

RESUME & KISI² UJIAN KOMPETENSI PERAWAT

SKALA KEKUATAN OTOT

- 0 Otot sama sekali tidak mampu bergerak, tampak berkontraksi, bilalengan/ tungkai dilepaskan, akan jatuh 100% pasif
- 1 Tampak kontraksi atau ada sedikit gerakan dan ada tahanan sewaktu jatuh
- 2 Mampu menahan tegak yang berarti mampu menahan gaya gravitasi(saja), tapi dengan sentuhan akan jatuh
- 3 Mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong tetapi tidak mampumelawan tekan/ dorongan dari pemeriksa
- 4 Kekuatan