau kualitas), R (*Regio* atau tempat), S (*Safety of life*), T (*Time*).

b. Tanyakan riwayat kesehatan yang lalu meliputi apakah pernah sakit sampai dirawat di rumah sakit, jika pernah dirawat, tanyakan jenis sakitnya.

c. Lakukan pengumpulan data obyektif pada remaja meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), pemeriksaan fisik (*head to toe*). Dengan mengajukan beberapa pertanyaan sebagai berikut:

- 1) Pola intake cairan dan makanan yang dikonsumsi dalam 24 Jam :
Jumlah cairan yang diminum
cc
Jenisnya
- 2) Pola pengeluaran cairan
Apakah banyak mengeluarkan cairan, Ya / Tidak
Bila Ya, melalui apa ? Muntah, diare, keringat.
- 3) Penyakit yang pernah diderita ?
Ginjal, Jantung, DM
Hipertensi, Cirosis hepatitis dan lain-lain
- 4) Pola intake cairan dan makanan yang dikonsumsi dalam 24 jam
Jumlah cairan yang diminum cc Jenisnya

- 5) Pola pengeluaran cairan:
Apakah banyak mengeluarkan cairan ? Ya / Tidak
Bila Ya, Melalui apakah ? Muntah, Diare, Keringat ?
- 6) Apakah tanda-tanda dehidrasi
Perasaan haus :
Turgor kulit :
Oedema :
Sesak nafas :
- 7) Pengobatan/cairan yang diberikan
Jenis Cairan :
Jumlah Cairan :
Jumlah tetesan :
Obat-Obat yang diberikan :

4. Lakukan klasifikasi data objektif dan subjektif kemudian dilanjutkan dengan analisa data sesuai kasus tersebut.
5. Setelah Anda selesai melakukan klasifikasi data subjektif dan objektif selanjutnya Anda rumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh klien.
6. Kemudian Anda buat rencana keperawatan sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang telah Anda rumuskan.
7. Anda lanjutkan dengan melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah Anda susun berdasarkan perioritas masalahnya.
8. Selanjutnya Anda lakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan.
9. Kemudian lakukan dokumentasikan asuhan keperawatan kebutuhan cairan Contoh format laporan terdapat pada lampiran 1 di akhir panduan praktik ini.

Ringkasan

Selamat, Anda telah belajar memberikan asuhan keperawatan kebutuhan cairan. Dengan demikian Anda sebagai seorang perawat telah menguasai salah satu kompetensi Anda. Hal-hal penting yang sudah Anda pelajari dalam panduan praktik klinik ini adalah sebagai berikut:

Asuhan keperawatan kebutuhan cairan elektrolit meliputi tahap-tahap sebagai berikut:

1. Pengkajian kebutuhan cairan elektrolit.
2. Analisa Data kebutuhan cairan elektrolit.
3. Diagnosa Keperawatan kebutuhan cairan elektrolit.
4. Perencanaan Keperawatan kebutuhan cairan elektrolit.
5. Tindakan Keperawatan kebutuhan cairan elektrolit.
6. Evaluasi Keperawatan kebutuhan cairan.
7. Dokumentasi Keperawatan kebutuhan cairan.

Tugas Mandiri

Berlatihlah lebih sering untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit, sampai Anda merasa mampu melakukan sendiri tanpa pendampingan pembimbing klinik.

Lakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit kepada 5 pasien. Mulailah dari pengkajian, analisa data, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasinya asuhan keperawatan yang sudah Anda lakukan.

Daftar Pustaka

- Alimul, Aziz. 2009. *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Buku 1, Salemba Medika.
- Carpenito. L.J. 1997. *Nursing Diagnosa Application to Clinical Practice*, 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- _____. 2004. *Nursing Diagnosa Application to Clinical Practice*, 10 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Doenges M.E.M.F. Moorhouse. 2001. *Rencana Perawatan Maternal Pedoman untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klin*, ed 2. Jakarta: EGC.
- Hohnsoon. M.M. Maas. S. Moorhead. 2000. *Nursing Outcomes calassification (NOC)* 2 ed. IOWA Outcomes Project: Mosby.
- _____. 2000. *Nursing Intervention calassification (NIC)* 2 ed. IOWA Outcomes Project: Mosby.
- Heardman T. Heather, Kamitsuru Shigemi *Nanda International, Inc. Nursing Diagnosa: Definition & Classification*, 2015 – 1017 Tenth Edition Oxford Wiley Blackwell.
- Kozier, Erb, Berman, & Snyder. 2011. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik*, ed.7. Vol.1. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Priharjo, R. 1996. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. A. A. G. Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep,Proses, dan Praktik*, ed.2. Jakarta: EGC.
- Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Buku Ajar Fundamental Keperawatan:
- Stole, K.M. 2004. *Diagnosa Keperawatan Sejahtera*. Jakarta: EGC.
- Talbot, L.A.M. Maeyers M. 1997. *Pengkajian Keperawatan Kritis*, ed.2 Jakarta: EGC.

Lampiran:

Lampiran 1 : Format laporan asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi.

Lampiran 2 : Format laporan asuhan keperawatan kebutuhan cairan.

Lampiran 3 : Contoh Format daftar hadir.

Lampiran 4 : Format penilaian asuhan keperawatan dalam penilaian penampilan klinik.

Lampiran 5 : Format penilaian sikap dalam penilaian penampilan klinik.

Lampiran 6 : Daftar tilik.

Lampiran 1

Pengkajian Kebutuhan Oksigen dan Karbondioksida

A. PENGKAJIAN KEBUTUHAN OKSIGEN DAN KARBONDIOKSIDA

1. Apakah klien pernah mengalami masalaha respirasi tentang perubahan bunyi nafas: Ya/Tidak.
Bila Ya, bunyi yang bagaimana: wheezing, ronchi pleura friction rub dan lain lain.
2. Apakah klien pernah mengalami gangguan saluran pernapasan seperti: Batuk, pilek, bronchitis, asthma, batuk rejan dan lain-lain.
Bila klien terserang batuk, pilek, sesak nafas, berapa lama klien mengalaminya: satu minggu, dua minggu, satu bulan, dan lain-lain.
3. Obat-obat apa saja yang klien gunakan bila:
Batuk pilek :
Sesak :
4. Apakah klien mengalami batuk : Ya /Tidak
Bila Ya, produktif atau non produktif
5. Kapan frekuensi batuk yang paling sering : pagi/sore/malam hari
6. Apakah produksi : putih/riak/darah
7. Apakah warna sputum : putih, bening, kuning, hijau, ada darah, coklat, dan lain-lain.
8. Bagaimana konsistensi sputum : kental, berair, dan lain-lain.
9. Apakah klien biasa merokok : Ada atau Tidak Ada
Bila Ya, berapa batang perhari
10. Apakah dalam keluarga ada yang merokok : Ada/Tidak Ada.
Bila Ada, Siapa
11. Apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit infeksi saluran perapasan dan atau penyakit jantung : Ada /Tidak ada.
Bila Ada, Siapa
12. Seperti ada rasa nyeri yang klien alami : diemas, ditusuk-tusuk, dan lain-lain.
13. Apakah dalam keluarga klien ada yang hipertensi, CVA, Penyakit jantung, obesitas, kebiasaan makan lemak dan lain-lain.
14. Apakah klien pernah mendapat pengobatan untuk penyakit jantung hipertensi dan penyakit pernapasan : Pernah /Tidak Pernah.
15. Berapa dosis yang klien dapatkan :
Kapan waktu pemberianya
Apakah side efeknya : Ada /Tida Ada
Bila Ada, Efek apa yang ditimbulkannya
16. Bagaimana klien mengatasi stres, apakah membaca, menonton TV, merokok, minum alkohol dan lain-lain.
17. Bagaimana persepsi klien tentang kesehatannya saat ini, apakah Baik atau Kurang Baik.

B. PEMERIKSAAN DOAGNOSTIK

1. Laboratorium.
2. Foto Rontgen.
3. EKG.
4. Pemeriksaan lain-lain.

<p>Pembimbing Klinik</p> <p>-----</p>	<p>Jakarta,2015</p> <p>Praktikan</p> <p>-----</p>
---------------------------------------	---

Mengetahui
Pembimbing Akademik

Lampiran 2

PENGKAJIAN KEBUTUHAN CAIRAN

1. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

- a. Pola intake cairan dan makanan yang dikonsumsi dalam 24 Jam :
 - 1) Jumlah cairan yang diminum cc
 - 2) Jenisnya
- b. Pola pengeluaran cairan
 - 1) Apakah banyak mengeluarkan cairan, Ya / Tidak
 - 2) Bila Ya, melalui apa ? Muntah, diare, keringat.
- c. Penyakit yang pernah diderita ?
 Ginjal, Jantung, DM
 Hipertensi , Cirosis hepatitis dan lain-lain

2. Riwayat Saat ini (Sekarang)

- a. Pola intake cairan dan makanan yang dikonsumsi dalam 24 jam
 - 1) Jumlah cairan yang diminum cc
 - 2) Jenisnya
- b. Pola pengeluaran cairan
 - 1) Apakah banyak mengeluarkan cairan ? Ya / Tidak
 - 2) Bila Ya, Melalui apakah ? Muntah, Diare, Keringat ?
- c. Apakah tanda-tanda dehidrasi
 - 1) Perasaan haus
 - 2) Turgor kulit
 - 3) Oedema
 - 4) Sesak nafas
- d. Pengobatan/cairan yang diberikan
 - 1) Jenis Cairan
 - 2) Jumlah Cairan
 - 3) Jumlah tetesan
 - 4) Obat-Obatan yang diberikan

PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

1. Laboratorium :
2. Foto Rontgen :
3. EKG :
4. Pemeriksaan Lain :

Jakarta,2015

Pembimbing Klinik

Praktikan

Mengetahui
Pembimbing Akademik

Lampiran 3

**DAFTAR HADIR MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
PROGRAM JARAK JAUH**

NAMA :

SEMESTER/TINGKAT :

TEMPAT PRAKTEK :

NO.	TANGGAL	HADIR		PULANG		Ket/Kegiatan	Tanda Tangan pembimbing
		Jam	TT	Jam	TT		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

Lampiran 4

**FORMAT PENILAIAN RESPONSI DAN PENULISAN
ASKEP KLINIK KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN PENDIDIKAN JARAK JAUH**

Nama Institusi Pendidikan :
 Nama Mahasiswa :
 Tanggal Praktek :

No.	Penilaian Responsi & Penulisan Askep Klinik Keperawatan	Nilai*				
		A	B	C	D	E
1.	Kemampuan dalam mengkaji secara komprehensif					
2.	Kemampuan didalam menganalisa data yang dikumpulkan.					
3.	Kemampuan di dalam membuat diagnose keperawatan.					
4.	Kemampuan di dalam menentukan prioritas masalah.					
5.	Kemampuan didalam menentukan tindakan keperawatan.					
6.	Kemampuan didalam menentukan evaluasi keperawatan.					
7.	Kemampuan memberikan jawaban secara rinci dan terarah.					

Keterangan (Nilai di isi dengan angka) :

A = ≥ 86

B = 71 – 85

C = 60 – 69

D = 55 – 59

E = ≤ 49

Instruktur Klinik (CI)

.....

Total Nilai = Jumlah Nilai Seluruh

Nip.

Lampiran 5

**FORMAT PENILAIAN STRATEGI PELAKSANAAN (SP)
TINDAKAN KEPERAWATAN**

No.	Aspek yang dinilai	Nilai			Paraf CI
		1	2	3	
1	Data fokus				
	a. Data Subyektif				
	b. Data Obyektif				
2	Penetapan Diagnosa dan Tindakan				
3	Persiapan Alat				
4	Tahap Preinteraksi				
	a. Verifikasi Order				
	b. Cuci Tangan				
5	Tahap Orientasi				
	a. Memberi Salam, Memanggil Klien dengan Panggilan Yang Disenangi				
	b. Memperkenalkan Diri				
	c. Validasi Perasaan, Kognitif, Afektif dan Psikomotor Klien				
	d. Menjelaskan Kegiatan Yang Akan Dilakukan				
	e. Menjelaskan Prosedur dan Tujuan Tindakan				
	f. Kontrak Waktu Yang Dibutuhkan				
	g. Menjelaskan Kerahasiaan				
6	Tahap Kerja				
	a. Memberi Kesempatan Klien Bertanya				
	b. Menanyakan Keluhan Utama				
	c. Memulai Kegiatan Dengan Baik				
	d. Melakukan Tindakan Sesuai Prosedur				
7	Tahap Terminasi				
	a. Menyimpulkan Hasil Kegiatan : Evaluasi Proses Dan Hasil				
	b. Memberikan Reinforcement				
	c. Merencanakan Tindak Lanjut				
	d. Melakukan Kontrak Waktu Selanjutnya				
	e. Mengakhiri Kegiatan Dengan Baik				
8	Dokumentasi				
	Mencatat Hasil Kegiatan				

Keterangan :

1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan tapi Tidak Sempurna Instruktur Klinik (CI)

3 = Dilakukan dengan Sempurna

Nilai Batas Lulus : 75 %

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah Aspek yang dinilai}} \times 100\%$$

Lampiran 6

LEMBAR KONTRAK BELAJAR

Hari/ tanggal :/.....

NAMA : RUANGAN DINAS: RS / PUSKESMAS *:

KASUS/PERASAT YG AKAN DICAPAI	BUKTI PENCAPAIAN	EVALUASI PEMBIMBING (DIISI SETELAH PELAKSANAAN)

Menyetujui :

Pembimbing,

.....

Mahasiswa,

.....

Lampiran 7

**FORMAT PENILAIAN SIKAP PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN DASAR
PRODI DIII KEPERAWATAN PENDIDIKAN JARAK JAUH**

Nama Institusi Pendidikan :
 Nama Mahasiswa :
 Tanggal Praktek :

No.	Penilaian Sikap (Observasi)	Nilai*				
		A	B	C	D	E
1.	Tanggung jawab terhadap tugas yang diberikan.					
2.	Jujur selama melaksanakan praktek baik kepada CI/Petugas dan Pasien, dan lain-lain.					
3.	Disiplin dalam melaksanakan aturan dan tugas yang telah ditetapkan.					
4.	Sopan dan santun kepada pasien, seluruh petugas CI dan mahasiswa.					
5.	Didalam menyampaikan komunikasi kepada pasien, petugas/CI dan mahasiswa singkat dan jelas.					
6.	Mempunyai inisiatif, tidak menunggu untuk selalu disuruh.					
7.	Memiliki kerja sama antar mahasiswa anggota kelompok mahasiswa (TIM).					

Keterangan (Nilai di isi dengan angka):

A = ≥ 86

B = 71 – 85

C = 60 – 69

D = 55 – 59

E = ≤ 49

Instruktur Klinik (CI)

.....

Total Nilai = Jumlah Nilai Seluruh

Nip.

BAB II

KEBUTUHAN OKSIGEN DAN CAIRAN ELEKTROLIT

Budiono, SKp., M.Kes

PENDAHULUAN

Selamat berjumpa para mahasiswa keperawatan. Pada mata kuliah Praktik Keperawatan Dasar ini diharapkan dapat membantu Anda dalam mengembangkan ilmu pengetahuan, ketrampilan dan sikap dalam praktek keperawatan dasar di rumah sakit, puskesmas, maupun di masyarakat tentang asuhan keperawatan dasar.

Keperawatan sebagai "suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia". Pelayanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri.

Diharapkan Anda dapat memberikan asuhan keperawatan dasar dengan baik, pada saat Anda melakukan praktik klinik keperawatan dasar. Melalui praktik klinik ini Anda dapat berlatih untuk mengembangkan dan memadukan pengetahuan, keterampilan dan sikap yang akan diperlukan dalam kehidupan profesional sehingga siap sepenuhnya dalam praktik sebagai perawat yang kompeten dalam kewenangannya.

A. TUJUAN UMUM DARI PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR INI ADALAH

Anda mampu menerapkan pengetahuan yang telah didapatkan agar dapat memenuhi kebutuhan dasar manusia baik fisik, psikososial dan spiritual dengan menggunakan proses keperawatan pada semua tingkat usia, yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan Oksigen dan cairan elektrolit.

B. TUJUAN KHUSUS DARI PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR INI ADALAH

1. Melakukan pengkajian tentang kebutuhan oksigenasi.
2. Melakukan pengkajian tentang kebutuhan cairan elektrolit.
3. Merumuskan analisa data sesuai kasus gangguan oksigenasi.
4. Merumuskan analisa data sesuai kasus gangguan cairan elektrolit.
5. Melaksanakan perencanaan keperawatan sesuai kebutuhan oksigenasi.
6. Melaksanakan perencanaan keperawatan sesuai kebutuhan cairan elektrolit.

7. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan oksigenasi dengan tiga cara pemberian oksigen yaitu kateter nasal, kanul nasal, dan masker nasal.
8. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan cairan dan elektrolit dengan pemasangan infus.
9. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan oksigen.
10. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan cairan elektrolit.
11. Mendokumentasikan asuhan keperawatan, pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan oksigen.
12. Mendokumentasikan asuhan keperawatan, pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan cairan elektrolit.

C. TEMPAT PRAKTIK : RUMAH SAKIT, PUSKESMAS, DAN MASYARAKAT

Panduan ini dibuat agar Anda dapat melakukan praktik klinik dengan baik. Anda diminta memberikan pelayanan asuhan keperawatan dasar di rumah sakit, puskesmas atau di masyarakat mencakup 2 (dua) kebutuhan dasar manusia, yaitu:

Topik 1: Asuhan Keperawatan Kebutuhan Oksigenasi.

Topik 2: Asuhan Keperawatan Kebutuhan Cairan.

Praktik Klinik Keperawatan Dasar ini sangat relevan dengan tugas Anda sebagai seorang perawat baik dimasyarakat, puskesmas maupun di rumahsakit.

Adapun langkah-langkah yang harus Anda lakukan sebelum melakukan praktik klinik ini adalah :

1. Bacalah kembali panduan praktikum mata kuliah yang sudah Anda dapatkan sebelumnya yaitu Keperawatan Dasar atau Kebutuhan Dasar Manusia.
2. Pahami dulu format asuhan Keperawatan setiap kebutuhan pada halaman lampiran panduan praktikum ini.
3. Buatlah kontrak belajar dengan persetujuan pembimbing klinik.
4. Lakukan langkah kegiatan belajar secara berurutan dari Topik 1 kemudian Topik 2.
5. Orientasi situasi dan tempat praktik.
6. Lakukan identifikasi kasus yang akan diambil.
7. Keberhasilan proses pembelajaran praktik klinik ini tergantung dari kesungguhan Anda dalam berlatih.
8. Bila Anda mengalami kesulitan segeralah menghubungi pembimbing lahan (*clinical instructor*).
9. Pada akhir rotasi praktik di tiap ruangan, mintalah nilai sikap dan keterampilan dari pembimbing lahan. (*lampiran 6*).
10. Laporan Asuhan keperawatan yang harus Anda kumpulkan di akhir praktik:

- a. Laporan Asuhan Keperawatan 12 kebutuhan.
- b. Laporan kegiatan Harian.
- c. Pencapaian Target Kompetensi.
- d. Lembar penilaian sikap dan ketrampilan.
- e. Lembar penilaian asuhan Keperawatan.

Selamat belajar semoga sukses dan tidak menemukan kesulitan!

Topik 1

Asuhan Keperawatan Kebutuhan Oksigenasi

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Kompetensi Umum

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, Anda diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan Oksigen.

2. Kompetensi Khusus

Setelah melakukan praktik klinik asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi ini Anda diharapkan dapat:

- a. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi.
- b. Merumuskan diagnose keperawatan berdasarkan analisa data sesuai kasus pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi.
- c. Melaksanakan perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi dengan tiga cara pemberian oksigen yaitu kateter nasal, kanul nasal, dan masker nasal.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenase.

B. POKOK-POKOK MATERI

1. Pengkajian keperawatan dan klasifikasi data subyektif dan obyektif kebutuhan oksigenasi.
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan Analisa Data pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan Oksigenasi.
3. Perencanaan Keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi.
4. Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi dengan tiga cara pemberian oksigen yaitu kateter nasal, kanul nasal, dan masker nasal.
5. Evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenasi
6. Dokumentasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan oksigenase.

C. ALAT DAN BAHAN

Sebelum melakukan asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi Anda harus menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan:

1. Form pengkajian.
2. Tempat cuci tangan.
3. Sabun untuk cuci tangan.
4. Handuk.
5. Tensimeter.



Gambar 1. Tensimeter

6. Jam tangan
7. Stetoscop



Gambar 2. Stetoscop

7. Alat-alat oksigenase



Gambar 3. Macam-macam canul oksigen

9. Tabung oksigen dan humidifier.



Gambar 4 . Tabung oksigen dan humidifier

D. LANGKAH KEGIATAN PEMBERIAN OKSIGEN (O₂)

1. Pengertian

Pemberian Oksigen adalah Suatu pemberian oksigen ke dalam paru-paru melalui saluran pernapasan dengan menggunakan alat bantu oksigen. Tiga cara pemberian oksigen yaitu kateter nasal, kanul nasal, dan masker nasal.

2. Tujuan

- Memenuhi kebutuhan oksigen.
- Mencegah terjadi hipoksia.

3. Persiapan Alat

Peralatan yang dibutuhkan adalah:

- a. Tabung oksigen.
- b. Flow meter.
- c. Humidifier berisi air steril.
- d. Kateter nasal, kanula nasal dan masker (standard dan nonbreathing).
- e. Vaseline/jeli (pelumas steril yang larut dalam air).
- f. Sarung tangan.
- g. Spatel.
- h. Plester.
- i. Kasa.
- j. Senter.
- k. Tanda “dilarang merokok”.

4. Prosedur Tindakan

- a. Secara umum:
 - 1) Periksa pesanan dokter pada catatan klien mengenai terapi oksigen.
 - 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan prosedur.
 - 3) Menjelaskan prosedur pada klien dan keluarga.
 - 4) Atur aliran oksigen sesuai dengan kecepatan yang dibutuhkan, biasanya 1-6 liter/menit. Kemudian observasi humidifier dengan melihat air bergelembung.
 - 5) Atur posisi dengan semi fowler atau sesuai indikasi.
 - 6) Pakailah sarung tangan steril.
- b. Secara Khusus :
 - 1) Kanula Nasal
 - a) Letakkan kanul pada wajah klien, dengan lubang kanul masuk ke hidung dan karet pengikat melingkar ke kepala.
 - b) Jika kanul ingin tetap berada di tempatnya, plesterkan pada bagian wajah.
 - c) Alasi slang dengan kasa pada karet pengikat pada telinga dan tulang pipi jika dibutuhkan.



Gambar 5. Cara pemberian oksigen dengan menggunakan kanul nasal

2) Masker Wajah

- a) Tempatkan masker ke arah wajah klien dan letakkan dari hidung ke bawah.
- b) Atur masker sesuai dengan bentuk wajah. Masker harus menutup wajah sehingga sangat sedikit oksigen yang keluar lewat mata atau sekitar pipi dan dagu.
- c) Ikatkan karet pengikat melingkar kepala klien sehingga masker terasa nyaman.
- d) Alasi slang dengan kasa pada karet pengikat pada telinga dan tulang pipi jika dibutuhkan.



Gambar 6. Cara pemberian oksigen melalui masker

3) Kateter Nasal

- a) Ukur kateter nasal dimulai dari telinga sampai ke hidung dan diberi tanda.
- b) Buka saluran udara dari tabung oksigen.
- c) Berikan minyak pelumas (vaselin/jeli).
- d) Masukkan ke dalam hidung sampai batas yang ditentukan.
- e) Lakukan pengecekan kateter apakah sudah masuk atau belum dengan menekan lidah pasien menggunakan spatel (akan terlihat posisinya di belakang uvula).
- f) Fiksasi pada daerah hidung.

5. Hal-hal yang diperhatikan Selama Pemberian Oksigen

- a. Periksa pemberian oksigen setiap 6-8 jam.
- b. Kaji cuping, septum, dan mukosa hidung serta periksa kecepatan aliran oksigen setiap 6-8 jam.
- c. Pertahankan tinggi air pada humidifier.
- d. Catat kecepatan aliran oksigen, rute pemberian, dan respons klien.

E. LANGKAH KEGIATAN PENGKAJIAN

Asuhan keperawatan kebutuhan oksigena ini dapat Anda lakukan di puskesmas, rumah sakit atau di masyarakat saat Anda praktik asuhan keperawatan komunitas. Langkah awal yang Anda lakukan adalah mempersilakan klien yang datang ke poliklinik rumah sakit/ puskesmas untuk duduk di kursi yang ada. Anda silahkan memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama.



Gambar 7. Contoh posisi saat pengkajian

Selanjutnya ikuti langkah-langkah berikut ini :

1. Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, lakukan cuci tangan 7 langkah terlebih dahulu.

7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



Gambar 8. Cara cuci tangan 7 langkah

2. Lakukanlah Pengkajian Meliputi
 - a. Anamnese
 - 1) Tanyakan identitas pasien (nama, umur, pendidikan, agama, suku bangsa, alamat).
 - 2) Tanyakan keluhan utama yang dialami pasien bila ada.
 - 3) Tanyakan riwayat kesehatan saat ini meliputi pola P (*Paliatif* atau penyebab), Q (*Quality* atau kualitas), R (*Regio* atau tempat), S (*Safety of life*), T (*Time*).
 - 4) Tanyakan riwayat kesehatan yang lalu meliputi apakah pernah sakit sampai dirawat di rumah sakit, jika pernah dirawat, tanyakan jenis sakitnya.
 - b. Pemeriksaan fisik secara umum (*head to toe*).
3. Lakukan pengumpulan data obyektif meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), pemeriksaan fisik (*head to toe*). Dengan cara mengajukan beberapa pertanyaan sebagai berikut:
 - a. Apakah klien pernah mengalami masalah respirasi tentang perubahan bunyi nafas : Ya / Tidak.
Bila Ya, bunyi yang bagaimana : wheezing, ronchi pleura friction rub dan lain lain.
 - b. Apakah klien pernah mengalami gangguan saluran pernapasan seperti: Batuk, pilek, bronchitis, asthma, batuk rejan dan lain-lain.
Bila klien terserang batuk, pilek, sesak nafas, berapa lama klien mengalaminya: satu minggu, dua minggu, satu bulan, dan lain-lain.
 - c. Obat-obat apa saja yang klien gunakan bila:
 - 1) Batuk pilek :
 - 2) Sesak :
 - d. Apakah klien mengalami batuk : Ya / Tidak.
Bila Ya, produktif atau non produktif.
 - e. Kapan frekuensi batuk yang paling sering : pagi / sore / malam hari.
 - f. Apakah produksi : putih / riak / darah.
Apakah warna sputum : putih, bening, kuning, hijau, ada darah, coklat, dan lain-lain.
 - g. Bagaimana konsistensi sputum : kental, berair, dan lain-lain.
 - h. Apakah klien biasa merokok : Ada atau Tidak Ada
Bila Ya, berapa batang perhari
 - i. Apakah dalam keluarga ada yang merokok : Ada / Tidak Ada.
Bila Ada, Siapa
 - j. Apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit infeksi saluran perapasan dan atau penyakit jantung : Ada / Tidak ada
Bila Ada, Siapa
 - k. Seperti ada rasa nyeri yang klien alami : diemas, ditusuk-tusuk, dan lain-lain.
 - l. Apakah dalam keluarga klien ada yang hipertensi, CVA, Penyakit jantung, obesitas, kebiasaan makan lemak dan lain-lain.

- m. Apakah klien pernah mendapat pengobatan untuk penyakit jantung hipertensi dan penyakit pernapasan : Pernah / Tidak Pernah.
 - n. Berapa dosis yang klien dapatkan :
Kapan waktu pemberiannya
Apakah side efeknya : Ada / Tida Ada
Bila Ada, Efek apa yang ditimbulkannya
 - o. Bagaimana klien mengatasi stres, apakah membaca, menonton TV, merokok, minum alkohol dan lain-lain.
 - p. Bagaimana persepsi klien tentang kesehatannya saat ini, apakah Baik atau Kurang Baik.
- 4. Lakukan klasifikasi data objektif dan subjektif kemudian dilanjutkan dengan analisa data sesuai kasus tersebut.
 - 5. Setelah Anda selesai melakukan klasifikasi data subjektif dan objektif selanjutnya Anda rumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh klien.
 - 6. Kemudian Anda buat rencana keperawatan sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang telah Anda rumuskan.
 - 7. Anda lanjutkan dengan melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah Anda susun berdasarkan perioritas masalahnya.
 - 8. Selanjutnya Anda lakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan.
 - 9. Kemudian lakukan dokumentasikan asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi. Contoh format laporan terdapat pada lampiran 1 di akhir panduan praktik ini.

Ringkasan

Selamat, Anda telah belajar memberikan asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi. Dengan demikian Anda sebagai seorang perawat telah menguasai salah satu kompetensi Anda. Hal-hal penting yang sudah Anda pelajari dalam panduan praktik klinik ini adalah memberikan asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi meliputi tahap-tahap sebagai berikut:

- 1. Pengkajian kebutuhan oksigenasi.
- 2. Analisa Data kebutuhan oksigenasi.
- 3. Diagnosa Keperawatan kebutuhan oksigenasi.
- 4. Perencanaan Keperawatan kebutuhan oksigenasi.
- 5. Tindakan Keperawatan kebutuhan oksigenasi.
- 6. Evaluasi Keperawatan kebutuhan oksigenasi.
- 7. Dokumentasi Keperawatan kebutuhan oksigenasi.

Tugas Mandiri

Lakukan asuhan Keperawatan kebutuhan oksigenasi kepada 5 pasien dari pengkajian, analisa data, Diagnosa Kepeawatan, Perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasinya.

Topik 2

Asuhan Keperawatan Kebutuhan Cairan

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Kompetensi Dasar

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, Anda diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.

B. KOMPETENSI KHUSUS

Setelah melakukan praktik klinik asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit, Anda diharapkan dapat:

1. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.
2. Merumuskan Diagnosa keperawatan berdasarkan analisa data pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.
3. Melaksanakan perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.
5. Melakukan evaluasi tindakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.

C. POKOK-POKOK MATERI

1. Pengkajian keperawatan dan klasifikasi data subyektif dan obyektif pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan Analisa Data pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.
3. Perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.
4. Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.
5. Evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.

6. Dokumentasi asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit.

D. PEMBERIAN CAIRAN MELALUI INFUS (IVF)

1. Pengertian

- a. Pemasangan Infus adalah memasukkan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dalam jumlah banyak dan waktu yang lama, dengan menggunakan alat Infus set.
- b. Pemasangan Infus adalah teknik penusukan/pemasukan jarum atau kateter infuse (*Abocat*) melalui transkutan dengan stilet tajam, yang kaku dan steril yang disambungkan dengan spuit.

3. Tujuan

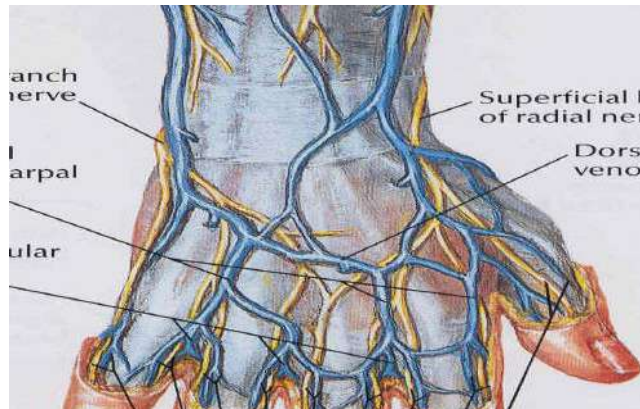
- a. Mempertahankan, mengganti cairan serta Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh yang mengandung air elektrolit, vitamin protein lemak dan kalori yang tidak dapat dipertahankan secara oral
- b. Memperbaiki asam basah
- c. Pemeliharaan nutrisi
- d. Pemberian obat-obatan intavena kedalam tubuh lewat intra vena
- e. Hemodynamic monitoring
- f. Akses dalam keadaan darurat
- g. Memonitor tekana vena sentral (CVP)
- h. Suatu alat yang mempunyai kemampuan memompa cairamasuk kedalam tubuh dengan cairan tertentu dan dosis tertentu sesuai dengan program yang di berikan.
- i. Pasien yang diduga hipovolum
- j. Pasien yang mengalami trauma berat

3. Lokasi Penusukan

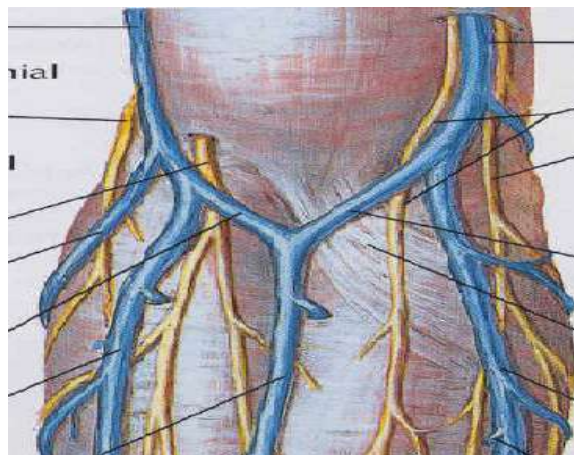
- a. Bagian Punggung Telapak Tangan – Vena Metakarpal. Jika Memungkinkan lakukan pada vena digitalis.



- b. Lengan bawah-vena basilica atau cephalica.



- c. Siku bagian dalam-fossa antecubital-media basilica dan media cephalic untuk penusukan infuse jangka pendek.



- d. Ekstremitas bawah:
- 1) Kaki-vena pleksus dorsum, arkus vena dorsalis, vena medical marginalis.
 - 2) Mata kaki- vena saphena magma.

D. KEUNTUNGAN DAN KESULITAN

1. Keuntungan :

- a. memungkinkan lengan bergerak bebas.
- b. jika kemudian timbul masalah pada tempat penusukan awal bias digunakan Vena pada bagian atasnya.

2. Kesulitan :

- a. pada anak-anak vena lebih kecil.
- b. pada orang yang lemak yang berlebihan venanya kurtidak terlihat.
- c. pada pasien yang mengalami diare/dehidrasi ringan dan berat.

3. Persiapan Pasien

- a. Monitoring keadaan umum pasien
 - 1) Tingkat kesadaran.
 - 2) Tanda-tanda vital.
 - 3) Keadaan kulit atau turgor.
- b. Memberikan informasi kepada pasien
 - 1) Kapan dan untuk apa diberikan Infus.
 - 2) Berapa lama pemberian Infus.
 - 3) Hal yang harus dilakukan selama pemasangan Infus.
 - 4) Menjaga/mempertahankan tempat insersi agar tidak kotor/dikotori.
 - 5) Tidak boleh mengatur tetesan sendiri.
 - 6) Tidak boleh menarik selang Infus sendiri.
 - 7) Bila ada yang dikeluhkan berhubungan dengan tempat insersi, harus diberitahukan kepada perawat.

4. Perseiapan Alat



- a. Cairan yang diberikan
- b. Kapas steril
- c. Kasa steril
- d. Alkohol 70%
- e. Povidone iodone

- f. Plester
- g. Standar Infus
- h. Infus set
- i. IV Chateter sesuai usia (Abocat)
- j. Handskund steril sekali pakai
- k. Perlak/pengalas
- l. Bengkok
- m. Alat pencukur
- n. Gunting
- o. Tornikuet/manset
- p. Gunting
- q. Verban
- r. Spalk dalam keadaan siap pakai, bila perlu.
- s. Obat-obatan jika akan diberikan therapy obat lewat IV.

5. Prosedur Kerja

- a. Tahap Pre Interaksi
 - 1) Cek atau baca status dan terapi cairan pasien.
 - 2) Cuci tangan.
 - 3) Siapkan alat-alat dan bawa kedekat pasien.
- b. Tahap Orientasi
 - 1) Beri salam, Panggil klien dengan nama kesukaannya.
 - 2) Jelaskan maksud dan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan yang akan dilakukan oleh perawat untuk pasien.
- c. Tahap Kerja
 - 1) Bila dimungkinkan tindakan sebaiknya dilakukan oleh 2 orang perawat.
 - 2) Beri kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan.
 - 3) Menanyakan keluhan utama atau keluhan yang dirasakan sekarang.
 - 4) Menjaga prifasi pasien.
 - 5) Letakkan pasien pada posisi semi fowler atau supine jika tidak memungkinkan.
 - 6) Bebaskan lengan pasien dari baju/kemeja.
 - 7) Letakkan manset 5-15 cm di atas tempat tusukan.
 - 8) Letakkan alas plastik di bawah lengan klien.
 - 9) Hubungan cairan infus dengan infus set dan gantungkan.
 - 10) Periksa label pasien sesuai dengan instruksi cairan yang akan diberikan.
 - 11) Alirkan cairan infus melalui selang infus sehingga tidak ada udara di dalamnya.
 - 12) Kencangkan klem sampai infus tidak menetes dan pertahankan kesterilan sampai pemasangan pada tangan disiapkan.
 - 13) Kencangkan tournique/manset.

- 14) Anjurkan pasien untuk mengepal dan membukanya beberapa kali, palpasi dan pastikan tekanan yang akan ditusuk.
- 15) Bersihkan kulit dengan cermat menggunakan kapas alkohol, lalu diulangi dengan menggunakan kapas betadin. Arah melingkar dari dalam keluar lokasi tusukan.
- 16) Gunakan ibu jari untuk menekan jaringan dan vena 5 cm di atas/di bawah tusukan.
- 17) Pegang jarum pada posisi 30° pada vena yang akan ditusuk, setelah pasti masuk, lalu tusuk perlahan dengan pasti.
- 18) Rendahkan posisi jarum sejajar pada kulit dan tarik jarum sedikit lalu teruskan plastik IV catheter ke dalam vena.
- 19) Tekan dengan jari ujung plastik IV catheter.
- 20) Tarik jarum infus keluar.
- 21) Sambungkan plastik IV catheter dengan ujung selang infus.
- 22) Lepaskan manset.
- 23) Buka klem infus sampai cairan mengalir lancar.
- 24) Oleskan dengan salep betadin di atas tempat penusukan, kemudian ditutup dengan kasa steril.
- 25) Fiksasi posisi plastik IV catheter dengan plester.
- 26) Atur tetesan infus sesuai dengan ketentuan, pasang stiker yang sudah diberi tanggal.
- 27) Chateter bersayap (Wing Needle)
 - a) Letakkan plester di bawah sayap kemudian lipat di atas sayap searah dan sejajar ujung IV chateter.
 - b) Letakkan plester kedua di atas pangkal IV chateter dan sayap dengan posisi melintang.
 - c) Tutup bagian kasa steril dan letakkan dengan plester sesuai dengan kebutuhan.
 - d) Tulis tanggal dan jam pemasangan IV chateter pada plester penutup kasa.
- f. Tahap Terminasi
 - 1) Evaluasi pasien dan hasil kegiatan.
 - 2) Lakukan kontrak kegiatan dengan pasien.
 - 3) Akhiri kegiatan dengan sapaan atau salam.
 - 4) Buka sarung tangan Cuci tangan.
- g. Dokumentasi
Catat hasil dalam melakukan perawatan.

6. Perhatian

- a. Kelancaran cairan dan jumlah tetesan harus tepat, sesuai dengan program pengobatan.

- b. Bila terjadi hematoma, bengkak dan lain-lain pada tempat insersi, maka Infus harus dihentikan dan dipindahkan pemasangannya ke bagian tubuh yang lainnya.
- c. Perhatikan reaksi pasien selama 15 menit pertama. Bila timbul reaksi alergi (misalnya menggigil, urtikaria, atau shock), maka Infus harus segera diperlambat tetesannya, jika perlu dihentikan, kemudian segera laporkan kepada seorang penanggung jawab ruangan atau dokter yang bersangkutan.
- d. Buat catatan pemberian Infus secara terperinci yang meliputi:
 - 1) Tanggal, hari, jam dimulainya pemasangan Infus.
 - 2) Macam dan jumlah cairan atau obat serta jumlah tetesan permenit.
 - 3) Keadaan umum pasien (Vital sign, dll) selama pemasangan Infus).
 - 4) Reaksi pasien yang timbul akibat pemberian cairan atau obat.
 - 5) Nama dokter atau petugas pelaksana atau yang bertanggung jawab. Siapkan cairan atau obat untuk pemberian selanjutnya.
 - 6) Perhatikan teknik aseptik dan septic.
 - 7) Cara pemasangan Infus harus sesuai dengan perangkat Infus yang digunakan.

E. LANGKAH KEGIATAN PENGKAJIAN

Asuhan Keperawatan pada kebutuhan cairan ini lebih menekankan kepada kebutuhan cairan yang harus di penuhi oleh setiap manusia.

1. Pada pembelajaran ini, silahkan Anda identifikasi pada pasien yang berkunjung ke puskesmas maupun rumah sakit yang mengalami masalah kebutuhan cairan. Langkah awal yang Anda lakukan adalah mempersilahkan pasien masuk ke ruang periksa dan mempersilahkan duduk. Jangan lupa Anda perkenalkan diri, sebutkan nama Anda, jelaskan maksud dan tujuan Anda melakukan pemeriksaan.
2. Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, lakukan cuci tangan 7 langkah terlebih dahulu.

7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



Gambar 5 : cara cuci tangan 7 langkah

3. Lakukanlah Pengkajian

a. Anamnese meliputi:

- 1) Tanyakan identitas pasien (nama, umur, pendidikan, agama, suku bangsa, alamat).
- 2) Tanyakan keluhan utama yang dialami pasien bila ada.
- 3) Tanyakan riwayat kesehatan saat ini meliputi pola P (*Paliatif* atau penyebab), Q (*Quality* atau kualitas), R (*Regio* atau tempat), S (*Safety of life*), T (*Time*).

b. Tanyakan riwayat kesehatan yang lalu meliputi apakah pernah sakit sampai dirawat di rumah sakit, jika pernah dirawat, tanyakan jenis sakitnya.

c. Lakukan pengumpulan data obyektif pada remaja meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), pemeriksaan fisik (*head to toe*). Dengan mengajukan beberapa pertanyaan sebagai berikut:

- 1) Pola intake cairan dan makanan yang dikonsumsi dalam 24 Jam :
 Jumlah cairan yang diminum
 cc
 Jenisnya
- 2) Pola pengeluaran cairan
 Apakah banyak mengeluarkan cairan, Ya / Tidak
 Bila Ya, melalui apa ? Muntah, diare, keringat.
- 3) Penyakit yang pernah diderita ?
 Ginjal, Jantung, DM
 Hipertensi, Cirosis hepatitis dan lain-lain
- 8) Pola intake cairan dan makanan yang dikonsumsi dalam 24 jam
 Jumlah cairan yang diminum cc Jenisnya
- 9) Pola pengeluaran cairan:
 Apakah banyak mengeluarkan cairan ? Ya / Tidak
 Bila Ya, Melalui apakah ? Muntah, Diare, Keringat ?
- 10) Apakah tanda-tanda dehidrasi
 Perasaan haus :
 Turgor kulit :
 Oedema :
 Sesak nafas :
- 11) Pengobatan/cairan yang diberikan
 Jenis Cairan :
 Jumlah Cairan :
 Jumlah tetesan :
 Obat-Obat yang diberikan :

4. Lakukan klasifikasi data obyektif dan subjektif kemudian dilanjutkan dengan analisa data sesuai kasus tersebut.

5. Setelah Anda selesai melakukan klasifikasi data subjektif dan objektif selanjutnya Anda rumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh klien.
6. Kemudian Anda buat rencana keperawatan sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang telah Anda rumuskan.
7. Anda lanjutkan dengan melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah Anda susun berdasarkan perioritas masalahnya.
8. Selanjutnya Anda lakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan.
9. Kemudian lakukan dokumentasikan asuhan keperawatan kebutuhan cairan Contoh format laporan terdapat pada lampiran 1 di akhir panduan praktik ini.

Ringkasan

Selamat, Anda telah belajar memberikan asuhan keperawatan kebutuhan cairan. Dengan demikian Anda sebagai seorang perawat telah menguasai salah satu kompetensi Anda. Hal-hal penting yang sudah Anda pelajari dalam panduan praktik klinik ini adalah sebagai berikut:

Asuhan keperawatan kebutuhan cairan elektrolit meliputi tahap-tahap sebagai berikut:

8. Pengkajian kebutuhan cairan elektrolit.
9. Analisa Data kebutuhan cairan elektrolit.
10. Diagnosa Keperawatan kebutuhan cairan elektrolit.
11. Perencanaan Keperawatan kebutuhan cairan elektrolit.
12. Tindakan Keperawatan kebutuhan cairan elektrolit.
13. Evaluasi Keperawatan kebutuhan cairan.
14. Dokumentasi Keperawatan kebutuhan cairan.

Tugas Mandiri

Berlatihlah lebih sering untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit, sampai Anda merasa mampu melakukan sendiri tanpa pendampingan pembimbing klinik.

Lakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan elektrolit kepada 5 pasien. Mulailah dari pengkajian, analisa data, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasinya asuhan keperawatan yang sudah Anda lakukan.

Daftar Pustaka

- Alimul, Aziz. 2009. *Kebutuhan Dasar Manusia*. Buku 1, Jakarta: Salemba Medika.
- Carpenito. L. J. 1997. *Nursing Diagnosa Application to Clinical Practice*, 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- _____. 2004. *Nursing Diagnosa Application to Clinical Practice*, 10 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Doenges M. E. M. F. Moorhouse. 2001. *Rencana Perawatan Maternal Pedoman untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klin*, ed 2. Jakarta: EGC.
- Hohnsoon. M.M. Maas. S. Moorhead. 2000. *Nursing Outcomes calassification (NOC) 2 ed*. IOWA Outcomes Project: Mosby.
- _____. 2000. *Nursing Intervention calassification (NIC) 2 ed*. IOWA Outcomes Project: Mosby.
- Heardman T. Heather, Kamitsuru Shigemi *Nanda International, Inc. Nursing Diagnosa: Definition & Classification*, 2015-1017 Tenth Edition Oxford Wiley Blackwell.
- Kozier, Erb, Berman, & Snyder. 2011. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik*, ed.7. Vol.1. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Priharjo, R. 1996. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. A. A. G. Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*, ed.2. Jakarta: EGC.
- Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*:
- Stole, K.M. 2004. *Diagnosa Keperawatan Sejahtera*. Jakarta: EGC.
- Talbot, L.A.M. Maeyers M. 1997. *Pengkajian Keperawatan Kritis*, ed.2 Jakarta: EGC.

Lampiran:

Lampiran 1 : Format laporan asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi.

Lampiran 2 : Format laporan asuhan keperawatan kebutuhan cairan.

Lampiran 3 : Contoh Format daftar hadir.

Lampiran 4 : Format penilaian asuhan keperawatan dalam penilaian penampilan klinik.

Lampiran 5 : Format penilaian sikap dalam penilaian penampilan klinik.

Lampiran 6 : Daftar tilik.

Lampiran 1

Pengkajian Kebutuhan Oksigen dan Karbondioksida

A. PENGKAJIAN KEBUTUHAN OKSIGEN DAN KARBONDIOKSIDA

1. Apakah klien pernah mengalami masalaha respirasi tentang perubahan bunyi nafas: Ya/Tidak.
Bila Ya, bunyi yang bagaimana: wheezing, ronchi pleura friction rub dan lain lain.
2. Apakah klien pernah mengalami gangguan saluran pernapasan seperti: Batuk, pilek, bronchitis, asthma, batuk rejan dan lain-lain.
Bila klien terserang batuk, pilek, sesak nafas, berapa lama klien mengalaminya: satu minggu, dua minggu, satu bulan, dan lain-lain.
3. Obat-obat apa saja yang klien gunakan bila:
Batuk pilek :
Sesak :
4. Apakah klien mengalami batuk : Ya /Tidak
Bila Ya, produktif atau non produktif
5. Kapan frekuensi batuk yang paling sering : pagi/sore/malam hari
6. Apakah produksi : putih/riak/darah
7. Apakah warna sputum : putih, bening, kuning, hijau, ada darah, coklat, dan lain-lain.
8. Bagaimana konsistensi sputum : kental, berair, dan lain-lain.
9. Apakah klien biasa merokok : Ada atau Tidak Ada
Bila Ya, berapa batang perhari
10. Apakah dalam keluarga ada yang merokok : Ada/Tidak Ada.
Bila Ada, Siapa
11. Apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit infeksi saluran perapasan dan atau penyakit jantung : Ada /Tidak ada.
12. Bila Ada, Siapa
13. Seperti ada rasa nyeri yang klien alami : diemas, ditusuk-tusuk, dan lain-lain.
14. Apakah dalam keluarga klien ada yang hipertensi, CVA, Penyakit jantung, obesitas, kebiasaan makan lemak dan lain-lain.
15. Apakah klien pernah mendapat pengobatan untuk penyakit jantung hipertensi dan penyakit pernapasan : Pernah /Tidak Pernah.
16. Berapa dosis yang klien dapatkan :
17. Kapan waktu pemberinya
18. Apakah side efeknya : Ada /Tida Ada
19. Bila Ada, Efek apa yang ditimbulkannya
20. Bagaimana klien mengatasi stres, apakah membaca, menonton TV, merokok, minum alkohol dan lain-lain.
21. Bagaimana persepsi klien tentang kesehatannya saat ini, apakah Baik atau Kurang Baik.

B. PEMERIKSAAN DOAGNOSTIK

1. Laboratorium
2. Foto Rontgen
3. EKG
4. Pemeriksaan lain-lain

<p>Pembimbing Klinik</p> <p>-----</p>	<p>Jakarta,2015</p> <p>Praktikan</p> <p>-----</p>
---------------------------------------	---

Mengetahui
Pembimbing Akademik

Lampiran 2

PENGKAJIAN KEBUTUHAN CAIRAN

1. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

- a. Pola intake cairan dan makanan yang dikonsumsi dalam 24 Jam :
 - 1) Jumlah cairan yang diminum cc
 - 2) Jenisnya
- b. Pola pengeluaran cairan
 - 1) Apakah banyak mengeluarkan cairan, Ya / Tidak
 - 2) Bila Ya, melalui apa ? Muntah, diare, keringat.
- c. Penyakit yang pernah diderita ?
 Ginjal, Jantung, DM
 Hipertensi , Cirosis hepatitis dan lain-lain

2. Riwayat Saat ini (Sekarang)

- a. Pola intake cairan dan makanan yang dikonsumsi dalam 24 jam
 - 1) Jumlah cairan yang diminum cc
 - 2) Jenisnya
- b. Pola pengeluaran cairan
 - 1) Apakah banyak mengeluarkan cairan ? Ya / Tidak
 - 2) Bila Ya, Melalui apakah ? Muntah, Diare, Keringat ?
- c. Apakah tanda-tanda dehidrasi
 - 1) Perasaan haus
 - 2) Turgor kulit
 - 3) Oedema
 - 4) Sesak nafas
- d. Pengobatan/cairan yang diberikan
 - 1) Jenis Cairan
 - 2) Jumlah Cairan
 - 3) Jumlah tetesan
 - 4) Obat-Obatan yang diberikan

PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

6. Laboratorium :
7. Foto Rontgen :
8. EKG :
9. Pemeriksaan Lain :

Jakarta,2015

Pembimbing Klinik

Praktikan

Mengetahui
Pembimbing Akademik

Lampiran 3

**DAFTAR HADIR MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
PROGRAM JARAK JAUH**

NAMA :

SEMESTER/TINGKAT :

TEMPAT PRAKTEK :

NO.	TANGGAL	HADIR		PULANG		Ket/Kegiatan	Tanda Tangan pembimbing
		Jam	TT	Jam	TT		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

Lampiran 4

**FORMAT PENILAIAN RESPONSI DAN PENULISAN
ASKEP KLINIK KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN PENDIDIKAN JARAK JAUH**

Nama Institusi Pendidikan :
 Nama Mahasiswa :
 Tanggal Praktek :

No.	Penilaian Responsi & Penulisan Askep Klinik Keperawatan	Nilai*				
		A	B	C	D	E
1.	Kemampuan dalam mengkaji secara komprehensif					
2.	Kemampuan didalam menganalisa data yang dikumpulkan.					
3.	Kemampuan di dalam membuat diagnose keperawatan.					
4.	Kemampuan di dalam menentukan prioritas masalah.					
5.	Kemampuan didalam menentukan tindakan keperawatan.					
6.	Kemampuan didalam menentukan evaluasi keperawatan.					
7.	Kemampuan memberikan jawaban secara rinci dan terarah.					

Keterangan (Nilai di isi dengan angka) :

A = ≥ 86

B = 71 – 85

C = 60 – 69

D = 55 – 59

E = ≤ 49

Instruktur Klinik (CI)

.....

Total Nilai = Jumlah Nilai Seluruh

Nip.

Lampiran 5

**FORMAT PENILAIAN STRATEGI PELAKSANAAN (SP)
TINDAKAN KEPERAWATAN**

No.	Aspek yang dinilai	Nilai			Paraf CI
		1	2	3	
1	Data fokus				
	a. Data Subyektif				
	b. Data Obyektif				
2	Penetapan Diagnosa dan Tindakan				
3	Persiapan Alat				
4	Tahap Preinteraksi				
	a. Verifikasi Order				
	b. Cuci Tangan				
5	Tahap Orientasi				
	a. Memberi Salam, Memanggil Klien dengan Panggilan Yang Disenangi				
	b. Memperkenalkan Diri				
	b. Validasi Perasaan, Kognitif, Afektif dan Psikomotor Klien				
	c. Menjelaskan Kegiatan Yang Akan Dilakukan				
	d. Menjelaskan Prosedur dan Tujuan Tindakan				
	e. Kontrak Waktu Yang Dibutuhkan				
	f. Menjelaskan Kerahasiaan				
6	Tahap Kerja				
	a. Memberi Kesempatan Klien Bertanya				
	b. Menanyakan Keluhan Utama				
	c. Memulai Kegiatan Dengan Baik				
	d. Melakukan Tindakan Sesuai Prosedur				
7	Tahap Terminasi				
	a. Menyimpulkan Hasil Kegiatan : Evaluasi Proses Dan Hasil				
	b. Memberikan Reinforcement				
	c. Merencanakan Tindak Lanjut				
	d. Melakukan Kontrak Waktu Selanjutnya				
	e. Mengakhiri Kegiatan Dengan Baik				
8	Dokumentasi				
	Mencatat Hasil Kegiatan				

Keterangan :

1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan tapi Tidak Sempurna Instruktur Klinik (CI)

3 = Dilakukan dengan Sempurna

Nilai Batas Lulus : 75 %

Nilai = $\frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah Aspek yang dinilai}} \times 100\%$

Lampiran 6

LEMBAR KONTRAK BELAJAR

Hari/ tanggal :/.....

NAMA : RUANGAN DINAS: RS / PUSKESMAS *:

KASUS/PERASAT YG AKAN DICAPAI	BUKTI PENCAPAIAN	EVALUASI PEMBIMBING (DIISI SETELAH PELAKSANAAN)

Menyetujui :

Pembimbing,

.....

Mahasiswa,

.....

Lampiran 7

**FORMAT PENILAIAN SIKAP PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN DASAR
PRODI DIII KEPERAWATAN PENDIDIKAN JARAK JAUH**

Nama Institusi Pendidikan :
 Nama Mahasiswa :
 Tanggal Praktek :

No.	Penilaian Sikap (Observasi)	Nilai*				
		A	B	C	D	E
1.	Tanggung jawab terhadap tugas yang diberikan.					
2.	Jujur selama melaksanakan praktek baik kepada CI/Petugas dan Pasien, dan lain-lain.					
3.	Disiplin dalam melaksanakan aturan dan tugas yang telah ditetapkan.					
4.	Sopan dan santun kepada pasien, seluruh petugas CI dan mahasiswa.					
5.	Didalam menyampaikan komunikasi kepada pasien, petugas/CI dan mahasiswa singkat dan jelas.					
6.	Mempunyai inisiatif, tidak menunggu untuk selalu disuruh.					
7.	Memiliki kerja sama antar mahasiswa anggota kelompok mahasiswa (TIM).					

Keterangan (Nilai di isi dengan angka):

A = ≥ 86

B = 71 – 85

C = 60 – 69

D = 55 – 59

E = ≤ 49

Instruktur Klinik (CI)

.....

Total Nilai = Jumlah Nilai Seluruh

Nip.

BAB III

KEBUTUHAN AKTIFITAS DAN ISTIRAHAT TIDUR

Budiono, SKp., M.Kes

PENDAHULUAN

Selamat berjumpa para mahasiswa keperawatan. Pada mata kuliah Praktik Keperawatan Dasar ini diharapkan dapat membantu saudara dalam mengembangkan ilmu pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam praktek keperawatan dasar di rumah sakit, puskesmas, maupun di masyarakat tentang asuhan keperawatan dasar.

Keperawatan sebagai "suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia". Pelayanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri

Diharapkan Anda dapat memberikan Asuhan Keperawatan Dasar dengan baik, saudara harus melakukan praktik klinik. Melalui praktik klinik ini Saudara dapat berlatih untuk mengembangkan dan memadukan pengetahuan, keterampilan dan sikap yang akan diperlukan dalam kehidupan profesional sehingga siap sepenuhnya dalam praktik sebagai perawat yang kompeten dalam kewenangannya.

A. TUJUAN UMUM DARI PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR INI ADALAH

Anda mampu menerapkan pengetahuan yang telah didapatkan agar dapat memenuhi kebutuhan dasar manusia baik fisik, psikososial dan spiritual dengan menggunakan proses keperawatan pada semua tingkat usia. yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktifitas dan istirahat tidur.

B. TUJUAN KHUSUS DARI PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR INI ADALAH

1. Melakukan pengkajian tentang kebutuhan aktivitas.
2. Melakukan pengkajian tentang kebutuhan istirahat tidur.
3. Merumuskan analisa data sesuai kasus gangguan aktivitas.
4. Merumuskan analisa data sesuai kasus gangguan istirahat tidur.
5. Melaksanakan perencanaan keperawatan sesuai kebutuhan aktivitas.
6. Melaksanakan perencanaan keperawatan sesuai kebutuhan istirahat tidur.

7. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan aktivitas.
8. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan istirahat tidur.
9. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan aktivitas.
10. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan istirahat tidur
11. Mendokumentasikan asuhan keperawatan, pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan aktivitas.
12. Mendokumentasikan asuhan keperawatan, pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan istirahat tidur.

C. TEMPAT PRAKTIK : RUMAH SAKIT, PUSKESMAS, DAN MASYARAKAT

Panduan ini dibuat agar Saudara dapat melakukan praktik klinik dengan baik. Saudara diminta memberikan pelayanan Asuhan keperawatan Dasar di rumah sakit, puskesmas atau di masyarakat mencakup 2 (dua) kebutuhan dasar manusia, yaitu:

Topik 1: Asuhan Keperawatan Kebutuhan Aktivitas.

Topik 2: Asuhan Keperawatan Kebutuhan Istirahat Tidur.

Praktik Klinik Keperawatan Dasar ini sangat relevan dengan tugas saudara sebagai seorang perawat baik di masyarakat, puskesmas maupun di rumah sakit.

Adapun langkah-langkah yang harus saudara lakukan sebelum melakukan praktik klinik ini adalah:

1. Bacalah kembali panduan praktik mata kuliah yang sudah saudara dapatkan sebelumnya yaitu Keperawatan Dasar atau Kebutuhan Dasar Manusia.
2. Pahami dulu format asuhan Keperawatan setiap kebutuhan pada halaman lampiran panduan praktik ini.
3. Buatlah kontrak belajar dengan persetujuan pembimbing klinik.
4. Lakukan langkah kegiatan belajar secara berurutan dari Topik 1 kemudian Topik 2.
5. Orientasi situasi dan tempat praktik.
6. Lakukan identifikasi kasus yang akan diambil.
7. Keberhasilan proses pembelajaran praktik klinik ini tergantung dari kesungguhan saudara dalam berlatih.
8. Bila saudara mengalami kesulitan segeralah menghubungi pembimbing lahan (*clinical instructor*).
9. Pada akhir rotasi praktik di tiap ruangan, mintalah nilai sikap dan keterampilan dari pembimbing lahan. (*lampiran 6*).
10. Laporan Asuhan keperawatan yang harus saudara kumpulkan di akhir praktik:
 - a. Laporan Asuhan Keperawatan 12 kebutuhan.
 - b. Laporan kegiatan Harian.
 - c. Pencapaian Target Kompetensi.

- d. Lembar penilaian sikap dan keterampilan.
- e. Lembar penilaian asuhan Keperawatan.

Selamat belajar semoga sukses dan tidak menemukan kesulitan!

Topik 1

Asuhan Keperawatan Kebutuhan Aktivitas

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Kompetensi Umum

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, saudara diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan kebutuhan Aktivitas.

2. Indikator

Setelah melakukan praktik klinik asuhan keperawatan kebutuhan Aktivitas ini saudara diharapkan dapat:

- a. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan Aktivitas.
- b. Merumuskan diagnose keperawatan berdasarkan analisa data sesuai kasus pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan Aktivitas.
- c. Melaksanakan perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan Aktivitas.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan Aktivitas.
- e. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan Aktivitas.
- f. Mendokumentasikan asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan Aktivitas.

B. POKOK-POKOK MATERI

1. Pengkajian keperawatan dan klasifikasi data subyektif dan obyektif kebutuhan Aktivitas.
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan Analisa Data pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan Aktivitas.
3. Perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan Aktivitas.
4. Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan Aktivitas.
5. Evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan Aktivitas
6. Dokumentasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan Aktivitas.

C. ALAT DAN BAHAN

Sebelum melakukan asuhan keperawatan kebutuhan Aktivitas saudara harus menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan:

1. Form pengkajian.
2. Tempat cuci tangan.
3. Sabun untuk cuci tangan.
4. Handuk.
5. Tensimeter.



Gambar 1: Tensimeter

6. Jam tangan.
7. Stetoskop.



Gambar 2: Stetoskop

8. Kursi roda.



Gambar 3: kursi roda

9. kruk.



Gambar 4: kruk 1 kaki



Gambar 5 : kruk 4 kaki



Gambar 6 : kruk

D. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA

1. Pengertian

Memindahkan pasien yang tidak dapat/tidak boleh berjalan, dilakukan dari tempat yang satu ke tempat yang lain.

2. Tujuan

- a. Mengurangi/menghindarkan pergerakan pasien sesuai dengan keadaan fisiknya.
- b. Memenuhi kebutuhan konsultasi atau pindah ruangan.

3. Kebijakan

Pelaksanaan dilakukan oleh petugas yang terampil.

4. Prosedur



A. PERSIAPAN

1. Persiapan Alat :

- Kursi roda.
- Handscun atau sarung tangan (jika perlu).

2. Persiapan Pasien:

- Pasien berada di tempat tidur.
- Jelaskan prosedur pada pasien.
- Atur posisi tempat tidur pasien pada posisi paling rendah, sampai kaki pasien bisa menyentuh lantai.
- Letakkan kursi roda sejajar atau sedekat mungkin dengan tempat tidur, kunci semua roda kursi.

B. PELAKSANAAN

1. Bantu pasien duduk di tepi tempat tidur.
2. Kaji postural hipotensi.
3. Intruksikan pasien untuk bergerak ke depan dan duduk di tepi bed.
4. Intruksikan mencondongkan tubuh ke depan mulai dari pinggul.
5. Intruksikan meletakkan kaki yang kuat di bawah tepi bed, sedangkan kaki yang lemah berada di depannya.
6. Meletakkan tangan pasien di atas permukaan bed atau di atas kedua bahu perawat.
7. Berdiri tepat di depan pasien, condogkan tubuh ke depan, fleksikan pinggul, lutut, dan pergelangan kaki. Lebarkan kaki dengan salah satu di depan dan yang lainnya di belakang.
8. Lingkari punggung pasien dengan kedua tangan perawat.
9. Tangan otot gluteal, abdominal, kaki dan otot lengan anda siap untuk melakukan gerakan.
10. Bantu pasien untuk berdiri, kemudian bergerak-gerak bersama menuju kursi roda.
11. Bantu pasien untuk duduk, minta pasien untuk membelakangi kursi roda, meletakkan kedua tangan di atas lengan kursi roda atau tetap pada bahu perawat.
12. Minta pasien untuk menggeser duduknya sampai pada posisi yang paling aman.
13. Turunkan tatakan kaki, dan letakkan kedua kaki pasien di atasnya.
Buka kunci roda pada kursi

C. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN MENGGUNAKAN ALAT BANTU JALAN (Kruk)

1. **Pengertian Alat Bantu Berjalan (Kruk)**
Kruk yaitu tongkat atau alat bantu untuk berjalan, biasanya digunakan secara berpasangan yang di ciptakan untuk mengatur keseimbangan pada saat akan berjalan.
2. **Tujuan Penggunaan Kruk**
 - a. Meningkatkan kekuatan otot, pergerakan sendi dan kemampuan mobilisasi.
 - b. Menurunkan risiko komplikasi dari mobilisasi.
 - c. Menurunkan ketergantungan pasien dan orang lain.
 - d. Meningkatkan rasa percaya diri klien.
3. **Fungsi Kruk**
 - a. Sebagai alat bantu berjalan.
 - b. Mengatur atau memberi keseimbangan waktu berjalan.
 - c. Membantu menyokong sebagian berat badan.
4. **Indikasi Pengguna Kruk**
 - a. Pasien dengan fraktur ekstremitas bawah.
 - b. Pasien dengan postop amputasi ekstremitas bawah.
 - c. Pasien dengan kelemahan kaki atau post stroke.

5. Kontra Indikasi

- a. Penderita demam dengan suhu tubuh lebih dari 37° C.
- b. Penderita dalam keadaan bedrest.
- c. Penderita dengan post op.

6. Manfaat Penggunaan Kruk

- a. Memelihara dan mengembalikan fungsi otot.
- b. Mencegah kelainan bentuk, seperti kaki menjadi bengkok.
- c. Memelihara dan meningkatkan kekuatan otot.
- d. Mencegah komplikasi, seperti otot mengecil dan kekakuan sendi.

7. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam menggunakan kruk

- a. Perawat atau keluarga harus memperhatikan ketika klien akan menggunakan kruk.
- b. Monitor klien saat memeriksa penggunaan kruk dan observasi untuk beberapa saat sampai problem hilang.
- c. Perhatikan kondisi klien saat mulai berjalan.
- d. Sebelum digunakan, cek dahulu kruk untuk persiapan.
- e. Perhatikan lingkungan sekitar.
- f. Gunakan wc duduk untuk buang air besar.
- g. Bila tidak ada wc duduk, gunakan wc biasa dengan kursi yang tengahnya diberi lubang.
- h. Jaga keseimbangan tubuh.

8. Teknik Penggunaan Kruk

- a. Cara berjalan menggunakan kruk
 - 1) Langkah I, dengan kruk tetap di tempatnya, tekanan tempat di tangan anda, bukan pada ketiak Anda.
 - 2) Langkah II, pindahkan kaki dioperasikan dan kedua kruk maju pada saat yang sama.
 - 3) Langkah III, mencari dan lurus ke depan, langkah pertama melalui kruk dengan kaki dioperasikan diikuti oleh kaki Anda acreage.
- b. Teknik Turun Tangga
 - 1) Pindahkan berat badan pada kaki yang tidak sakit.
 - 2) Letakkan kruk pada anak tangga dan mulai untuk memindahkan berat badan pada kruk.
 - 3) Gerakkan kaki yang sakit ke depan.
 - 4) Luruskan kaki yang tidak sakit pada anak tangga dengan kruk.
- c. Teknik Naik Tangga
 - 1) Pindahkan berat badan pada kruk.
 - 2) Julurkan tungkai yang tidak sakit antara kruk dari anak tangga.
 - 3) Pindahkan berat badan dari kruk ke tungkai yang tidak sakit.
 - 4) Luruskan kaki yang tidak sakit pada anak tangga dengan kruk.

- d. Teknik Duduk
 - 1) Klien di posisi pada tengah depan kursi dengan aspek posterior kaki menyentuh kursi.
 - 2) Memberi metode yang aman untuk duduk dan bangun dari kursi.
 - 3) Klien memegang kedua kruk dengan tangan berlawanan dengan tungkai yang sakit.
 - 4) Bila kedua tungkai sakit, kruk ditahan, pegang pada tangan klien yang lebih kuat.
- e. Teknik Naik Kendaraan

Tubuh dirapatkan ke mobil, kemudian pegang bagian atas pintu, bokong diangkat kemudian naikan kaki yang sakit.
- f. Gaya Berjalan 4 Titik Tumpu
 - 1) Langkahkan kruk sebelah kanan ke depan.
 - 2) Langkahkan kaki sebelah kiri ke depan.
 - 3) Langkahkan kruk sebelah kiri ke depan.
 - 4) Langkahkan kaki sebelah kanan ke depan.
- g. Gaya Berjalan 3 Titik
 - 1) Kedua kayu penopang dan kaki yang tidak boleh menyangga dimajukan, kemudian menyusul kaki yang sehat.
 - 2) Kedua kayu penopang lalu segera dipindahkan ke muka lagi dan pola tadi di ulang lagi.
- h. Gaya Berjalan 2 Titik
 - 1) Kruk sebelah kiri dan kaki kanan maju bersama-sama.
 - 2) Kruk sebelah kanan dan kaki kiri maju bersama-sama.
- i. *Full Weight Bearing*

Berjalan normal, penggunaan alat penyangga di kurangi, lambat laun akhirnya dihilangkan.
- j. *Partial Weight Bearing*
 - 1) Dua tangan atau dua tongkat beserta satu tungkai lemah maju serentak.
 - 2) Tungkai yang sehat melangkah maju dengan berat tubuh bertumpu pada kedua tangan atau tongkat serta sebagian bertumpu pada kaki yang lemah.
- k. *Non weight Bearing*
 - 1) Dua tangan atau dua tungkai yang sakit maju serentak, posisi tungkai yang lemah diangkat bergantung ke arah depan.
 - 2) Tungkai yang sehat melangkah maju dengan berat tubuh bertumpu pada kedua tangan atau tongkat.
- l. *Swing To Gait*
 - 1) Langkahkan kedua kruk bersama-sama.
 - 2) Kedua kaki diangkat dan diayunkan maju sampai pada garis yang menghubungkan kedua tangan atau ujung kruk.

m. *Swing through Gait*

- 1) Langkahkan kedua kruk bersama-sama.
- 2) Kedua kaki diangkat, diayunkan melewati garis yang menghubungkan kedua tangan atau ujung kruk.

D. ALAT BANTU BERJALAN PASIEN

1. Pengertian

Alat bantu jalan pasien adalah alat bantu jalan yang digunakan pada penderita/pasien yang mengalami penurunan kekuatan otot dan patah tulang pada anggota gerak bawah serta gangguan keseimbangan.

2. Jenis- Jenis Alat Bantu Jalan Pasien

Masing-masing alat bantu jalan memiliki indikasi penggunaan dan cara penggunaan yang berbeda. Ada beberapa faktor yang dipertimbangkan untuk menentukan pola berjalan dengan menggunakan alat bantu jalan, antara lain kemampuan pasien untuk melangkah dengan satu/kedua tungkai, kemampuan *weight bearing* dan keseimbangan pasien dengan satu kaki/kedua tungkai, dan kemampuan kedua AGA untuk mempertahankan *weight bearing & amp*; keseimbangan, serta kemampuan mempertahankan tubuh dalam posisi berdiri.

Jenis-jenis alat bantu yang dipakai di antaranya:

1. KRUK
2. WALKER
3. KURSI RODA
4. TRIPOD / QUADRIPOD
5. STICK

1. KRUK

Kruk adalah alat bantu yang terbuat dari logam atau pun kayu dengan panjang yang cukup untuk diraih dari axilla sampai ke tanah atau lantai. Kruk memiliki permukaan cekung yang disesuaikan di bawah lengan dan sebuah balok melintang untuk tangan untuk menyangga berat badan.

Jenis-jenis Kruk

Pada dasarnya kruk dibagi dua yaitu kruk axilla dan kruk nonaxilla. Kruk nonaxilla dapat mentransfer 40-50% berat badan, sedangkan kruk axilla dapat mentransfer sampai 80% berat badan. Hal ini membuat kruk axilla lebih baik dalam menopang badan.

Kruk axilla memiliki dua bidang tegak lurus yaitu penopang bahu dan pegangan tangan. Kruk tersedia dalam berbagai ukuran berbeda. *Extension crutch* pada kruk merupakan tambahan agar panjang kruk dapat disesuaikan, sehingga berguna pada anak-anak yang dalam proses pertumbuhan agar dapat disesuaikan dengan perubahan tinggi

anak. Selain itu berguna di rumah sakit agar dapat digunakan oleh banyak orang. “Kruk ortho” memiliki penyangga bahu yang berkontur dan pegangan tangan yang dapat disesuaikan, sehingga lebih nyaman dalam penggunaannya.

2. WALKER

Walker adalah salah satu alat bantu berjalan yang kerangkanya terbuat dari bahan logam. Alat ini dilengkapi dengan dua gagang yang berfungsi sebagai tempat yang penggunaannya digunakan sebagai tempat pegangan serta menggunakan empat kaki sebagai penumpunya. Salah satu jenis walker adalah standar walker. Walker jenis ini biasanya digunakan untuk orang tua yang masih kuat mengangkat alat ini untuk berjalan, biasanya orang yang menggunakan alat ini membutuhkan bantuan dari orang lain.

3. KURSI RODA

Kursi roda adalah alat bantu yang digunakan oleh orang yang mengalami kesulitan berjalan menggunakan kaki, baik dikarenakan oleh penyakit, cedera, maupun cacat. Alat ini bisa digerakkan dengan didorong oleh pihak lain, digerakkan dengan menggunakan tangan, atau digerakkan dengan menggunakan mesin otomatis. Diperkirakan konsep pertama dari sebuah kursi roda telah diciptakan lebih dari 6.000 tahun yang lalu.

Jenis Kursi Roda

- a. Kursi Roda Manual.
- b. Kursi Roda Listrik.

Sejarah Awal Kursi Roda

Bukti bahwa evolusi pemikiran manusia mampu mengatasi keterbatasan fisik manusia telah terpaparkan dengan adanya sebuah penemuan benda sebagai pembantu manusia dalam berjalan yaitu kursi roda. Kursi roda untuk pertama kalinya berbentuk ide berdasarkan fungsinya telah nampak sejak tahun 4000 sebelum masehi. Adalah di dataran Mediterania daerah Basin bagian timur yang diduga sebagai cikal bakal ditemukannya kursi roda.

Sebagian pihak menganggap penemuan itu bukanlah kursi roda dan mereka berargumen itu hanyalah penemuan tentang sebuah furnitur bergerak. Bila ditelaah lebih jauh lagi, maka kita seharusnya mengakui penemuan di Mediterania ini sebagai awal adanya ide dasar dari kursi roda. Penemuan tentang menaruh roda di bawah suatu benda memang tidak begitu fenomenal bagi pemikiran manusia, namun bila dibayangkan penemuan itu adanya di era yang sangat jauh akan sebuah ilmu pengetahuan. Beranjak dari pemikiran masyarakat Mediterania ini kursi roda menjadi hal yang baru bagi peradaban manusia dan mulai memodifikasi fungsi dari furnitur yang dilengkapi roda.

Perkembangan kursi beroda semenjak nampak di dataran Mediterania ini terus berlanjut dari masa ke masa. Untuk yang akan terjabarkan di sini merupakan kelanjutan perkembangannya di seluruh dunia dari berbagai sudut pandang umum.

4. **TRIPOD/QUADRIPOD**

Tongkat Kaki 4 dan kaki 3 adalah alat bantu berjalan berupa tongkat dengan kaki-kaki berjumlah 4. Tongkat bisa diatur tinggi rendahnya agar bisa digunakan oleh orang dengan segala umur. Cocok digunakan oleh Lansia dan untuk rehabilitasi setelah kecelakaan atau operasi.

5. **STICK**

Tongkat kaki Lipat Besi Ringan dan Kuat untuk Orang Tua, adalah Tongkat kaki yang dapat dilipat menjadi pendek sehingga dapat dimasukkan ke dalam tas atau kantung plastik. Tongkat Lipat terbuat dari besi baja yang kuat namun ringan. Tinggi Tongkat kaki dapat disetel ketinggiannya menjadi 5 tingkat.

Teknik Penggunaan Tongkat

- a. Teknik Turun Tangga
 - 1) Pindahkan BB pada kaki yang tidak sakit.
 - 2) Letakkan kruk pada anak tangga dan mulai untuk memindahkan BB pada kruk.
 - 3) Gerakkan kaki yang sakit ke depan.
 - 4) Luruskan kaki yang tidak sakit pada anak tangga dengan kruk.
- b. Teknik Naik Tangga
 - 1) Pindahkan berat badan pada kruk.
 - 2) Julurkan tungkai yang tidak sakit antara kruk dari anak tangga.
 - 3) Pindahkan berat badan dari kruk ke tungkai yang tidak sakit.
 - 4) Luruskan kaki yang tidak sakit pada anak tangga dengan kruk.
- c. Teknik Duduk
 - 1) Klien di posisi pada tengah depan kursi dengan aspek posterior kaki menyentuh kursi.
 - 2) Memberi metode yang aman untuk duduk dan bangun dari kursi.
 - 3) Klien memegang kedua kruk dengan tangan berlawanan dengan tungkai yang sakit.
 - 4) Bila kedua tungkai sakit, kruk ditahan, pegang pada tangan klien yang lebih kuat.
- d. Teknik Naik Kendaraan

Tubuh dirapatkan ke mobil, kemudian pegang bagian atas pintu, bokong diangkat kemudian naikkan kaki yang sakit.

E. TEHNIK LATIHAN DENGAN ALAT BANTU

Teknik latihan jalan dengan alat bantu dapat dilakukan dengan berbagai tipe, di antaranya adalah: *Full Weight Bearing* (FWB): teknik jalan dengan cara tungkai (LE) menyangga penuh berat badan/diberi beban penuh. Tanpa alat bantu. *Partial Weight Bearing* (PWB): teknik jalan dengan cara tungkai (LE) menyangga sebagian dari BB/diberi beban sebagian pakai alat bantu. *Non Weight Bearing* (NWB): teknik jalan dengan cara tungkai (LE) tidak menyangga BB/tanpa beban.

F. MANFAAT PENGGUNAAN ALAT BANTU BERJALAN PASIEN

1. Memelihara dan mengembalikan fungsi otot.
2. Mencegah kelainan bentuk, seperti kaki menjadi bengkok.
3. Memelihara dan meningkatkan kekuatan otot.
4. Mencegah komplikasi, seperti otot mengecil dan kekakuan sendi.

G. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

Asuhan Keperawatan Kebutuhan aktivitas ini dapat saudara lakukan di puskesmas, rumah sakit atau di masyarakat saat saudara praktik asuhan keperawatan komunitas. Langkah awal yang saudara lakukan adalah mempersilakan klien yang datang ke poliklinik rumah sakit/puskesmas untuk duduk di kursi yang ada. Saudara silahkan memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama. Selanjutnya ikuti langkah-langkah berikut ini:



Gambar 1. Contoh Posisi saat Pengkajian

1. Lakukanlah Pengkajian Anamnese meliputi:
 - a. Tanyakan identitas pasien (nama, umur, pendidikan, agama, suku bangsa, alamat).
 - b. Tanyakan keluhan utama yang dialami pasien bila ada.
 - c. Tanyakan riwayat kesehatan saat ini meliputi pola P (*Paliatif* atau penyebab), Q (*Quality* atau kualitas), R (*Regio* atau tempat), S (*Safety of life*), T (*Time*).
 - d. Tanyakan riwayat kesehatan yang lalu meliputi apakah pernah sakit sampai dirawat di rumah sakit, jika pernah dirawat, tanyakan jenis sakitnya.
2. Lakukan pengumpulan data obyektif pada pasien meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), pemeriksaan fisik (*head to toe*). Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, lakukan cuci tangan 7 langkah terlebih dahulu.

7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



Gambar 2. Cara cuci tangan 7 langkah

- a. Lakukan klasifikasi data objektif dan subjektif kemudian dilanjutkan dengan analisa data sesuai kasus tersebut.
- b. Rumuskan Diagnosa Keperawatan.
- c. Buat Perencanaan sesuai Diagnosa keperawatan.
- d. Lakukan Tindakan sesuai dengan perencanaan yang sudah di buat.
- e. Lakukan evaluasi tindakan yang sudah saudara lakukan.
- f. Dokumentasikan asuhan Keperawatan Kebutuhan Aktivitas.

Contoh format pengkajian terdapat pada lampiran 1 di akhir panduan praktik ini.

Ringkasan

Selamat, saudara telah belajar memberikan asuhan keperawatan kebutuhan aktivitas. Dengan demikian saudara sebagai seorang perawat telah menguasai salah satu kompetensi saudara. Hal-hal penting yang sudah saudara pelajari dalam panduan praktik klinik ini adalah sebagai berikut:

Asuhan keperawatan kebutuhan aktivitas meliputi tahap-tahap sebagai berikut.

1. Pengkajian kebutuhan aktivitas.
2. Analisa Data kebutuhan aktivitas.
3. Diagnosa Keperawatan kebutuhan aktivitas.
4. Perencanaan Keperawatan kebutuhan aktivitas.
5. Tindakan Keperawatan kebutuhan aktivitas.
6. Evaluasi Keperawatan kebutuhan aktivitas.
7. Dokumentasi Keperawatan kebutuhan aktivitas.

Tugas Mandiri

Lakukan asuhan Keperawatan kebutuhan aktivitas kepada 5 pasien dari pengkajian, analisa data, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasinya.

Topik 2

Asuhan Keperawatan Kebutuhan Istirahat Tidur

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Kompetensi Dasar

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, saudara diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan kebutuhan istirahat tidur.

2. Kompetensi Khusus

Setelah melakukan praktik klinik asuhan keperawatan kebutuhan istirahat tidur ini saudara diharapkan dapat:

- a. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami kebutuhan istirahat tidur.
- b. Merumuskan Diagnosa keperawatan berdasarkan analisa data klien yang mengalami kebutuhan istirahat tidur.
- c. Melaksanakan perencanaan keperawatan klien yang mengalami kebutuhan istirahat tidur.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan klien yang mengalami kebutuhan istirahat tidur.
- e. Melakukan evaluasi tindakan klien yang mengalami kebutuhan istirahat tidur.
- f. Mendokumentasikan asuhan Keperawatan klien yang mengalami kebutuhan istirahat tidur.

B. POKOK-POKOK MATERI

1. Pengkajian keperawatan dan klasifikasi data subyektif dan obyektif kebutuhan istirahat tidur.
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan Analisa Data pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur.
3. Perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur.
4. Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur.
5. Evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur.
6. Dokumentasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur.

C. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

Asuhan Keperawatan pada kenutuhan istirahat tidur ini lebih menekankan kepada kebutuhan istirahat tidur yang harus di penuhi oleh setiap manusia.

1. Pada pembelajaran ini, silahkan saudara identifikasi pada pasien yang berkunjung ke puskesmas maupun rumah sakit yang mengalami masalah kebutuhan istirahat tidur. Langkah awal yang saudara lakukan adalah mempersilahkan pasien masuk ke ruang periksa dan mempersilahkan duduk. Jangan lupa saudara perkenalkan diri, sebutkan nama saudara, jelaskan maksud dan tujuan saudara melakukan pemeriksaan. Lakukanlah Pengkajian Anamnese meliputi :
 - a. Tanyakan identitas pasien (nama, umur, pendidikan, agama, suku bangsa, alamat).
 - b. Tanyakan keluhan utama yang dialami pasien bila ada.
 - c. Tanyakan riwayat kesehatan saat ini meliputi pola P (*Paliatif* atau penyebab), Q (*Quality* atau kualitas), R (*Regio* atau tempat), S (*Safety of life*), T (*Time*)
 - d. Tanyakan riwayat kesehatan yang lalu meliputi apakah pernah sakit sampai dirawat di rumah sakit, jika pernah dirawat, tanyakan jenis sakitnya.
2. Lakukan pengumpulan data obyektif pada pasien meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), pemeriksaan fisik (*head to toe*). Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, lakukan cuci tangan 7 langkah terlebih dahulu.

7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



Gambar 1. Cara cuci tangan 7 langkah

- a. Lakukan klasifikasi data obyektif dan subjektif kemudian dilanjutkan dengan analisa data sesuai kasus tersebut.
- b. Rumuskan Diagnosa Keperawatan.
- c. Buat Perencanaan sesuai Diagnosa keperawatan.
- d. Lakukan Tindakan sesuai dengan perencanaan yang sudah di buat.
- e. Lakukan evaluasi tindakan yang sudah saudara lakukan.

- f. Dokumentasikan asuhan Keperawatan Kebutuhan istirahat tidur. Contoh format pengkajian terdapat pada lampiran 1 di akhir panduan praktik ini.

Ringkasan

Selamat, saudara telah belajar memberikan asuhan keperawatan kebutuhan istirahat tidur. Dengan demikian saudara sebagai seorang perawat telah menguasai salah satu kompetensi saudara. Hal-hal penting yang sudah saudara pelajari dalam panduan praktik klinik ini adalah sebagai berikut:

Asuhan keperawatan kebutuhan istirahat tidur meliputi tahap-tahap sebagai berikut:

1. Pengkajian kebutuhan istirahat tidur.
2. Analisa Data kebutuhan istirahat tidur.
3. Diagnosa Keperawatan kebutuhan istirahat tidur.
4. Perencanaan Keperawatan kebutuhan istirahat tidur.
5. Tindakan Keperawatan kebutuhan istirahat tidur.
6. Evaluasi Keperawatan kebutuhan istirahat tidur.
7. Dokumentasi Keperawatan kebutuhan istirahat tidur.

Tugas Mandiri

Berlatihlah lebih sering untuk melakukan asuhan keperawatan kebutuhan istirahat tidur sampai saudara merasa mampu melakukan sendiri tanpa pendampingan pembimbing klinik.

Lakukan asuhan keperawatan kebutuhan istirahat tidur kepada 5 pasien. Mulailah dari pengkajian, analisa data, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasinya asuhan keperawatan yang sudah saudara lakukan.

Daftar Pustaka

- Alimul, Aziz, 2009. *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Buku 1, Salemba Medika.
- Carpenito. L.J. 1997. *Nursing Diagnosa Application to Clinical Practice*, 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- _____. 2004. *Nursing Diagnosa Application to Clinical Practice*, 10 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Doenges M. E. M. F. Moorhouse. 2001. *Rencana Perawatan Maternal Pedoman untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klin*, ed 2. Jakarta: EGC.
- Hohnsoon. M. M. Maas. S. Moorhead. 2000. *Nursing Outcomes calassification (NOC) 2 ed*. IOWA Outcomes Project: Mosby.
- _____. 2000. *Nursing Intervention calassification (NIC) 2 ed*. IOWA Outcomes Project: Mosby.
- Heardman T. Heather, Kamitsuru Shigemi *Nanda International, Inc. Nursing Diagnosa: Definition & Classification*, 2015 – 1017 Tenth Edition Oxford Wiley Blackwell.
- Kozier, Erb, Berman, & Snyder. 2011. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik*, ed.7. Vol.1. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*, Jakarta: Salemba Medika.
- Priharjo, R. 1996. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. A. A. G. Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*, ed.2 Jakarta: EGC.
- Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Buku Ajar Fundamental Keperawatan:
- Stole, K.M. 2004. *Diagnosa Keperawatan Sejahtera*. Jakarta: EGC.
- Talbot, L. A. M. Maeyers M. 1997. *Pengkajian Keperawatan Kritis*, ed.2. Jakarta: EGC.

Lampiran:

Lampiran 1 : Format Pengkajian asuhan keperawatan dasar.

Lampiran 2 : Format Pengkajian asuhan keperawatan kebutuhan Aktivitas dan istirahat tidur.

Lampiran 3 : Format daftar hadir mahasiswa.

Lampiran 4 : Format penilaian responsi dan penulisan askep klinik keperawatan.

Lampiran 5 : Format Penilaian Strategi Pelaksanaan (SP) Tindakan Keperawatan.

Lampiran 6 : Format Penilaian Sikap Praktek Klinik Keperawatan Dasar.

Lampiran 7 : Lembar Kontrak Belajar.

Lampiran 1

**PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR
PROGRAM PENDIDIKAN JARAK JAUN KEPERAWATAN**

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN DASAR

I. DATA DEMOGRAFI

A. Biodata

1. Nama :
2. Usia/Tanggal Lahir :
3. Jenis Kelamin :
4. Alamat :
5. Suku/Bangsa :
6. Status Perkawinan :
7. Agama/Keyakinan :
8. Pekerjaan/Sumber pendapatan :
9. Diagnostik Medik :
10. No. Medikal Record :
11. Tanggal Masuk :
12. Tanggal Pengkajian :

B. Penanggung Jawab

1. Nama :
2. Usia :
3. Jenis Kelamin :
4. Pekerjaan/Sumber Penghasilan :
5. Hubungan dengan klien :

II. KELUHAN UTAMA

Keluhan klien sehingga dia membutuhkan peawatan medik.

III. RIWAYAT KESEHATAN

A. Riwayat Kesehatan Sekarang

1. Waktu timbulnya penyakit, kapan ?
2. Bagaimana awal munculnya ? tiba-tiba ?
berangsur-angsur ?
3. Keadaan penyakit apakah sudah membaik, parah atau tetap sama dengan
sebelumnya ? ...
4. usaha yang dilakukan untuk mengurangi keluhan ?
5. Kondisi saat dikaji (PQRST) ?

B. Riwayat Kesehatan Lalu

1. Penyakit pada saat anak-anak dan penyakit infeksi yang pernah dialami ?
.....
2. Imunisasi ?
3. Kecelakaan yang pernah dialami ?
4. Prosedur operasi dan perawatan Rumah Sakit ?
5. Alergi (makanan, obat-obatan, bebas) ?
6. Pengobatan dini (konsumsi obat-obatan bebas) ?

C. Riwayat Kesehatan Keluarga

1. Identifikasi berbagai penyakit keturunan yang umumnya menyerang ?
.....
2. Anggota keluarga yang terkena alergi, asma, TBC, hipertensi, penyakit jantung,
stroke, anemia, hemopilia, artritis, migrain, DM, Kanker, dan gangguan
emosional ?.....
3. Buat bagan genogram :

IV. A. Keadaan Umum Klien.

1. Tanda-tanda dari distress ?
2. Penampilan dihubungkan dengan usia ?
3. Ekspresi wajah, bicara, mood ?
4. Tinggi badan, berat badan, gaya berjalan ?

B. Tanda-Tanda Vital

1. Suhu :
2. Nadi :
3. Pernapasan :
4. Tekanan Darah :

<p>Pembimbing Klinik</p> <p>-----</p>	<p>Kendari,2015</p> <p>Praktikan</p> <p>-----</p>
---------------------------------------	---

Mengetahui
Pembimbing Akademik

Lampiran 2

PENGKAJIAN KEBUTUHAN AKTIVITAS DAN ISTIRAHAT TIDUR

1. Dalam aktivitas sehari-hari apakah menggunakan alat bantu ?
 Sebelum MRS : Selama MRS :
 Jenis Alat Bantu: jenis alat bantu :
2. Dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara ?
 Sebelum MRS : Pasif/Aktif Selama MRS : Pasif/Aktif.
3. Apakah ada kelainan sendi ?
 Sebelum MRS : Selama MRS :
4. Berapa lama melakukan kegiatan sehari-hari ?
 Sebelum MRS : Selama MRS :
5. Apakah klien memiliki keterampilan khusus ? Jenisnya
6. Pola tidur :
 Sebelum MRS : Selama MRS :
 Siang : Pukuls/d (..... Jam) Siang : Pukuls/d (..... Jam)
 Malam : Pukuls/d (..... Jam) Malam : Pukuls/d (..... Jam)
7. Kegiatan yang biasa dilakukan untuk pengantar tidur ?
 Sebelum MRS : Selama MRS :
8. Kebiasaan meminum obat stimulan/penenang/lain-lain ?
 Sebelum MRS : Selama MRS :
9. Kondisi yang dapat mengganggu tidur ?
 Sebelum MRS : Selama MRS :
10. Aktivitas yang dilakukan setelah bangun tidur ?
 Sebelum MRS : Selama MRS :

PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

1. Laboratorium :
2. Foto Rontgen :
3. EKG :
4. Pemeriksaan Lain :

Pembimbing Klinik -----	Kendari,2015 Praktikan -----
--------------------------------	--

Mengetahui
Pembimbing Akademik

Lampiran 3

**DAFTAR HADIR MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
PROGRAM JARAK JAUH**

NAMA :
SEMESTER/TINGKAT :
TEMPAT PRAKTEK :

NO.	TANGGAL	HADIR		PULANG		Ket/Kegiatan	Tanda Tangan pembimbing
		Jam	TT	Jam	TT		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

Lampiran 4

**FORMAT PENILAIAN RESPONSI DAN PENULISAN
ASKEP KLINIK KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN PENDIDIKAN JARAK JAUH**

Nama Institusi Pendidikan :

Nama Mahasiswa :

Tanggal Praktek :

No.	Penilaian Responsi & Penulisan Askep Klinik Keperawatan	Nilai*				
		A	B	C	D	E
1.	Kemampuan dalam mengkaji secara komprehensif					
2.	Kemampuan di dalam menganalisa data yang dikumpulkan.					
3.	Kemampuan di dalam membuat diagnose keperawatan.					
4.	Kemampuan di dalam menentukan prioritas masalah.					
5.	Kemampuan di dalam menentukan rencana dan tindakan keperawatan.					
6.	Kemampuan di dalam menentukan evaluasi keperawatan.					
7.	Kemampuan memberikan jawaban secara rinci dan terarah.					

Keterangan (Nilai di isi dengan angka):

A = ≥ 86

B = 71 – 85

C = 60 – 69

D = 55 – 59

E = ≤ 49

Total Nilai = Jumlah Nilai Seluruh.

7

Instruktur Klinik (CI)

.....

Nip

Lampiran 5

**FORMAT PENILAIAN STRATEGI PELAKSANAAN (SP)
TINDAKAN KEPERAWATAN**

No.	Aspek yang dinilai	Nilai			Paraf CI
		1	2	3	
1	Data fokus				
	a. Data Subyektif				
	b. Data Obyektif				
2	Penetapan Diagnosa dan Tindakan				
3	Persiapan Alat				
4	Tahap Preinteraksi				
	a. Verifikasi Order				
	b. Cuci Tangan				
5	Tahap Orientasi				
	a. Memberi Salam, Memanggil Klien dengan Panggilan Yang Disenangi				
	b. Memperkenalkan Diri				
	c. Validasi Perasaan, Kognitif, Afektif dan Psikomotor Klien				
	d. Menjelaskan Kegiatan Yang Akan Dilakukan				
	e. Menjelaskan Prosedur Dan Tujuan Tindakan				
	f. Kontrak Waktu Yang Dibutuhkan				
	g. Menjelaskan Kerahasiaan				
6	Tahap Kerja				
	a. Memberi Kesempatan Klien Bertanya				
	b. Menanyakan Keluhan Utama				
	c. Memulai Kegiatan Dengan Baik				
	d. Melakukan Tindakan Sesuai Prosedur				
7	Tahap Terminasi				
	a. Menyimpulkan Hasil Kegiatan: Evaluasi Proses Dan Hasil				
	b. Memberikan Reinforcement				
	c. Merencanakan Tindak Lanjut				
	d. Melakukan Kontrak Waktu Selanjutnya				
	e. Mengakhiri Kegiatan Dengan Baik				
8	Dokumentasi				
	Mencatat Hasil Kegiatan				

Keterangan :

1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan tapi Tidak Sempurna

3 = Dilakukan dengan Sempurna

Nilai Batas Lulus : 75 %

Instruktur Klinik (CI)

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah Aspek yang dinilai}} \times 100\%$$

LEMBAR KONTRAK BELAJAR

Hari/ tanggal :/.....

NAMA : RUANGAN DINAS: RS
/ PUSKESMAS *:

KASUS/PERASAT YG AKAN DICAPAI	BUKTI PENCAPAIAN	EVALUASI PEMBIMBING (DIISI SETELAH PELAKSANAAN)

Menyetujui :

Pembimbing,

Mahasiswa,

.....

.....

Lampiran 7

**FORMAT PENILAIAN SIKAP PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN DASAR
PENDIDIKAN JARAK JAUH PRODI DIII KEPERAWATAN**

Nama Institusi Pendidikan :
 Nama Mahasiswa :
 Tanggal Praktek :

No	Penilaian Sikap (Observasi)	Nilai*				
		A	B	C	D	E
1.	Tanggung jawab terhadap tugas yang diberikan.					
2.	Jujur selama melaksanakan praktek baik kepada CI/Petugas dan Pasien, dan lain-lain.					
3.	Disiplin dalam melaksanakan aturan dan tugas yang telah ditetapkan.					
4.	Sopan dan santun kepada pasien, seluruh petugas CI dan mahasiswa.					
5.	Didalam menyampaikan komunikasi kepada pasien, petugas/CI dan mahasiswa singkat dan jelas.					
6.	Mempunyai inisiatif, tidak menunggu untuk selalu disuruh.					
7.	Memiliki kerja sama antar mahasiswa anggota kelompok mahasiswa (TIM).					

Keterangan (Nilai di isi dengan angka):

A = ≥ 86

B = 71 – 85

C = 60 – 69

D = 55 – 59

E = ≤ 49

Total Nilai = Jumlah Nilai Seluruh

7

Instruktur Klinik (CI)

.....

Nip.

FORMAT ANALISA DATA

TANGGAL/JAM	PENGELOMPOKAN DATA	KEMUNGKINAN PENYEBAB/ ETIOLOGI	MASALAH

FORMAT DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO.	TANGGAL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PARAF

FORMAT RENCANA KEPERAWATAN

TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA KEPERAWATAN	RASIONAL	PARAF

FORMAT PELAKSANAAN TINDAKAN/IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO. DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL/PUKUL	TINDAKAN	PARAF

FORMAT EVALUASI KEPERAWATAN

NO DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL/JAM	EVALUASI	PARAF

BAB IV

KEBUTUHAN KESEIMBANGAN SUHU TUBUH DAN AMAN NYAMAN

Budiono, SKp., M.Kes

PENDAHULUAN

Selamat berjumpa para mahasiswa keperawatan. Pada mata kuliah Praktik Keperawatan Dasar ini diharapkan dapat membantu Anda dalam mengembangkan ilmu pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam praktek keperawatan dasar di rumah sakit, puskesmas, maupun di masyarakat tentang asuhan keperawatan dasar.

Keperawatan sebagai “suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia”. Pelayanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri

Diharapkan Anda dapat memberikan asuhan keperawatan dasar dengan baik, pada saat Anda melakukan praktik klinik keperawatan dasar. Melalui praktik klinik ini Anda dapat berlatih untuk mengembangkan dan memadukan pengetahuan, keterampilan dan sikap yang akan diperlukan dalam kehidupan profesional sehingga siap sepenuhnya dalam praktik sebagai perawat yang kompeten dalam kewenangannya.

A. TUJUAN UMUM DARI PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR INI ADALAH

Anda mampu menerapkan pengetahuan yang telah didapatkan agar dapat memenuhi kebutuhan dasar manusia baik fisik, psikososial dan spiritual dengan menggunakan proses keperawatan pada semua tingkat usia yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan suhu tubuh dan aman nyaman.

B. TUJUAN KHUSUS DARI PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR INI ADALAH

1. Melakukan pengkajian tentang kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
2. Melakukan pengkajian tentang kebutuhan aman nyaman.
3. Merumuskan analisa data sesuai kasus gangguan keseimbangan suhu tubuh.
4. Merumuskan analisa data sesuai kasus gangguan aman nyaman.

5. Melaksanakan perencanaan keperawatan sesuai kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
6. Melaksanakan perencanaan keperawatan sesuai kebutuhan aman nyaman.
7. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
8. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan aman nyaman.
9. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
10. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan aman nyaman.
11. Mendokumentasikan asuhan keperawatan, pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
12. Mendokumentasikan asuhan keperawatan, pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan aman nyaman.

C. TEMPAT PRAKTIK : RUMAH SAKIT, PUSKESMAS, DAN MASYARAKAT

Panduan ini dibuat agar Saudara dapat melakukan praktik klinik dengan baik. Anda diminta memberikan pelayanan Asuhan keperawatan Dasar di rumah sakit, puskesmas atau di masyarakat mencakup 2 (dua) kebutuhan dasar manusia, yaitu:

Topik 1 : Asuhan Keperawatan Kebutuhan Keseimbangan Suhu Tubuh.

Topik 2 : Asuhan Keperawatan Kebutuhan Aman Nyaman.

Praktik Klinik Keperawatan Dasar ini sangat relevan dengan tugas Anda sebagai seorang perawat baik di masyarakat, puskesmas maupun di rumah sakit.

Adapun langkah-langkah yang harus Anda lakukan sebelum melakukan praktik klinik ini adalah:

1. Bacalah kembali panduan praktikum mata kuliah yang sudah saudara dapatkan sebelumnya yaitu Keperawatan Dasar atau Kebutuhan Dasar Manusia.
2. Pahami dulu format asuhan Keperawatan setiap kebutuhan pada halaman lampiran panduan praktikum ini.
3. Buatlah kontrak belajar dengan persetujuan pembimbing klinik.
4. Lakukan langkah kegiatan belajar secara berurutan dari Topik 1 kemudian Topik 2.
5. Orientasi situasi dan tempat praktik.
6. Lakukan identifikasi kasus yang akan diambil.
7. Keberhasilan proses pembelajaran praktik klinik ini tergantung dari kesungguhan saudara dalam berlatih.
8. Bila saudara mengalami kesulitan segeralah menghubungi pembimbing lahan (*clinical instructor*).
9. Pada akhir rotasi praktik di tiap ruangan, mintalah nilai sikap dan keterampilan dari pembimbing lahan. (*lampiran 7*).
10. Laporan Asuhan keperawatan yang harus saudara kumpulkan di akhir praktik:

- a. Laporan Asuhan Keperawatan 12 kebutuhan.
- b. Laporan kegiatan Harian.
- c. Pencapaian Target Kompetensi.
- d. Lembar penilaian sikap dan keterampilan.
- e. Lembar penilaian asuhan Keperawatan.

Selamat belajar semoga sukses dan tidak menemukan kesulitan!

Topik 1

Asuhan Keperawatan Kebutuhan Keseimbangan Suhu Tubuh

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Kompetensi Umum

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, Anda diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.

2. Kompetensi khusus

Setelah melakukan praktik klinik asuhan keperawatan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh ini saudara diharapkan dapat:

- a. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
- b. Merumuskan Diagnosa keperawatan berdasarkan analisa data sesuai kasus pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
- c. Melaksanakan perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan suhu tubuh.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan suhu tubuh.
- e. Melakukan evaluasi tindakan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan suhu tubuh yang sudah dilakukan.
- f. Mendokumentasikan asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan suhu tubuh.

B. POKOK-POKOK MATERI

1. Pengkajian keperawatan dan klasifikasi data subyektif dan obyektif kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan Analisa Data pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
3. Perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan Kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
4. Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan Kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
5. Evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan Kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
6. Dokumentasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan keseimbangan suhu tubuh.

C. ALAT DAN BAHAN

Sebelum melakukan asuhan keperawatan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh, saudara harus menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan:

1. Form pengkajian.
2. Tempat cuci tangan.
3. Sabun untuk cuci tangan.
4. Handuk.
5. Tensimeter.



Gambar 1. Tensimeter

6. Jam tangan
7. Stetoskop



Gambar 2. Stetoskop

8. Thermometer



Gambar 3. Thermometer

D. LANGKAH KEGIATAN PENGUKURAN SUHU TUBUH

1. Pengertian

Nilai hasil pemeriksaan suhu tubuh merupakan indikasi kotor untuk menilai keseimbangan antara pembentukan dan pengeluaran panas. Pengukuran suhu tubuh pasien dilakukan dengan menggunakan termometer yang ditempatkan pada ketiak, mulut, atau pelepasan (anus). Derajat panas yang dihasilkan oleh tubuh manusia sebagai keseimbangan pembakaran dalam tubuh dengan pengeluaran panas melalui keringat, pernapasan, sisa-sisa pembuangan (Ekskresi) dan penyinaran (Radiasi), konduksi/*convection* (Konveksi).

2. Tujuan

- a. Untuk mengetahui rentang suhu tubuh.
- b. Menentukan tindakan keperawatan.
- c. Mengetahui adanya kelainan pada tubuh.
- d. Digunakan sebagai salah satu penyokong diagnosa.
- e. Mengetahui perkembangan penyakit.

3. Pelaksanaan

- a. Pada setiap pasien yang baru.
- b. Peraturan rutin di rumah sakit yaitu 3 kali sehari : pada pukul 06.00, 12.00 dan 18.00.
- c. Sewaktu-waktu bila pasien dalam keadaan demam sesudah menggigil, atau atas kolaborasi dengan dokter.
- d. Bila tidak dapat dilakukan pada bagian tubuh lainnya.

4. Tempat untuk mengukur

- a. Axilla (ketiak).
- b. Cavum Oris/Sublingual (rongga mulut/bawah lidah).
- c. Rectum/rektal (Pelepas/anus).

5. Persiapan Alat

- a. Thermometer dan tempatnya.
- b. Tiga buah botol.
 - 1) Botol pertama berisi larutan sabun.
 - 2) Botol kedua berisi larutan desinfektan (Lisol 5%).
 - 3) Botol ketiga berisi air bersih.
- c. Bengkok.
- d. Kertas tisu di tempatnya.
- e. Vaseline.
- f. Buku catatan suhu, Pena.
- g. Sarung tangan.

- h. Tongue Spatel (Spatel Lidah).
- i. Sampiran.

6. Prosedur Kerja

- a. Pengukuran Suhu Tubuh Sublingual
 - 1) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada pasien.
 - 2) Membawa alat-alat ke dekat pasien.
 - 3) Cuci tangan.
 - 4) Gunakan sarung tangan.
 - 5) Atur posisi pasien.
 - 6) Tentukan letak bawah lidah klien dalam kantung sublingual lateral ke tengah rahang bawah.
 - 7) Turunkan suhu thermometer di bawah 34o-350 C.
 - 8) Meminta pasien untuk membuka mulut apabila pasien tidak bisa menggunakan Spatel Lidah guna membantu mengangkat lidah apa bila tidak bisa di berikan di tempat lain (*axilla dan rectal*).
 - 9) Letakkan thermometer di bawah lidah sejajar dengan gusi ke tengah rahang bawah pasien.
 - 10) Anjurkan mulut pasien dikatupkan selama 3-5 menit serta menghindari gigitan pada termometer.
 - 11) Angkat thermometer dan baca hasilnya.
 - 12) Catat hasilnya.
 - 13) Bersihkan thermometer dengan kertas tisu.
 - 14) Turunkan kembali air raksa ke dalam skala normal.
 - 15) Cuci dengan air sabun, desinfektan, bilas dengan air bersih, dan keringkan.
 - 16) Alat-alat dirapikan.
 - 17) Lepaskan sarung tangan yang telah dipakai.
 - 18) Cuci tangan.
- b. Pengukuran Suhu Tubuh Rektal
 - 1) Jelaskan prosedur kerja kepada pasien.
 - 2) Membawa alat-alat ke dekat pasien.
 - 3) Pasang sampiran agar menjaga prifasi Pasien.
 - 4) Cuci tangan.
 - 5) Gunakan sarung tangan.
 - 6) Atur posisi pasien dengan posisi miring atau sim.
 - 7) Pakaian diturunkan sampai di bawah gluteal.
 - 8) Tentukan termometer dan atur posisi pada nilai nol lalu oleskan vaselin. Untuk orang dewasa 2,5-3,5 cm dan pada anak-anak 1,2-2,5.
 - 9) Dengan tangan yang lebih dominan, angkat bokong atas klien untuk membuka anus letakkan telapak tangan pada posisi gluteal pasien dan

masukkan thermometer ke dalam rectal jangan sampai berubah tempatnya dan ukur suhu.

- 10) Setelah 3-5 menit angkat thermometer.
- 11) Catat hasil.
- 12) Bersihkan thermometer dengan kertas tisu.
- 13) Turunkan kembali air raksa ke dalam skala normal.
- 14) Cuci dengan air sabun, desinfektan, bilas dengan air bersih, dan keringkan
- 15) Alat-alat dirapikan.
- 16) Lepaskan sarung tangan yang telah dipakai.
- 17) Cuci tangan.

c. Pengukuran Suhu Tubuh Aksila

- 1) Jelaskan prosedur kerja kepada pasien.
- 2) Membawa alat-alat ke dekat pasien.
- 3) Cuci tangan.
- 4) Gunakan sarung tangan.
- 5) Atur posisi pasien.
- 6) Tentukan letak aksila dan bersihkan daerah aksila dengan menggunakan tisu.
- 7) Turunkan suhu thermometer di bawah suhu $34^{\circ}\text{--}35^{\circ}\text{C}$ (apabila air raksanya belum diturunkan sampai ke reservoir).
- 8) Letakkan thermometer pada daerah aksila dengan lengan pasien fleksi di atas dada.
- 9) Setelah 3-10 menit thermometer diangkat dan dibaca hasilnya.
- 10) Catat hasil.
- 11) Bersihkan thermometer dengan kertas tisu.
- 12) Turunkan kembali air raksa ke dalam skala normal.
- 13) Cuci dengan air sabun, desinfektan, bilas dengan air bersih, dan keringkan
- 14) Alat-alat dirapikan.
- 15) Lepaskan sarung tangan yang telah dipakai.
- 16) Cuci tangan.

7. Perhatian

- a. Sebelum mengukur suhu tubuh pasien, tidak boleh diberi minuman panas maupun dingin.
- b. Tidak boleh dilakukan pada pasien yang tidak sadar atau terjadi kelainan pada jalan napas.
- c. Ketiak harus kering dan tertutup.
- d. Selama pengambilan suhu, pasien tidak boleh berbicara dan harus berada di tempat tidur.

- e. Dilarang melakukan pengukuran suhu melalui mulut anak-anak atau bayi, pada pasien yang sangat kurus pasien yang ada trauma/luka di ketiak, pada mammae (payudarah).
- f. Sebelum dan sesudah melakukan prosedur keperawatan, petugas harus mencuci tangan.
- g. Sebelum pemakaian thermometer terlebih dahulu diperiksa apakah dalam kondisi yang baik dan air raksa sudah diturunkan sampai batas yang ditentukan.
- h. Waktu penurunan air raksa, thermometer harus dalam keadaan kering dan jangan sampai menyentuh sesuatu agar tidak pecah.
- i. Dilarang Membersihkan thermometer dengan air panas.
- j. Tidak boleh ada yang menghalangi tempat pengambilan suhu tubuh di ketiak.
- k. Pada saat pengambilan suhu tubuh di pelepas tidak boleh dilakukan pada pasien yang luka pada anus, pasien yang berpenyakit kelamin.
- l. Selama mengukur suhu tubuh di rectal, pasien di jaga untuk menghindari pecahnya reservoir, untuk mempertahankan posisi sevoir selama waktu pengambilan suhu di rectal.
- m. Apa bial pasien berada pada bangsal diharuskan untuk memasang sampiran.
- n. Perhatian pada saat mengukur Suhu tubuh pasien lingkungan harus sejuk tidak boleh pada keadaan suhu ruangan yang panas maupun dingin.
- o. Bacalah dengan sedetail-detail mungkin suhu yang berada di termometer kemudian Dokumentasikan agar tidak mengulangi kesalahan.
- p. Sebaiknya pada saat pengukuran suhu tubuh pada Pediatric jangan pada daerah Cavum Oris/Sublingual (mulut).

8. Pemeliharaan Dan Penitipan Termometer

- a. Setelah dipakai thermometer segera di keringkan dengan kertas tisu.
- b. Air raksa diturunkan sampai batas normal yang ditentukan.
- c. Termometer dicuci dengan sabun, kemudian dibilas dengan air, kemudian direndam dalam botol yang berisi larutan desinfektan dan dasar botol diberi kapas atau kasa 'Termometer mulut harus disimpan dalam keadaan bersih dan kering dan bebas hama.
- d. Jangan menyentuh tetsan merkuri yang tertumpah, jika kulit menyentuh merkuri, bilas sesegera mungkin area tersebut dengan air yang mengalir selama 15 menit.

E. LANGKAH KEGIATAN PENGKAJIAN

Asuhan Keperawatan Kebutuhan keseimbangan suhu tubuh ini dapat Anda lakukan di puskesmas, rumah sakit atau di masyarakat saat Anda praktik asuhan keperawatan komunitas. Langkah awal yang saudara lakukan adalah mempersilakan klien yang datang ke poliklinik rumah sakit/puskesmas untuk duduk di kursi yang ada. Saudara silahkan

memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama. Selanjutnya ikuti langkah-langkah berikut ini:



Gambar 5. Contoh posisi saat pengkajian

Selanjutnya ikuti langkah-langkah berikut ini:

1. Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, lakukan cuci tangan 7 langkah terlebih dahulu.

7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



Gambar 6. Cara cuci tangan 7 langkah

2. Lakukanlah Pengkajian Meliputi
 - a. Anamnese
 - 1) Tanyakan identitas pasien (nama, umur, pendidikan, agama, suku bangsa, alamat).
 - 2) Tanyakan keluhan utama yang dialami pasien bila ada.

- 3) Tanyakan riwayat kesehatan saat ini meliputi pola P (*Paliatif* atau penyebab), Q (*Quality* atau kualitas), R (*Regio* atau tempat), S (*Safety of life*), T (*Time*).
- 4) Tanyakan riwayat kesehatan yang lalu meliputi apakah pernah sakit sampai dirawat di rumah sakit, jika pernah dirawat, tanyakan jenis sakitnya.
 - b. Pemeriksaan fisik secara umum (*head to toe*).
3. Lakukan pengumpulan data obyektif meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), pemeriksaan fisik (*head to toe*).
4. Lakukan klasifikasi data obyektif dan subjektif kemudian dilanjutkan dengan analisa data sesuai kasus tersebut.
5. Setelah Anda selesai melakukan klasifikasi data subjektif dan obyektif selanjutnya Anda rumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh klien.
6. Kemudian Anda buat rencana keperawatan sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang telah Anda rumuskan .
7. Anda lanjutkan dengan melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah Anda susun berdasarkan perioritas masalahnya.
8. Selanjutnya Anda lakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan.
9. Kemudian lakukan dokumentasikan asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi. Contoh format laporan terdapat pada lampiran 1 di akhir panduan praktik ini.

Ringkasan

Selamat, Anda telah belajar memberikan asuhan keperawatan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh. Dengan demikian Anda sebagai seorang perawat telah menguasai salah satu kompetensi saudara. Hal-hal penting yang sudah saudara pelajari dalam panduan praktik klinik ini adalah sebagai berikut:

Asuhan keperawatan kebutuhan nutrisi meliputi tahap-tahap sebagai berikut:

1. Pengkajian kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
 2. Analisa Data kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
 3. Diagnosa Keperawatan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
 4. Perencanaan Keperawatan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
 5. Tindakan Keperawatan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
 6. Evaluasi Keperawatan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.
- Dokumentasi Keperawatan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh.

Tugas Mandiri

Lakukan asuhan Keperawatan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh kepada 5 pasien dari pengkajian, analisa data, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasinya.

Topik 2

Asuhan Keperawatan Kebutuhan Aman Nyaman

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Kompetensi Dasar

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, Anda diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan kebutuhan aman nyaman.

2. Kompetensi Khusus

Setelah melakukan praktik klinik asuhan keperawatan kebutuhan aman nyaman ini saudara diharapkan dapat:

- a. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aman nyaman.
- b. Merumuskan Diagnosa keperawatan berdasarkan analisa data sesuai kasus pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aman nyaman.
- c. Melaksanakan perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aman nyaman.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aman nyaman.
- e. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aman nyaman.
- f. Mendokumentasikan asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aman nyaman.

B. POKOK-POKOK MATERI

1. Pengkajian keperawatan dan klasifikasi data subyektif dan obyektif pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aman nyaman.
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan Analisa Data pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aman nyaman.
3. Perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan Kebutuhan aman nyaman.
4. Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan Kebutuhan aman nyaman.
5. Evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan Kebutuhan aman nyaman.
6. Dokumentasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan Kebutuhan aman nyaman.

C. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

Asuhan Keperawatan pada kenutuhan aman nyaman ini lebih menekankan kepada kebutuhan aman nyaman yang harus di penuhi oleh setiap manusia.

1. Pada pembelajaran ini, silahkan Anda identifikasi pada pasien yang berkunjung ke puskesmas maupun rumah sakit yang mengalami masalah kebutuhan cairan. Langkah awal yang Anda lakukan adalah mempersilahkan pasien masuk ke ruang periksa dan mempersilahkan duduk. Jangan lupa Anda perkenalkan diri, sebutkan nama Anda, jelaskan maksud dan tujuan Anda melakukan pemeriksaan.
2. Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, lakukan cuci tangan 7 langkah terlebih dahulu.

7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



Gambar 1. Cara cuci tangan 7 langkah

3. Lakukanlah Pengkajian
 - a. Anamnese meliputi:
 - 1) Tanyakan identitas pasien (nama, umur, pendidikan, agama, suku bangsa, alamat).
 - 2) Tanyakan keluhan utama yang dialami pasien bila ada.
 - 3) Tanyakan riwayat kesehatan saat ini meliputi pola P (*Paliatif* atau penyebab), Q (*Quality* atau kualitas), R (*Regio* atau tempat), S (*Safety of life*), T (*Time*).
 - b. Tanyakan riwayat kesehatan yang lalu meliputi apakah pernah sakit sampai dirawat di rumah sakit, jika pernah dirawat, tanyakan jenis sakitnya.
 - c. Lakukan pengumpulan data obyektif pada remaja meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), pemeriksaan fisik (*head to toe*). Dengan mengajukan beberapa pertanyaan sebagai berikut:
 1. **Penyebab nyeri**
 - a. Benda tajam :
 - b. Trauma :
 - c. Benda Tumpul :
 - d. Dan lain-lain :

g. DII

9. Pemeriksaan diagnostik

- a. Laboratorium :
- b. Foto Rontgen :
- c. EKG :
- d. Pemeriksaan Lain :

4. Lakukan klasifikasi data objektif dan subjektif kemudian dilanjutkan dengan analisa data sesuai kasus tersebut.
5. Setelah Anda selesai melakukan klasifikasi data subjektif dan objektif selanjutnya Anda rumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh klien.
6. Kemudian Anda buat rencana keperawatan sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang telah Anda rumuskan.
7. Anda lanjutkan dengan melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah Anda susun berdasarkan perioritas masalahnya.
8. Selanjutnya Anda lakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan.
9. Kemudian lakukan dokumentasikan asuhan keperawatan kebutuhan cairan Contoh format laporan terdapat pada lampiran 1 di akhir panduan praktik ini.

Ringkasan

Selamat, Anda telah belajar memberikan asuhan keperawatan kebutuhan aman nyaman. Dengan demikian saudara sebagai seorang perawat telah menguasai salah satu kompetensi saudara. Hal-hal penting yang sudah saudara pelajari dalam panduan praktik klinik ini adalah sebagai berikut:

Asuhan keperawatan kebutuhan aman nyaman meliputi tahap-tahap sebagai berikut:

1. Pengkajian kebutuhan aman nyaman.
2. Analisa Data kebutuhan aman nyaman.
3. Diagnosa Keperawatan kebutuhan aman nyaman.
4. Perencanaan Keperawatan kebutuhan aman nyaman.
5. Tindakan Keperawatan kebutuhan aman nyaman.
6. Evaluasi Keperawatan kebutuhan aman nyaman.
7. Dokumentasi Keperawatan kebutuhan aman nyaman.

Tugas Mandiri

Berlatihlah lebih sering untuk melakukan asuhan keperawatan kebutuhan aman nyaman, sampai Anda merasa mampu melakukan sendiri tanpa pendampingan pembimbing klinik.

Lakukan asuhan keperawatan kebutuhan aman nyaman kepada 5 pasien. Mulailah dari pengkajian, analisa data, Diagnosa Kepeawatan, Perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasinya asuhan keperawatan yang sudah saudara lakukan.

Daftar Pustaka

- Alimul, Aziz. 2009. *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Buku 1, Salemba Medika.
- Carpenito. L.J. 1997. *Nursing Diagnosa Application to Clinical Practice*, 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- _____. 2004. *Nursing Diagnosa Application to Clinical Practice*, 10 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Doenges M. E. M. F. Moorhouse. 2001. *Rencana Perawatan Maternal Pedoman untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klin*, ed 2. Jakarta: EGC.
- Hohnsoon. M. M. Maas. S. Moorhead. 2000. *Nursing Outcomes calassification (NOC) 2 ed*. IOWA Outcomes Project: Mosby.
- _____. 2000. *Nursing Intervention calassification (NIC) 2 ed*. IOWA Outcomes Project: Mosby.
- Heardman T. Heather, Kamitsuru Shigemi *Nanda International, Inc. Nursing Diagnosa: Definition & Classification*, 2015-1017 Tenth Edition Oxford Wiley Blackwell.
- Kozier, Erb, Berman, & Snyder. 2011. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan:Konsep, Proses & Praktik*, ed.7. Vol.1. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan:Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Priharjo, R. 1996. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. A. A. G. Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep,Proses, dan Praktik*, ed.2 Jakarta: EGC.
- Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Buku Ajar Fundamental Keperawatan:
- Stole, K.M. 2004. *Diagnosa Keperawatan Sejahtera*. Jakarta: EGC.
- Talbot, L.A.M. Maeyers M. 1997. *Pengkajian Keperawatan Kritis*, ed.2. Jakarta: EGC.

Lampiran 1

**PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR
PROGRAM PENDIDIKAN JARAK JAUN KEPERAWATAN**

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN DASAR

I. DATA DEMOGRAFI

A. Biodata

1. Nama :
2. Usia/Tanggal Lahir :
3. Jenis Kelamin :
4. Alamat :
5. Suku/Bangsa :
6. Status Perkawinan :
7. Agama/Keyakinan :
8. Pekerjaan/Sumber pendapatan :
9. Diagnostik Medik :
10. No. Medikal Record :
11. Tanggal Masuk :
12. Tanggal Pengkajian :

C. Penanggung Jawab

1. Nama :
2. Usia :
3. Jenis Kelamin :
4. Pekerjaan/Sumber Penghasilan :
5. Hubungan dengan klien :

II. KELUHAN UTAMA

Keluhan klien sehingga dia membutuhkan perawatan medik.

III. RIWAYAT KESEHATAN

A. Riwayat Kesehatan Sekarang

1. Waktu timbulnya penyakit, kapan ?
2. Bagaimana awal munculnya ? tiba-tiba ?
berangsur-angsur ?
3. Keadaan penyakit apakah sudah membaik, parah atau tetap sama dengan sebelumnya ? ...
4. usaha yang dilakukan untuk mengurangi keluhan ?
5. Kondisi saat dikaji (PQRST) ?

B. Riwayat Kesehatan Lalu

1. Penyakit pada saat anak-anak dan penyakit infeksi yang pernah dialami ?
.....
2. Imunisasi ?
3. Kecelakaan yang pernah dialami ?
4. Prosedur operasi dan perawatan Rumah Sakit ?
5. Alergi (makanan, obat-obatan, bebas) ?
6. Pengobatan dini (konsumsi obat-obatan bebas) ?

A. Riwayat Kesehatan Keluarga

1. Identifikasi berbagai penyakit keturunan yang umumnya menyerang ?
.....
2. Anggota keluarga yang terkena alergi, asma, TBC, hipertensi, penyakit jantung, stroke, anemia, hemopilia, artritis, migrain, DM, Kanker, dan gangguan emosional ?.....
3. Buat bagan genogram :

III. A. Keadaan Umum Klien.

1. Tanda-tanda dari distress ?
2. Penampilan dihubungkan dengan usia ?
3. Ekspresi wajah, bicara, mood ?
4. Tinggi badan, berat badan, gaya berjalan ?

C. Tanda-Tanda Vital

1. Suhu :
2. Nadi :
3. Pernapasan :
4. Tekanan Darah :

<p>Pembimbing Klinik</p> <p>-----</p>	<p>Kendari,2015</p> <p>Praktikan</p> <p>-----</p>
---------------------------------------	---

Mengetahui
Pembimbing Akademik

Lampiran 2

PENGKAJIAN KEBUTUHAN KENYAMANAN

- 1) **Penyebab nyeri**
 - B. Benda tajam :
 - C. Trauma :
 - c. Benda Tumpul :
 - d. Dan lain-lain :
- 2) **Regional (daerah)**
 1. Bagian dalam :
 2. Seluruh bagian dalam :
 3. Bagian permukaan :
 4. Apakah menjalar ke bagian lain :
- 3) **Intensitas nyeri**
 - a. Ringan :
 - b. Parah :
 - c. Sangat parah :
- 4) **kualitas nyeri**
 - a. Sakit :
 - b. Terbakar :
 - c. Tertusuk :
- 5) **Waktu**
 - B. Apakah pernah menderita penyakit/trauma yang menyebabkan rasa nyeri : Ya / Tidak
 - C. Jika Ya, kapan terjadi
 - D. Lamanya berlangsung
 - E. Interval nyeri
- 6) **Faktor yang meringankan**
 - B. Apakah pernah membeli obat untuk menghilangkan rasa nyeri : Ya / Tidak
 - C. Kalau pernah, obat apa yang digunakan
 - D. Dosis obat yang digunakan
 - E. Efek obat yang digunakan
 - F. Selain obat, tindakan apa yang dilakukan :
 - 3) Nonton 3) Cerita
 - 4) Nyanyi 4) Dll
- 7) **Pengaruh nyeri terhadap aktivitas**
 - B. Tidur
 - C. Makan
 - D. Bekerja/kegiatan
 - E. Interaksi sosial

8) **Gejala klinik lain yang menyertai nyeri**

- B. Mual
- C. Muntah
- D. Pusing
- E. Konstipasi
- F. Suhu tubuh : Panas / Tidak
- G. Menggigil : Ya / Tidak
- H. Dll

9) **Pemeriksaan diagnostik**

- B. Laboratorium :
- C. Foto Rontgen :
- D. EKG :
- E. Pemeriksaan Lain :

Kendari,2015

Pembimbing Klinik

Praktikan

Mengetahui

Pembimbing Akademik

Lampiran 3

PENGKAJIAN KEBUTUHAN KESELAMATAN DAN KEAMANAN

1. Apakah klien mengalami gangguan pengindraan(visual, auditory, gustatory, olfactory, kinestetik)
2. Apakah klien menggunakan alat Bantu sehubungan dengan adanya gangguan tersebut
3. Apakah klien terhadap penggunaan alat tersebut : malu, percaya diri, ilusi/delusi
4. Apakah klien menggunakan alat, sampai sekarang
5. Yang berhubungan dengan keluhan:
 - a. Apakah klien mendengar suara yang berasal dari satu atau lebih objek
 - b. Apakah klien dapat melihat dengan jelas terhadap objek
 - c. Apakah klien dapat membedakan panas dan dingin
 - d. Apakah klien menyadari tentang posisi tubuhnya
6. Yang berhubungan dengan lingkungannya :
 - a. Ruang :
 - 1) Apakah penerangan cukup
 - 2) Apakah klien mengenal alat-alat yang ada disekitarnya
 - 3) Apakah lantai ruangan licin
 - 4) Apakah ada kamar isolasi
 - 5) Apakah ruangan dibersihkan dengan menggunakan bahan desinfeksi
 - b. Alat bantu mobilitas :
Apakah RS menyediakan alat bantu mobilitas : Tongkat, Kursi Roda, Walker.....,
 - c. Obat-obatan :
 - 1) Apakah lemari tempat obat-obatan terkunci/aman
 - 2) Apakah obat-obatan dilemari ditata dengan rapi
 - 3) Apakah ada buku catatan penggunaan obat tersebut
 - 4) Apakah obat-obatan paranteral dilakukan test awal
 - 5) Apakah alat-alat sebelum digunakan terlebih dahulu disterilisasi/ didesinfeksi
 - 6) Apakah tersedia alat/bahan desinfektan di ruangan
 - 7) Apakah petugas mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah prosedur tindakan
 - d. Tempat tidur :
 - 1) Apakah tempat tidur dapat ditinggikan/direndahkan
 - 2) Apakah tempat tidur memakai penghalang
 - 3) Apakah tempat tidur memakai handroll

- 4) Apakah tempat tidur memakai alat fiksasi
- 5) Apakah klien disediakan alat bantu komunikasi
- e. Pemadam kebakaran:
 - 1) Apakah tersedia alat pemadam kebakaran di ruangan
 - 2) Apakah setiap tabung oksigen menggunakan alat pengaman berupa pengikat
 - 3) Apakah di ruangan dituliskan peringatan pencegahan kemungkinan terjadinya kebakaran
7. Pemeriksaan Diagnostik
 - a. Laboratorium.
 - b. Foto Rontgen.
 - c. EKG.
 - d. Pemeriksaan lain-lain.

Lampiran 4

**DAFTAR HADIR MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
PROGRAM JARAK JAUH**

NAMA :
SEMESTER/TINGKAT :
TEMPAT PRAKTEK :

NO.	TANGGAL	HADIR		PULANG		Ket/Kegiatan	Tanda Tangan pembimbing
		Jam	TT	Jam	TT		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

Lampiran 5

**FORMAT PENILAIAN RESPONSI DAN PENULISAN
ASKEP KLINIK KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN PENDIDIKAN JARAK JAUH**

Nama Institusi Pendidikan :

Nama Mahasiswa :

Tanggal Praktek :

No.	Penilaian Responsi & Penulisan Askep Klinik Keperawatan	Nilai*				
		A	B	C	D	E
1.	Kemampuan dalam mengkaji secara komprehensif					
2.	Kemampuan di dalam menganalisa data yang dikumpulkan.					
3.	Kemampuan di dalam membuat diagnose keperawatan.					
4.	Kemampuan di dalam menentukan prioritas masalah.					
5.	Kemampuan di dalam menentukan rencana dan tindakan keperawatan.					
6.	Kemampuan di dalam menentukan evaluasi keperawatan.					
7.	Kemampuan memberikan jawaban secara rinci dan terarah.					

Keterangan (Nilai di isi dengan angka):

A = ≥ 86

B = 71 – 85

C = 60 – 69

D = 55 – 59

E = ≤ 49

Total Nilai = Jumlah Nilai Seluruh.

7

Instruktur Klinik (CI)

.....

Nip

Lampiran 6

**FORMAT PENILAIAN STRATEGI PELAKSANAAN (SP)
TINDAKAN KEPERAWATAN**

No.	Aspek yang dinilai	Nilai			Paraf CI
		1	2	3	
1	Data fokus				
	a. Data Subyektif				
	b. Data Obyektif				
2	Penetapan Diagnosa dan Tindakan				
3	Persiapan Alat				
4	Tahap Preinteraksi				
	a. Verifikasi Order				
	b. Cuci Tangan				
5	Tahap Orientasi				
	a. Memberi Salam, Memanggil Klien dengan Panggilan Yang Disenangi				
	b. Memperkenalkan Diri				
	c. Validasi Perasaan, Kognitif, Afektif dan Psikomotor Klien				
	d. Menjelaskan Kegiatan Yang Akan Dilakukan				
	e. Menjelaskan Prosedur Dan Tujuan Tindakan				
	f. Kontrak Waktu Yang Dibutuhkan				
	g. Menjelaskan Kerahasiaan				
6	Tahap Kerja				
	a. Memberi Kesempatan Klien Bertanya				
	b. Menanyakan Keluhan Utama				
	c. Memulai Kegiatan Dengan Baik				
	d. Melakukan Tindakan Sesuai Prosedur				
7	Tahap Terminasi				
	a. Menyimpulkan Hasil Kegiatan: Evaluasi Proses Dan Hasil				
	b. Memberikan Reinforcement				
	c. Merencanakan Tindak Lanjut				
	d. Melakukan Kontrak Waktu Selanjutnya				
	e. Mengakhiri Kegiatan Dengan Baik				
8	Dokumentasi				
	Mencatat Hasil Kegiatan				

Keterangan :

1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan tapi Tidak Sempurna

3 = Dilakukan dengan Sempurna

Nilai Batas Lulus : 75 %

Instruktur Klinik (CI)

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah Aspek yang dinilai}} \times 100\%$$

Lampiran 7

LEMBAR KONTRAK BELAJAR

Hari/ tanggal :/.....

NAMA : RUANGAN DINAS: RS
/ PUSKESMAS *:

KASUS/PERASAT YG AKAN DICAPAI	BUKTI PENCAPAIAN	EVALUASI PEMBIMBING (DIISI SETELAH PELAKSANAAN)

Menyetujui :

Pembimbing,

Mahasiswa,

.....

.....

Lampiran 8

**FORMAT PENILAIAN SIKAP PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN DASAR
PENDIDIKAN JARAK JAUH PRODI DIII KEPERAWATAN**

Nama Institusi Pendidikan :
 Nama Mahasiswa :
 Tanggal Praktek :

No.	Penilaian Sikap (Observasi)	Nilai*				
		A	B	C	D	E
1.	Tanggung jawab terhadap tugas yang diberikan.					
2.	Jujur selama melaksanakan praktek baik kepada CI/Petugas dan Pasien, dll					
3.	Disiplin dalam melaksanakan aturan dan tugas yang telah ditetapkan.					
4.	Sopan dan santun kepada pasien, seluruh petugas CI dan mahasiswa.					
5.	Didalam menyampaikan komunikasi kepada pasien, petugas / CI dan mahasiswa singkat dan jelas.					
6.	Mempunyai inisiatif, tidak menunggu untuk selalu disuruh.					
7.	Memiliki kerjasama antar mahasiswa anggota kelompok mahasiswa (TIM)					

Keterangan (Nilai di isi dengan angka) :

A = ≥ 86

B = 71 – 85

C = 60 – 69

D = 55 – 59

E = ≤ 49

Total Nilai = Jumlah Nilai Seluruh

7

Instruktur Klinik (CI)

Nip.

FORMAT ANALISA DATA

TANGGAL/JAM	PENGELOMPOKAN DATA	KEMUNGKINAN PENYEBAB/ ETIOLOGI	MASALAH

FORMAT DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO.	TANGGAL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PARAF

FORMAT RENCANA KEPERAWATAN

TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA KEPERAWATAN	RASIONAL	PARAF

FORMAT PELAKSANAAN TINDAKAN/IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO. DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL/PUKUL	TINDAKAN	PARAF

FORMAT EVALUASI KEPERAWATAN

NO DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL/JAM	EVALUASI	PARAF

BAB V

KEBUTUHAN SEKSUAL DAN RASA MEMILIKI

Budiono, SKp., M.Kes

PENDAHULUAN

Selamat berjumpa para mahasiswa keperawatan. Pada mata kuliah Praktik Keperawatan Dasar ini diharapkan dapat membantu saudara dalam mengembangkan ilmu pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam praktek keperawatan dasar di rumahsakit, puskesmas, maupun di masyarakat tentang asuhan keperawatan dasar.

Keperawatan sebagai “suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia”. Pelayanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan sehari hari secara mandiri

Diharapkan Anda dapat memberikan Asuhan Keperawatan Dasar dengan baik, pada saat anda melakukan praktik klinik keperawatan dasar. Melalui praktik klinik ini Anda dapat berlatih untuk mengembangkan dan memadukan pengetahuan, keterampilan dan sikap yang akan diperlukan dalam kehidupan profesional sehingga siap sepenuhnya dalam praktik sebagai perawat yang kompeten dalam kewenangannya.

A. TUJUAN UMUM DARI PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR INI ADALAH

Anda mampu menerapkan pengetahuan yang telah didapatkan agar dapat memenuhi kebutuhan dasar manusia baik fisik, psikososial dan spiritual dengan menggunakan proses keperawatan pada semua tingkat usia, yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan seksual dan rasa memiliki.

B. TUJUAN KHUSUS DARI PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR INI ADALAH

1. Melakukan pengkajian tentang kebutuhan seksual.
2. Melakukan pengkajian tentang kebutuhan memiliki.
3. Merumuskan analisa data sesuai kasus gangguan seksual.
4. Merumuskan analisa data sesuai kasus gangguan memiliki.
5. Melaksanakan perencanaan keperawatan sesuai kebutuhan seksual.

6. Melaksanakan perencanaan keperawatan sesuai kebutuhan memiliki.
7. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan seksual.
8. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan memiliki.
9. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan seksual.
10. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan memiliki.
11. Mendokumentasikan asuhan keperawatan, pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan seksual.
12. Mendokumentasikan asuhan keperawatan, pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan memiliki.

C. TEMPAT PRAKTIK : RUMAH SAKIT, PUSKESMAS, DAN MASYARAKAT

Panduan ini dibuat agar Anda dapat melakukan praktik klinik dengan baik. Anda diminta memberikan pelayanan asuhan keperawatan sasar di rumah sakit, puskesmas atau di masyarakat mencakup 2 kebutuhan dasar manusia yaitu:

Topik 1: Asuhan Keperawatan Kebutuhan seksual.

Topik 2: Asuhan Keperawatan Kebutuhan memiliki.

Praktik Klinik Keperawatan Dasar ini sangat relevan dengan tugas Anda sebagai seorang perawat baik di masyarakat, puskesmas maupun di rumah sakit.

Adapun langkah-langkah yang harus Anda lakukan sebelum melakukan praktik klinik ini adalah:

1. Bacalah kembali panduan praktikum mata kuliah yang sudah saudara dapatkan sebelumnya yaitu Keperawatan Dasar atau Kebutuhan Dasar Manusia.
2. Pahami dulu format asuhan Keperawatan setiap kebutuhan pada halaman lampiran panduan praktikum ini.
3. Buatlah kontrak belajar dengan persetujuan pembimbing klinik.
4. Lakukan langkah kegiatan belajar secara berurutan dari Topik 1 kemudian Topik 2.
5. Orientasi situasi dan tempat praktik.
6. Lakukan identifikasi kasus yang akan diambil.
7. Keberhasilan proses pembelajaran praktik klinik ini tergantung dari kesungguhan saudara dalam berlatih.
8. Bila Anda mengalami kesulitan segeralah menghubungi pembimbing lahan (*clinical instructor*).
9. Pada akhir rotasi praktik di tiap ruangan, mintalah nilai sikap dan keterampilan dari pembimbing lahan. (*lampiran 6*).
10. Laporan Asuhan keperawatan yang harus saudara kumpulkan di akhir praktik:
 - a. Laporan Asuhan Keperawatan 12 kebutuhan.
 - b. Laporan kegiatan Harian.

- c. Pencapaian Target Kompetensi.
- d. Lembar penilaian sikap dan keterampilan.
- e. Lembar penilaian asuhan Keperawatan.

Selamat belajar semoga sukses dan tidak menemukan kesulitan!

Topik 1

Asuhan Keperawatan Kebutuhan Seksual

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Kompetensi Dasar

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, Anda diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan seksual.

2. Indikator

Setelah melakukan praktik klinik asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi ini saudara diharapkan dapat:

- a. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan seksual
- b. Merumuskan Diagnosa Keperawatan berdasarkan analisa data sesuai kasus pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan seksual
- c. Melaksanakan perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan seksual
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan seksual
- e. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan seksual
- f. Mendokumentasikan asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan seksual

B. POKOK-POKOK MATERI

1. Pengkajian keperawatan dan klasifikasi data subyektif dan obyektif kebutuhan seksual
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan Analisa Data pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan seksual
3. Perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan seksual
4. Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan Kebutuhan seksual
5. Evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan Kebutuhan seksual
6. Dokumentasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan Kebutuhan seksual

C. ALAT DAN BAHAN

Sebelum melakukan asuhan keperawatan kebutuhan seksual saudara harus menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan:

1. Form pengkajian.
2. Tempat cuci tangan.

3. Sabun untuk cuci tangan.
4. Handuk.
5. Tensimeter.



Gambar 1. Tensimeter

6. Jam tangan
7. Stetoskop



Gambar 2. Stetoskop

D. LANGKAH KEGIATAN PENGKAJIAN

Asuhan Keperawatan Kebutuhan seksual ini dapat Anda lakukan di puskesmas, rumah sakit atau dimasyarakat saat Anda praktik asuhan keperawatan komunitas. Langkah awal yang anda lakukan adalah mempersilakan klien yang datang ke poliklinik rumahsakit/ puskesmas untuk duduk di kursi yang ada. Anda silahkan memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama.



Gambar 4. Contoh posisi saat pengkajian

Selanjutnya ikuti langkah-langkah berikut ini :

1. Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, lakukan cuci tangan 7 langkah terlebih dahulu.

7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



Gambar 5. Cara cuci tangan 7 langkah

2. Lakukanlah Pengkajian Meliputi

a. Anamnese :

- 1) Tanyakan identitas pasien (nama, umur, pendidikan, agama, suku bangsa, alamat).
- 2) Tanyakan keluhan utama yang dialami pasien bila ada.
- 3) Tanyakan riwayat kesehatan saat ini meliputi pola P (*Paliatif* atau penyebab), Q (*Quality* atau kualitas), R (*Regio* atau tempat), S (*Safety of life*), T (*Time*).
- 4) Tanyakan riwayat kesehatan yang lalu meliputi apakah pernah sakit sampai dirawat di rumah sakit, jika pernah dirawat, tanyakan jenis sakitnya.

b. Pemeriksaan fisik secara umum (*head to toe*).

3. Lakukan pengumpulan data obyektif pada pasien meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), pemeriksaan fisik (head to toe), kemudian tanyakan tentang masalah seksualitas yang dialami seperti dibawah ini:

a. Tanyakan Riwayat seksual pasien

.....

.....

b. Apakah Klien saat ini mengalami perawatan kehamilan, PMS, infertility, kontrasepsi

.....

c. Apakah Klien yang mengalami disfungsi seksual / problem (impoten, orgasmic dysfunction, dll)

.....

- d. Klien yang mempunyai penyakit-penyakit yang akan mempengaruhi fungsi seksual (peny.jantung, DM, dll)
.....

E. PENGKAJIAN SEKSUAL MENCAKUP

1. Riwayat Kesehatan seksual
Apakah klien mengalami sesuatu hal yang berkaitan dengan seks untuk menentukan apakah klien mempunyai masalah atau kekhawatiran seksual.
.....
2. Pengkajian fisik
 - a. Inspeksi dan palpasi alat seksualitas (harus dengan persetujuan klien)
.....
 - b. Beberapa riwayat kesehatan yang memerlukan pengkajian fisik misalnya riwayat PMS, infertilitas, kehamilan, adanya sekret yang tidak normal dari genital, perubahan warna pada genital, gangguan fungsi urinaria, dll.
.....
 - c. Klien yang berisiko mengalami gangguan seksual misalnya :
 - d. Adanya gangguan struktur/fungsi tubuh akibat trauma, kehamilan, setelah melahirkan, abnormalitas anatomi genital
.....
 - e. Apakah Klien mempunyai Riwayat penganiayaan seksual, penyalahgunaan seksual
.....
 - f. Apakah Klien mengalami Kondisi yang tidak menyenangkan seperti luka bakar, tanda lahir, skar (masektomi) dan adanya ostomi pada tubuh
.....
 - g. Apakah Klien saat ini menggunakan Terapi medikasi spesifik yang dapat menyebabkan mslh seksual; kurangnya pengetahuan/salah informasi tentang fungsi dan ekspresi seksual
.....
 - h. Ggn aktifitas fisik sementara maupun permanen; kehilangan pasangan
.....
 - i. Apakah klien mengalami Konflik nilai-nilai antara kepercayaan pribadi dengan aturan religi.
3. Lakukan klasifikasi data objektif dan subjektif kemudian dilanjutkan dengan analisa data sesuai kasus tersebut.
4. Setelah Anda selesai melakukan klasifikasi data subjektif dan objektif selanjutnya Anda rumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh klien.

5. Kemudian Anda buat rencana keperawatan sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang telah Anda rumuskan .
 6. Anda lanjutkan dengan melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah Anda susun berdasarkan perioritas masalahnya.
 7. Selanjutnya Anda lakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan. Kemudian lakukan dokumentasikan asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi.
- Contoh format laporan terdapat pada lampiran 1 di akhir panduan praktik ini.

Ringkasan

Selamat, Anda telah belajar memberikan asuhan keperawatan kebutuhan seksual. Dengan demikian saudara sebagai seorang perawat telah menguasai salah satu kompetensi saudara. Hal-hal penting yang sudah Anda pelajari dalam panduan praktik klinik ini adalah sebagai berikut:

Asuhan keperawatan kebutuhan seksual meliputi tahap-tahap sebagai berikut:

1. Pengkajian kebutuhan seksual.
2. Analisa Data kebutuhan seksual.
3. Diagnosa Keperawatan kebutuhan seksual.
4. Perencanaan Keperawatan kebutuhan seksual.
5. Tindakan Keperawatan kebutuhan seksual.
6. Evaluasi Keperawatan kebutuhan seksual.
7. Dokumentasi Keperawatan kebutuhan seksual.

Tugas Mandiri

Lakukan asuhan Keperawatan kebutuhan seksual kepada 5 pasien dari pengkajian, analisa data, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasinya.

Topik 2

Asuhan Keperawatan Rasa Memiliki

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Kompetensi Dasar

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, Anda diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan kebutuhan rasa memiliki.

2. Kompetensi Khusus

Setelah melakukan praktik klinik asuhan keperawatan kebutuhan rasa memiliki ini saudara diharapkan dapat:

- a. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan rasa memiliki.
- b. Merumuskan Diagnosa Keperawatan berdasarkan analisa data sesuai kasus pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan rasa memiliki.
- c. Melaksanakan perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan rasa memiliki.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan rasa memiliki.
- e. Melakukan evaluasi tindakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan rasa memiliki.
- f. Mendokumentasikan asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan rasa memiliki.

B. POKOK-POKOK MATERI

1. Pengkajian keperawatan dan klasifikasi data subyektif dan obyektif pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan rasa memiliki.
2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan Analisa Data pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan rasa memiliki.
3. Perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan rasa memiliki.
4. Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan rasa memiliki.
5. Evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan rasa memiliki.
6. Dokumentasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan rasa memiliki.

C. LANGKAH KEGIATAN PENGKAJIAN

Asuhan Keperawatan pada kenutuhan rasa memiliki ini lebih menekankan kepada kebutuhan rasa memiliki yang harus di penuhi oleh setiap manusia.

1. Pada pembelajaran ini, silahkan Anda identifikasi pada pasien yang berkunjung ke puskesmas maupun rumah sakit yang mengalami masalah kebutuhan rasa memiliki. Langkah awal yang Anda lakukan adalah mempersilahkan pasien masuk ke ruang periksa dan mempersilahkan duduk. Jangan lupa Anda perkenalkan diri, sebutkan nama Anda, jelaskan maksud dan tujuan Anda melakukan pemeriksaan.
2. Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, lakukan cuci tangan 7 langkah terlebih dahulu.

7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



Gambar 5. Cara cuci tangan 7 langkah

3. Lakukanlah Pengkajian
 - a. Anamnese meliputi:
 - 1) Tanyakan identitas pasien (nama, umur, pendidikan, agama, suku bangsa, alamat).
 - 2) Tanyakan keluhan utama yang dialami pasien bila ada.
 - 3) Tanyakan riwayat kesehatan saat ini meliputi pola P (*Paliatif* atau penyebab), Q (*Quality* atau kualitas), R (*Regio* atau tempat), S (*Safety of life*), T (*Time*).
 - b. Tanyakan riwayat kesehatan yang lalu meliputi apakah pernah sakit sampai dirawat di rumah sakit, jika pernah dirawat, tanyakan jenis sakitnya.
 - c. Lakukan pengumpulan data obyektif pada remaja meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), pemeriksaan fisik (*head to toe*).
 - d. Lakukan klasifikasi data objektif dan subjektif kemudian dilanjutkan dengan analisa data sesuai kasus tersebut.

- e. Setelah Anda selesai melakukan klasifikasi data subjektif dan objektif selanjutnya Anda rumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh klien.
- f. Kemudian Anda buat rencana keperawatan sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang telah Anda rumuskan .
- g. Anda lanjutkan dengan melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah Anda susun berdasarkan perioritas masalahnya.
- h. Selanjutnya Anda lakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan.
- i. Kemudian lakukan dokumentasikan asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi. Contoh format laporan terdapat pada lampiran 1 di akhir panduan praktik ini.

Ringkasan

Selamat, saudara telah belajar memberikan asuhan keperawatan kebutuhan rasa memiliki. Dengan demikian saudara sebagai seorang perawat telah menguasai salah satu kompetensi saudara. Hal-hal penting yang sudah saudara pelajari dalam panduan praktik klinik ini adalah sebagai berikut:

Asuhan keperawatan kebutuhan rasa memiliki meliputi tahap-tahap sebagai berikut :

1. Pengkajian kebutuhan rasa memiliki.
2. Analisa Data kebutuhan rasa memiliki.
3. Diagnosa Keperawatan kebutuhan rasa memiliki.
4. Perencanaan Keperawatan kebutuhan rasa memiliki.
5. Tindakan Keperawatan kebutuhan rasa memiliki.
6. Evaluasi Keperawatan kebutuhan rasa memiliki.
7. Dokumentasi Keperawatan kebutuhan memiliki.

Tugas Mandiri

Berlatihlah lebih sering untuk melakukan asuhan keperawatan kebutuhan rasa memiliki sampai saudara merasa mampu melakukan sendiri tanpa pendampingan pembimbing klinik.

Lakukan asuhan keperawatan kebutuhan rasa memiliki kepada 5 pasien. Mulailah dari pengkajian, analisa data, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasinya asuhan keperawatan yang sudah saudara lakukan.

Daftar Pustaka

- Alimul, Aziz. 2009. *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Buku 1, SalembaMedika.
- Carpenito. L.J. 1997. *Nursing Diagnosa Application to Clinical Practice*, 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- _____. 2004. *Nursing Diagnosa Application to Clinical Practice*, 10 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Doenges M.E.M.F. Moorhouse. 2001. *Rencana Perawatan Maternal Pedoman untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klin*, ed 2. Jakarta: EGC.
- Hohnsoon. M.M. Maas. S. Moorhead. 2000. *Nursing Outcomes calassification (NOC) 2 ed*. IOWA Outcomes Project: Mosby.
- _____. 2000. *Nursing Intervention calassification (NIC) 2 ed*. IOWA Outcomes Project: Mosby.
- Heardman T. Heather, Kamitsuru Shigemi *Nanda International, Inc. Nursing Diagnosa: Definition & Classification*, 2015-1017 Tenth Edition Oxford Wiley Blackwell.
- Kozier, Erb, Berman, & Snyder. 2011. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik*, ed.7. Vol.1. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*, Jakarta: Salemba Medika.
- Priharjo,R.1996. *Pengkajian Fisik Keperawatan* , Jakarta: EGC.
- Potter, P.A.A.G. Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep,Proses, dan Praktik*, ed.2. Jakarta: EGC.
- Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Buku Ajar Fundamental Keperawatan:
- Stole, K.M. 2004. *Diagnosa Keperawatan Sejahtera*. Jakarta: EGC.
- Talbot, L.A.M. Maeyers M. 1997. *Pengkajian Keperawatan Kritis*, ed.2. Jakarta: EGC.

Lampiran 1

**PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR
PROGRAM PENDIDIKAN JARAK JAUN KEPERAWATAN**

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN DASAR

I. DATA DEMOGRAFI

A. Biodata

1. Nama :
2. Usia/Tanggal Lahir :
3. Jenis Kelamin :
4. Alamat :
5. Suku/Bangsa :
6. Status Perkawinan :
7. Agama/Keyakinan :
8. Pekerjaan/Sumber pendapatan :
9. Diagnostik Medik :
10. No. Medikal Record :
11. Tanggal Masuk :
12. Tanggal Pengkajian :

D. Penanggung Jawab

1. Nama :
2. Usia :
3. Jenis Kelamin :
4. Pekerjaan/Sumber Penghasilan :
5. Hubungan dengan klien :

IV. KELUHAN UTAMA

Keluhan klien sehingga dia membutuhkan peawatan medik.

V. RIWAYAT KESEHATAN

A. Riwayat Kesehatan Sekarang

1. Waktu timbulnya penyakit, kapan ?
2. Bagaimana awal munculnya ? tiba-tiba ?
berangsur-angsur ?
3. Keadaan penyakit apakah sudah membaik, parah atau tetap sama dengan sebelumnya ? ...
4. usaha yang dilakukan untuk mengurangi keluhan ?
5. Kondisi saat dikaji (PQRST) ?

B. Riwayat Kesehatan Lalu

1. Penyakit pada saat anak-anak dan penyakit infeksi yang pernah dialami ?
.....
2. Imunisasi ?
3. Kecelakaan yang pernah dialami ?
4. Prosedur operasi dan perawatan Rumah Sakit ?
5. Alergi (makanan, obat-obatan, bebas) ?
6. Pengobatan dini (konsumsi obat-obatan bebas) ?

C. Riwayat Kesehatan Keluarga

1. Identifikasi berbagai penyakit keturunan yang umumnya menyerang ?
.....
2. Anggota keluarga yang terkena alergi, asma, TBC, hipertensi, penyakit jantung, stroke, anemia, hemopilia, artritis, migrain, DM, Kanker, dan gangguan emosional ?.....
3. Buat bagan genogram :

VI. A. Keadaan Umum Klien.

1. Tanda-tanda dari distress ?
2. Penampilan dihubungkan dengan usia ?
3. Ekspresi wajah, bicara, mood ?
4. Tinggi badan, berat badan, gaya berjalan ?

D. Tanda-Tanda Vital

1. Suhu :
2. Nadi :
3. Pernapasan :
4. Tekanan Darah :

<p>Pembimbing Klinik</p> <p>-----</p>	<p>Kendari,2015</p> <p>Praktikan</p> <p>-----</p>
---------------------------------------	---

Mengetahui
Pembimbing Akademik

Lampiran 2

FORMAT PENGKAJIAN KEBUTUHAN SEKSUAL

Tanyakan Riwayat seksual pasien

.....

- a. Apakah Klien saat ini mengalami perawatan kehamilan, PMS, infertility, kontrasepsi

- b. Apakah Klien yang mengalami disfungsi seksual/problem (impoten, orgasmic dysfunction, dll)

- c. Klien yang mempunyai penyakit-penyakit yang akan mempengaruhi fungsi seksual (peny. jantung, DM, dll)

PENGKAJIAN SEKSUAL MENCAKUP

1. Riwayat Kesehatan seksual
 Apakah klien mengalami sesuatu hal yang berkaitan dengan seks untuk menentukan apakah klien mempunyai masalah atau kekhawatiran seksual.

2. Pengkajian fisik
 - a. Inspeksi dan palpasi alat seksualitas (harus dengan persetujuan klien)

 - b. Beberapa riwayat kes. yang memerlukan pengkajian fisik misalnya riwayat PMS, infertilitas, kehamilan, adanya sekret yang tdk normal dari genital, perubahan warna pada genital, ggn fungsi urinaria, dll.

 - c. Klien yang berisiko mengalami gangguan seksual misalnya :
 Adanya ggn struktur/fungsi tubuh akibat trauma, kehamilan, setelah melahirkan, abnormalitas anatomi genital

 - d. Apakah Klien mempunyai Riwayat penganiayaan seksual, penyalahgunaan seksual

 - e. Apakah Klien mengalami Kondisi yang tidak menyenangkan seperti luka bakar, tanda lahir, skar (masektomi) dan adanya ostomi pada tubuh

- f. Apakah Klien saat ini menggunakan Terapi medikasi spesifik yang dapat menyebabkan mslh seksual; kurangnya pengetahuan/salah informasi tentang fungsi dan ekspresi seksual
.....
- g. Ggn aktifitas fisik sementara maupun permanen ; kehilangan pasangan
.....
- h. Apakah klien mengalami Konflik nilai-nilai antara kepercayaan pribadi dengan aturan religi

<p>Pembimbing Klinik</p> <p>-----</p>	<p>Kendari,2015</p> <p>Praktikan</p> <p>-----</p>
---------------------------------------	---

Mengetahui
Pembimbing Akademik

Lampiran 3

**DAFTAR HADIR MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
PROGRAM JARAK JAUH**

NAMA :
SEMESTER/TINGKAT :
TEMPAT PRAKTEK :

NO.	TANGGAL	HADIR		PULANG		Ket/Kegiatan	Tanda Tangan pembimbing
		Jam	TT	Jam	TT		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

Lampiran 4

**FORMAT PENILAIAN RESPONSI DAN PENULISAN
ASKEP KLINIK KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN PENDIDIKAN JARAK JAUH**

Nama Institusi Pendidikan :

Nama Mahasiswa :

Tanggal Praktek :

No.	Penilaian Responsi & Penulisan Askep Klinik Keperawatan	Nilai*				
		A	B	C	D	E
1.	Kemampuan dalam mengkaji secara komprehensif					
2.	Kemampuan di dalam menganalisa data yang dikumpulkan.					
3.	Kemampuan di dalam membuat diagnose keperawatan.					
4.	Kemampuan di dalam menentukan prioritas masalah.					
5.	Kemampuan di dalam menentukan rencana dan tindakan keperawatan.					
6.	Kemampuan di dalam menentukan evaluasi keperawatan.					
7.	Kemampuan memberikan jawaban secara rinci dan terarah.					

Keterangan (Nilai di isi dengan angka):

A = ≥ 86

B = 71 – 85

C = 60 – 69

D = 55 – 59

E = ≤ 49

Total Nilai = Jumlah Nilai Seluruh.

7

Instruktur Klinik (CI)

.....

Nip

Lampiran 5

**FORMAT PENILAIAN STRATEGI PELAKSANAAN (SP)
TINDAKAN KEPERAWATAN**

No.	Aspek yang dinilai	Nilai			Paraf CI
		1	2	3	
1	Data fokus				
	a. Data Subyektif				
	b. Data Obyektif				
2	Penetapan Diagnosa dan Tindakan				
3	Persiapan Alat				
4	Tahap Preinteraksi				
	a. Verifikasi Order				
	b. Cuci Tangan				
5	Tahap Orientasi				
	a. Memberi Salam, Memanggil Klien dengan Panggilan Yang Disenangi				
	b. Memperkenalkan Diri				
	c. Validasi Perasaan, Kognitif, Afektif dan Psikomotor Klien				
	d. Menjelaskan Kegiatan Yang Akan Dilakukan				
	e. Menjelaskan Prosedur Dan Tujuan Tindakan				
	f. Kontrak Waktu Yang Dibutuhkan				
	g. Menjelaskan Kerahasiaan				
6	Tahap Kerja				
	a. Memberi Kesempatan Klien Bertanya				
	b. Menanyakan Keluhan Utama				
	c. Memulai Kegiatan Dengan Baik				
	d. Melakukan Tindakan Sesuai Prosedur				
7	Tahap Terminasi				
	a. Menyimpulkan Hasil Kegiatan: Evaluasi Proses Dan Hasil				
	b. Memberikan Reinforcement				
	c. Merencanakan Tindak Lanjut				
	d. Melakukan Kontrak Waktu Selanjutnya				
	e. Mengakhiri Kegiatan Dengan Baik				
8	Dokumentasi				
	Mencatat Hasil Kegiatan				

Keterangan :

1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan tapi Tidak Sempurna

3 = Dilakukan dengan Sempurna

Nilai Batas Lulus : 75 %

Instruktur Klinik (CI)

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah Aspek yang dinilai}} \times 100\%$$

Lampiran 6

LEMBAR KONTRAK BELAJAR

Hari/ tanggal :/.....

NAMA : _____ RUANGAN DINAS: _____ RS
/ PUSKESMAS *: _____

KASUS/PERASAT YG AKAN DICAPAI	BUKTI PENCAPAIAN	EVALUASI PEMBIMBING (DIISI SETELAH PELAKSANAAN)

Menyetujui :

Pembimbing,

Mahasiswa,

.....

.....

Lampiran 7

**FORMAT PENILAIAN SIKAP PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN DASAR
PENDIDIKAN JARAK JAUH PRODI DIII KEPERAWATAN**

Nama Institusi Pendidikan :
 Nama Mahasiswa :
 Tanggal Praktek :

No.	Penilaian Sikap (Observasi)	Nilai*				
		A	B	C	D	E
1.	Tanggung jawab terhadap tugas yang diberikan.					
2.	Jujur selama melaksanakan praktek baik kepada CI/Petugas dan Pasien, dll					
3.	Disiplin dalam melaksanakan aturan dan tugas yang telah ditetapkan.					
4.	Sopan dan santun kepada pasien, seluruh petugas CI dan mahasiswa.					
5.	Didalam menyampaikan komunikasi kepada pasien, petugas / CI dan mahasiswa singkat dan jelas.					
6.	Mempunyai inisiatif, tidak menunggu untuk selalu disuruh.					
7.	Memiliki kerjasama antar mahasiswa anggota kelompok mahasiswa (TIM)					

Keterangan (Nilai di isi dengan angka) :

A = ≥ 86

B = 71 – 85

C = 60 – 69

D = 55 – 59

E = ≤ 49

Total Nilai = Jumlah Nilai Seluruh

7

Instruktur Klinik (CI)

.....

Nip.

FORMAT ANALISA DATA

TANGGAL/JAM	PENGELOMPOKAN DATA	KEMUNGKINAN PENYEBAB/ ETIOLOGI	MASALAH

FORMAT DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO.	TANGGAL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PARAF

FORMAT RENCANA KEPERAWATAN

TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA KEPERAWATAN	RASIONAL	PARAF

FORMAT PELAKSANAAN TINDAKAN/IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO. DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL/PUKUL	TINDAKAN	PARAF

FORMAT EVALUASI KEPERAWATAN

NO DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL/JAM	EVALUASI	PARAF

BAB VI

KEBUTUHAN HARGA DIRI DAN AKTUALISASI DIRI

Budiono, SKp., M.Kes

PENDAHULUAN

Selamat berjumpa para mahasiswa keperawatan. Pada mata kuliah Praktik Keperawatan Dasar ini diharapkan dapat membantu Anda dalam mengembangkan ilmu pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam praktek keperawatan dasar di rumah sakit, puskesmas, maupun di masyarakat tentang asuhan keperawatan dasar.

Keperawatan sebagai “suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia”. Pelayanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri

Diharapkan Anda dapat memberikan Asuhan Keperawatan Dasar dengan baik, saudara harus melakukan praktik klinik keperawatan dasar. Melalui praktik klinik ini Anda dapat berlatih untuk mengembangkan dan memadukan pengetahuan, keterampilan dan sikap yang akan diperlukan dalam kehidupan profesional sehingga siap sepenuhnya dalam praktik sebagai perawat yang kompeten dalam kewenangannya.

A. TUJUAN UMUM DARI PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR INI ADALAH

Anda mampu menerapkan pengetahuan yang telah didapatkan agar dapat memenuhi kebutuhan dasar manusia baik fisik, psikososial dan spiritual dengan menggunakan proses keperawatan pada semua tingkat usia, yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.

Tujuan Khusus dari praktik klinik Keperawatan dasar ini adalah:

1. Melakukan pengkajian tentang kebutuhan harga diri.
2. Melakukan pengkajian tentang kebutuhan aktualisasi diri.
3. Merumuskan analisa data sesuai kasus gangguan harga diri.
4. Merumuskan analisa data sesuai kasus gangguan aktualisasi diri.
5. Melaksanakan perencanaan keperawatan sesuai kebutuhan harga diri.
6. Melaksanakan perencanaan keperawatan sesuai kebutuhan aktualisasi diri.
7. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan harga diri.
8. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan aktualisasi diri.

9. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan harga diri.
10. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan aktualisasi diri.
11. Mendokumentasikan asuhan keperawatan, pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan harga diri.
12. Mendokumentasikan asuhan keperawatan, pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan aktualisasi diri.

C. TEMPAT PRAKTIK : RUMAH SAKIT, PUSKESMAS, DAN MASYARAKAT

Panduan ini dibuat agar Anda dapat melakukan praktik klinik dengan baik. Anda diminta memberikan pelayanan Asuhan keperawatan Dasar di rumah sakit, puskesmas atau di masyarakat mencakup 2 (dua) kebutuhan dasar manusia yaitu:

Topik 1 : Asuhan Keperawatan Kebutuhan Harga Diri.

Topik 2 : Asuhan Keperawatan Kebutuhan Aktualisasi Diri.

Praktik Klinik Keperawatan Dasar ini sangat relevan dengan tugas Anda sebagai seorang perawat baik di masyarakat, puskesmas maupun di rumah sakit.

Adapun langkah-langkah yang harus saudara lakukan sebelum melakukan praktik klinik ini adalah:

1. Bacalah kembali panduan praktikum mata kuliah yang sudah saudara dapatkan sebelumnya yaitu Keperawatan Dasar atau Kebutuhan Dasar Manusia.
2. Pahami dulu format asuhan Keperawatan setiap kebutuhan pada halaman lampiran panduan praktikum ini.
3. Buatlah kontrak belajar dengan persetujuan pembimbing klinik
4. Lakukan langkah kegiatan belajar secara berurutan dari Topik 1 kemudian Topik 2.
5. Orientasi situasi dan tempat praktik.
6. Lakukan identifikasi kasus yang akan diambil.
7. Keberhasilan proses pembelajaran praktik klinik ini tergantung dari kesungguhan saudara dalam berlatih.
8. Bila saudara mengalami kesulitan segeralah menghubungi pembimbing lahan (*clinical instructor*).
9. Pada akhir rotasi praktik di tiap ruangan, mintalah nilai sikap dan keterampilan dari pembimbing lahan. (*lampiran 7*).
10. Laporan Asuhan keperawatan yang harus saudara kumpulkan di akhir praktik :
 - a. Laporan Asuhan Keperawatan 12 kebutuhan.
 - b. Laporan kegiatan Harian.
 - c. Pencapaian Target Kompetensi.
 - d. Lembar penilaian sikap dan keterampilan.
 - e. Lembar penilaian asuhan Keperawatan.

Selamat belajar semoga sukses dan tidak menemukan kesulitan!

Topik 1

Asuhan Keperawatan Kebutuhan Harga Diri

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Kompetensi Umum

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, saudara diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan kebutuhan harga diri.

2. Kompetensi Khusus

Setelah melakukan praktik klinik asuhan keperawatan kebutuhan harga diri ini saudara diharapkan dapat:

- a. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan harga diri.
- b. Merumuskan Diagnosa Keperawatan berdasarkan analisa data sesuai kasus pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan harga diri.
- c. Melaksanakan perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan harga diri.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan harga diri.
- e. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan harga diri.
- f. Mendokumentasikan asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan harga diri.

B. POKOK-POKOK MATERI

1. Pengkajian keperawatan dan klasifikasi data subyektif dan obyektif kebutuhan harga diri.
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan Analisa Data pada klien yang mengalami pemenuhan kebutuhan harga diri.
3. Perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan Kebutuhan harga diri.
4. Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan Kebutuhan harga diri.
5. Evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan Kebutuhan harga diri
6. Dokumentasi keperawatan pada klien yang mengalami pemenuhan Kebutuhan harga diri.

C. ALAT DAN BAHAN

Sebelum melakukan asuhan keperawatan kebutuhan harga diri saudara harus menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan:

1. Form pengkajian.
2. Tempat cuci tangan.
3. Sabun untuk cuci tangan.
4. Handuk.
5. Tensimeter.



Gambar 1. Tensimeter

6. Jam tangan
7. Stetoskop



Gambar 2. Stetoskop

D. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

Asuhan Keperawatan Kebutuhan harga diri ini dapat saudara lakukan di puskesmas, rumah sakit atau di masyarakat saat saudara praktik asuhan keperawatan komunitas. Langkah awal yang saudara lakukan adalah mempersilakan klien yang datang ke poliklinik rumah sakit/puskesmas untuk duduk di kursi yang ada. Saudara silahkan memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama. Selanjutnya ikuti langkah-langkah berikut ini:



Gambar 4. Contoh posisi saat pengkajian

Selanjutnya ikuti langkah-langkah berikut ini:

1. Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, lakukan cuci tangan 7 langkah terlebih dahulu.

7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



Gambar 5 : cara cuci tangan 7 langkah

2. Lakukanlah Pengkajian Meliputi
 - a. Anamnesis
 - 1) Tanyakan identitas pasien (nama, umur, pendidikan, agama, suku bangsa, alamat).
 - 2) Tanyakan keluhan utama yang dialami pasien bila ada.
 - 3) Tanyakan riwayat kesehatan saat ini meliputi pola P (*Paliatif* atau penyebab), Q (*Quality* atau kualitas), R (*Regio* atau tempat), S (*Safety of life*), T (*Time*).

- 4) Tanyakan riwayat kesehatan yang lalu meliputi apakah pernah sakit sampai dirawat di rumah sakit, jika pernah dirawat, tanyakan jenis sakitnya.
- b. Pemeriksaan fisik secara umum (head to toe).

Lakukan pengumpulan data obyektif meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), pemeriksaan fisik (*head to toe*).

1. Lakukan klasifikasi data objektif dan subjektif kemudian dilanjutkan dengan analisa data sesuai kasus tersebut.
2. Setelah Anda selesai melakukan klasifikasi data subjektif dan objektif selanjutnya Anda rumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh klien.
3. Kemudian Anda buat rencana keperawatan sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang telah Anda rumuskan.
4. Anda lanjutkan dengan melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah Anda susun berdasarkan prioritas masalahnya.
5. Selanjutnya Anda lakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan.
6. Kemudian lakukan dokumentasikan asuhan keperawatan kebutuhan Harga diri Contoh format laporan terdapat pada lampiran 1 di akhir panduan praktik ini.

Ringkasan

Selamat, Anda telah belajar memberikan asuhan keperawatan kebutuhan harga diri. Dengan demikian saudara sebagai seorang perawat telah menguasai salah satu kompetensi saudara. Hal-hal penting yang sudah saudara pelajari dalam panduan praktik klinik ini adalah sebagai berikut:

Asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi meliputi tahap-tahap sebagai berikut :

1. Pengkajian kebutuhan harga diri.
2. Analisa Data kebutuhan harga diri.
3. Diagnosa Keperawatan kebutuhan harga diri.
4. Perencanaan Keperawatan kebutuhan harga diri.
5. Tindakan Keperawatan kebutuhan harga diri.
6. Evaluasi Keperawatan kebutuhan harga diri.
7. Dokumentasi Keperawatan kebutuhan harga diri.

Tugas Mandiri

Lakukan asuhan Keperawatan kebutuhan harga diri kepada 5 pasien dari pengkajian, analisa data, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasinya.

Topik 2

Asuhan Keperawatan Kebutuhan Aktualisasi Diri

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Kompetensi Dasar

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, saudara diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan kebutuhan aktualisasi diri.

2. Kompetensi Khusus

Setelah melakukan praktik klinik asuhan keperawatan kebutuhan aktualisasi diri ini saudara diharapkan dapat:

- a. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri.
- b. Merumuskan Diagnosa Keperawatan berdasarkan analisa data sesuai kasus pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri.
- c. Melaksanakan perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri.
- e. Melakukan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri.
- f. Mendokumentasikan asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri.

B. POKOK-POKOK MATERI

1. Pengkajian keperawatan dan klasifikasi data subyektif dan obyektif pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri.
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan Analisa Data pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri.
3. Perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri.
4. Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri.
5. Evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri.
6. Dokumentasi keperawatan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri.

C. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

Asuhan Keperawatan pada kebutuhan aktualisasi diri ini lebih menekankan kepada kebutuhan aktualisasi diri yang harus di penuhi oleh setiap manusia.

1. Pada pembelajaran ini, silahkan Anda identifikasi pada pasien yang berkunjung ke puskesmas maupun rumah sakit yang mengalami masalah kebutuhan aktualisasi diri. Langkah awal yang Anda lakukan adalah mempersilahkan pasien masuk ke ruang periksa dan mempersilahkan duduk. Jangan lupa Anda perkenalkan diri, sebutkan nama Anda, jelaskan maksud dan tujuan Anda melakukan pemeriksaan.
2. Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, lakukan cuci tangan 7 langkah terlebih dahulu.

7 LANGKAH HIGIENE TANGAN



Gambar 5 : cara cuci tangan 7 langkah

3. Lakukanlah Pengkajian
 - a. Anamnese meliputi:
 - 1) Tanyakan identitas pasien (nama, umur, pendidikan, agama, suku bangsa, alamat).
 - 2) Tanyakan keluhan utama yang dialami pasien bila ada.
 - 3) Tanyakan riwayat kesehatan saat ini meliputi pola P (Paliatif atau penyebab), Q (Quality atau kualitas), R (Regio atau tempat), S (Safety of life), T (Time).
 - b. Tanyakan riwayat kesehatan yang lalu meliputi apakah pernah sakit sampai dirawat di rumah sakit, jika pernah dirawat, tanyakan jenis sakitnya.
4. Lakukan pengumpulan data obyektif pada klien meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), pemeriksaan fisik (*head to toe*). Lakukan klasifikasi data objektif dan subjektif kemudian dilanjutkan dengan analisa data sesuai kasus tersebut.

5. Setelah Anda selesai melakukan klasifikasi data subjektif dan objektif selanjutnya Anda rumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh klien.
6. Kemudian Anda buat rencana keperawatan sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang telah Anda rumuskan.
7. Anda lanjutkan dengan melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah Anda susun berdasarkan prioritas masalahnya.
8. Selanjutnya Anda lakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan.
9. Kemudian lakukan dokumentasikan asuhan keperawatan kebutuhan cairan Contoh format laporan terdapat pada lampiran 1 di akhir panduan praktik ini.
10. Lakukan klasifikasi data objektif dan subjektif kemudian dilanjutkan dengan analisa data sesuai kasus tersebut.
11. Setelah Anda selesai melakukan klasifikasi data subjektif dan objektif selanjutnya Anda rumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh klien.
12. Kemudian Anda buat rencana keperawatan sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang telah Anda rumuskan.
13. Anda lanjutkan dengan melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah Anda susun berdasarkan prioritas masalahnya.
14. Selanjutnya Anda lakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan.
15. Kemudian lakukan dokumentasikan asuhan keperawatan kebutuhan cairan Contoh format laporan terdapat pada lampiran 1 di akhir panduan praktik ini.

Ringkasan

Selamat, saudara telah belajar memberikan asuhan keperawatan kebutuhan aktualisasi diri. Dengan demikian saudara sebagai seorang perawat telah menguasai salah satu kompetensi saudara. Hal-hal penting yang sudah saudara pelajari dalam panduan praktik klinik ini adalah sebagai berikut:

Asuhan keperawatan kebutuhan aktualisasi diri meliputi tahap-tahap sebagai berikut :

1. Pengkajian kebutuhan aktualisasi diri.
2. Analisa Data kebutuhan aktualisasi diri.
3. Diagnosa Keperawatan kebutuhan aktualisasi diri.
4. Perencanaan Keperawatan kebutuhan aktualisasi diri.
5. Tindakan Keperawatan kebutuhan aktualisasi diri.
6. Evaluasi Keperawatan kebutuhan aktualisasi diri.
7. Dokumentasi Keperawatan kebutuhan aktualisasi diri.

Tugas Mandiri

Berlatihlah lebih sering untuk melakukan asuhan keperawatan kebutuhan aktualisasi diri, sampai Anda merasa mampu melakukan sendiri tanpa pendampingan pembimbing klinik.

Lakukan asuhan keperawatan kebutuhan cairan kepada 5 pasien. Mulailah dari pengkajian, analisa data, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasinya asuhan keperawatan yang sudah saudara lakukan.

Daftar Pustaka

- Alimul, Aziz. 2009. *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Buku 1, Salemba Medika.
- Carpenito. L.J. 1997. *Nursing Diagnosa Application to Clinical Practice*, 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- _____. 2004. *Nursing Diagnosa Application to Clinical Practice*, 10 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Doenges M. E. M. F. Moorhouse. 2001. *Rencana Perawatan Maternal Pedoman untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klin*, ed 2. Jakarta: EGC.
- Hohnsoon. M. M. Maas. S. Moorhead. 2000. *Nursing Outcomes calassification (NOC) 2 ed*. IOWA Outcomes Project: Mosby.
- _____. 2000. *Nursing Intervention calassification (NIC) 2 ed*. IOWA Outcomes Project: Mosby.
- Heardman T. Heather, Kamitsuru Shigemi *Nanda International, Inc. Nursing Diagnosa: Definition & Classification*, 2015-1017 Tenth Edition Oxford Wiley Blackwell.
- Kozier, Erb, Berman, & Snyder. 2011. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik*, ed.7.Vol.1. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan:Konsep dan Praktik*, Jakarta: Salemba Medika
- Priharjo, R. 1996. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. A. A. G. Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*, ed.2 Jakarta: EGC.
- Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Buku Ajar Fundamental Keperawatan:
- Stole, K.M. 2004. *Diagnosa Keperawatan Sejahtera*. Jakarta: EGC.
- Talbot, L. A. M. Maeyers M. 1997. *Pengkajian Keperawatan Kritis*, ed.2. Jakarta: EGC.

Lampiran 1

**PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DASAR
PROGRAM PENDIDIKAN JARAK JAUN KEPERAWATAN**

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN DASAR

I. DATA DEMOGRAFI

A. Biodata

1. Nama :
2. Usia/Tanggal Lahir :
3. Jenis Kelamin :
4. Alamat :
5. Suku/Bangsa :
6. Status Perkawinan :
7. Agama/Keyakinan :
8. Pekerjaan/Sumber pendapatan :
9. Diagnostik Medik :
10. No. Medikal Record :
11. Tanggal Masuk :
12. Tanggal Pengkajian :

E. Penanggung Jawab

1. Nama :
2. Usia :
3. Jenis Kelamin :
4. Pekerjaan/Sumber Penghasilan :
5. Hubungan dengan klien :

VII. KELUHAN UTAMA

Keluhan klien sehingga dia membutuhkan peawatan medik.

VIII. RIWAYAT KESEHATAN

A. Riwayat Kesehatan Sekarang

1. Waktu timbulnya penyakit, kapan ?
2. Bagaimana awal munculnya ? tiba-tiba ?
berangsur-angsur ?
3. Keadaan penyakit apakah sudah membaik, parah atau tetap sama dengan
sebelumnya ? ...
4. usaha yang dilakukan untuk mengurangi keluhan ?
5. Kondisi saat dikaji (PQRST) ?

B. Riwayat Kesehatan Lalu

1. Penyakit pada saat anak-anak dan penyakit infeksi yang pernah dialami ?
.....
2. Imunisasi ?
3. Kecelakaan yang pernah dialami ?
4. Prosedur operasi dan perawatan Rumah Sakit ?
5. Alergi (makanan, obat-obatan, bebas) ?
6. Pengobatan dini (konsumsi obat-obatan bebas) ?

C. Riwayat Kesehatan Keluarga

1. Identifikasi berbagai penyakit keturunan yang umumnya menyerang ?
.....
2. Anggota keluarga yang terkena alergi, asma, TBC, hipertensi, penyakit jantung,
stroke, anemia, hemopilia, artritis, migrain, DM, Kanker, dan gangguan
emosional ?.....
3. Buat bagan genogram :

IX. A. Keadaan Umum Klien.

1. Tanda-tanda dari distress ?
2. Penampilan dihubungkan dengan usia ?
3. Ekspresi wajah, bicara, mood ?
4. Tinggi badan, berat badan, gaya berjalan ?

E. Tanda-Tanda Vital

1. Suhu :
2. Nadi :
3. Pernapasan :
4. Tekanan Darah :

<p>Pembimbing Klinik</p> <p>-----</p>	<p>Kendari,2015</p> <p>Praktikan</p> <p>-----</p>
---------------------------------------	---

Mengetahui
Pembimbing Akademik

Lampiran 2

PENGKAJIAN KEBUTUHAN HARGA DIRI DAN AKTUALISASI DIRI

A. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

1. Status Emosional
 - a. Apakah klien dapat mengekspresikan perasaannya
 - b. Bagaimana suasana hati klien yang utama/dominan
 - c. Apakah perilaku verbal klien sesuai dengan perilaku nonverbal
 - d. Apakah yang dilakukan bila suasana hati klien marah, sedih dan gembira
2. Konsep Diri
 - a. Bagaimana klien memandang dirinya
 - b. Hal apa yang dilakukan klien
 - c. Bagaimana persepsi klien tentang orang lain mengenai dirinya
 - d. Apakah klien dapat mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan yang ada pada dirinya?
3. Pola Interaksi
 - a. Kepada siapa klien berespon
 - b. Apakah klien berespon dewasa baik
 - c. Kepada siapa klien meminta bantuan apabila mempunyai masalah
 - d. Siapa yang lebih berpengaruh pada klien
 - e. Apakah klien dapat mengidentifikasi
4. Pola Mekanisme pertahanan diri
 - a. Bagaimana klien menangani stress
 - b. Bagaimana hasilnya masalah diatasi
 - c. Apa upaya klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi sekarang

B. PENGKAJIAN SEKSUALITAS

1. Apakah yang diketahui klien tentang masalah-masalah sebagai laki-laki/wanita ?
2. Bagaimana perasaan klien saat menstruasi pertama ?
3. Perubahan suara dan penonjolan jakun serta mimpi ?
4. Bagaimana klien memandang dirinya sebagai laki-laki/wanita ?
5. Idola yang bagaimana yang di inginkan klien ?
6. Perilaku yang ditampilkan klien sebagai laki-laki/perempuan ?

C. PENGKAJIAN SPIRITUAL

1. Menurut agama yang dianut klien, bagaimana hubungan manusia dengan penciptanya ?
2. Apakah anda menjalankan ibadah sesuai dengan ajaran agama yang klien anut ?

3. Dalam keadaan sakit apakah klien mengalami hambatan dalam melaksanakan ibadahnya?
4. Siapa yang anda harapkan yang dapat menolong saat anda merasa takut ?
5. Dorongan spiritual yang bagaimana yang dapat membantu klien ?
6. Apa sumber kekuatan klien sekarang ?
7. Apakah klien perlu dibantu saat menjalankan ibadah ?
8. Selama klien dirawat apakah klien memerlukan ahli agama pembimbing rohani ?

D. PENGKAJIAN SOSIAL

1. Pendidikan/Pekerjaan
 - a. Keterampilan khusus apa yang dimiliki klien
 - b. Apa rencana pendidikan yang akan datang
 - c. Jenis pekerjaan apa yang dikerjakan oleh klien
 - d. Bagaimana riwayat pekerjaan klien
 - e. Berapa penghasilan klien perbulan
 - f. Bagaimana situasi pekerjaan klien
2. Hubungan Sosial
 - a. Apakah klien mempunyai teman dekat
 - b. Apakah klien dapat bertukar pikiran/perasaan
 - c. Apakah yang dapat dilakukan klien secara bersama-sama
 - d. Siapa yang dipercaya untuk membantu klien ketika ada kesulitan
 - e. Bagaimana perasaan klien dalam situasi sosial klien
 - f. Bagaimana perasaan nyaman yang diperoleh klien
 - g. Apakah klien ikut dalam kegiatan kemasyarakatan
 - h. Bagaimana keterlibatan klien
 - i. Bagaimana pendapat klien sehubungan dengan keterlibatan klien
 - j. Organisasi kemasyarakatan

E. KEBUDAYAAN/ADAT ISTIADAT

1. Bagaimana pendapat klien dengan adat istiadat di lingkungan tempat tinggal klien
2. Apakah adat kebiasaan klien sesuai dengan lingkungan
3. Bahasa pengantar/dialog yang digunakan klien

F. IDENTITAS DIRI

1. Bagaimana anda menggambarkan karakteristik anda?
2. Bagaimana orang lain menggambarkan diri anda?
3. Apa yang disukai dalam diri anda?
4. Apa yang anda kerjakan dengan baik?
5. Apa saja kekuatan, bakat dan kemampuan anda?

6. Apa yang anda ingin ubah pada diri anda dan jika anda bisa mengubahnya yang sangat mengganggu anda jika anda berpikir seseorang tidak menyukai anda?

G. GAMBARAN DIRI/CITRA DIRI

1. Bagaimana Anda memandang diri Anda?
2. Bagaimana Anda memandang orang lain di sekitar Anda?
3. Bagaimana orang lain memandang diri Anda?
4. Bagaimana orang lain bersikap terhadap diri Anda?
5. Apakah anda nyaman dengan keadaan Anda saat ini?
6. Apakah anda bersyukur keadaan anda saat ini?
7. Apakah anda merasa nyaman apabila mendiskusikan mengenai pengobatan yang sedang anda jalani?
8. Apakah anda merasa berbeda atau inferior terhadap orang lain?
9. Bagaimana perasaan anda mengenai penampilan anda?
10. Perubahan seperti apa yang anda harapkan terjadi pada tubuh anda setelah menjalani pengobatan?
11. Bagaimana orang terdekat anda bereaksi terhadap perubahan pada tubuh anda?

H. HARGA DIRI

1. Apakah anda sudah merasa puas dengan hidup anda?
2. Apakah yang anda rasakan mengenai diri sendiri?
3. Bagaimana cara anda menyikapi tanggapan orang lain tentang kekurangan yang ada pada diri Anda?
4. Bagaimana cara anda menyikapi tanggapan orang lain mengenai keburukan yang belum tentu ada pada diri Anda?

I. PERAN ATAU PERILAKU

1. Apakah anda bersedia untuk menceritakan mengenai keluarga anda?
2. Bagaimana hubungan anda dengan orang terdekat?
3. Apa tanggung jawab anda dalam keluarga?
4. Apa tanggung jawab anda dengan lingkungan sekitar?
5. Peran atau tanggung jawab yang ingin anda ubah?
6. Apakah anda bangga akan anggota keluarga anda?
7. Apakah anda bangga dengan lingkungan pekerjaan anda?

J. IDEAL DIRI

1. Apakah anda mendapat apa yang diinginkan?
2. Tujuan apa dalam hidup anda yang penting?
3. Apakah anda bangga dengan pekerjaan anda?
4. Apakah anda sudah puas dengan pencapaian anda?

Kendari,2015

Pembimbing Klinik

Praktikan

Mengetahui

Pembimbing Akademik

Lampiran 3

**DAFTAR HADIR MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
PROGRAM JARAK JAUH**

NAMA :
SEMESTER/TINGKAT :
TEMPAT PRAKTEK :

NO.	TANGGAL	HADIR		PULANG		Ket/Kegiatan	Tanda Tangan pembimbing
		Jam	TT	Jam	TT		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

Lampiran 4

**FORMAT PENILAIAN RESPONSI DAN PENULISAN
ASKEP KLINIK KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN PENDIDIKAN JARAK JAUH**

Nama Institusi Pendidikan :

Nama Mahasiswa :

Tanggal Praktek :

No.	Penilaian Responsi & Penulisan Askep Klinik Keperawatan	Nilai*				
		A	B	C	D	E
1.	Kemampuan dalam mengkaji secara komprehensif					
2.	Kemampuan di dalam menganalisa data yang dikumpulkan.					
3.	Kemampuan di dalam membuat diagnose keperawatan.					
4.	Kemampuan di dalam menentukan prioritas masalah.					
5.	Kemampuan di dalam menentukan rencana dan tindakan keperawatan.					
6.	Kemampuan di dalam menentukan evaluasi keperawatan.					
7.	Kemampuan memberikan jawaban secara rinci dan terarah.					

Keterangan (Nilai di isi dengan angka):

A = ≥ 86

B = 71 – 85

C = 60 – 69

D = 55 – 59

E = ≤ 49

Total Nilai = Jumlah Nilai Seluruh.

7

Instruktur Klinik (CI)

.....

Nip

Lampiran 5

**FORMAT PENILAIAN STRATEGI PELAKSANAAN (SP)
TINDAKAN KEPERAWATAN**

No.	Aspek yang dinilai	Nilai			Paraf CI
		1	2	3	
1	Data fokus				
	a. Data Subyektif				
	b. Data Obyektif				
2	Penetapan Diagnosa dan Tindakan				
3	Persiapan Alat				
4	Tahap Preinteraksi				
	a. Verifikasi Order				
	b. Cuci Tangan				
5	Tahap Orientasi				
	a. Memberi Salam, Memanggil Klien dengan Panggilan Yang Disenangi				
	b. Memperkenalkan Diri				
	c. Validasi Perasaan, Kognitif, Afektif dan Psikomotor Klien				
	d. Menjelaskan Kegiatan Yang Akan Dilakukan				
	e. Menjelaskan Prosedur Dan Tujuan Tindakan				
	f. Kontrak Waktu Yang Dibutuhkan				
	g. Menjelaskan Kerahasiaan				
6	Tahap Kerja				
	a. Memberi Kesempatan Klien Bertanya				
	b. Menanyakan Keluhan Utama				
	c. Memulai Kegiatan Dengan Baik				
	d. Melakukan Tindakan Sesuai Prosedur				
7	Tahap Terminasi				
	a. Menyimpulkan Hasil Kegiatan: Evaluasi Proses Dan Hasil				
	b. Memberikan Reinforcement				
	c. Merencanakan Tindak Lanjut				
	d. Melakukan Kontrak Waktu Selanjutnya				
	e. Mengakhiri Kegiatan Dengan Baik				
8	Dokumentasi				
	Mencatat Hasil Kegiatan				

Keterangan :

1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan tapi Tidak Sempurna

3 = Dilakukan dengan Sempurna

Nilai Batas Lulus : 75 %

Instruktur Klinik (CI)

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang didapat}}{\text{Jumlah Aspek yang dinilai}} \times 100\%$$

Lampiran 6

LEMBAR KONTRAK BELAJAR

Hari/ tanggal :/.....

NAMA : _____ RUANGAN DINAS: _____ RS
/ PUSKESMAS *: _____

KASUS/PERASAT YG AKAN DICAPAI	BUKTI PENCAPAIAN	EVALUASI PEMBIMBING (DIISI SETELAH PELAKSANAAN)

Menyetujui :

Pembimbing,

Mahasiswa,

.....

.....

Lampiran 7

**FORMAT PENILAIAN SIKAP PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN DASAR
PENDIDIKAN JARAK JAUH PRODI DIII KEPERAWATAN**

Nama Institusi Pendidikan :
 Nama Mahasiswa :
 Tanggal Praktek :

No.	Penilaian Sikap (Observasi)	Nilai*				
		A	B	C	D	E
1.	Tanggung jawab terhadap tugas yang diberikan.					
2.	Jujur selama melaksanakan praktek baik kepada CI/Petugas dan Pasien, dll					
3.	Disiplin dalam melaksanakan aturan dan tugas yang telah ditetapkan.					
4.	Sopan dan santun kepada pasien, seluruh petugas CI dan mahasiswa.					
5.	Didalam menyampaikan komunikasi kepada pasien, petugas / CI dan mahasiswa singkat dan jelas.					
6.	Mempunyai inisiatif, tidak menunggu untuk selalu disuruh.					
7.	Memiliki kerjasama antar mahasiswa anggota kelompok mahasiswa (TIM)					

Keterangan (Nilai di isi dengan angka) :

A = ≥ 86

B = 71 – 85

C = 60 – 69

D = 55 – 59

E = ≤ 49

Total Nilai = Jumlah Nilai Seluruh

7

Instruktur Klinik (CI)

.....

Nip.

FORMAT ANALISA DATA

TANGGAL/JAM	PENGELOMPOKAN DATA	KEMUNGKINAN PENYEBAB/ ETIOLOGI	MASALAH

FORMAT DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO.	TANGGAL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PARAF

FORMAT RENCANA KEPERAWATAN

TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA KEPERAWATAN	RASIONAL	PARAF

FORMAT PELAKSANAAN TINDAKAN/IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO. DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL/PUKUL	TINDAKAN	PARAF

FORMAT EVALUASI KEPERAWATAN

NO DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL/JAM	EVALUASI	PARAF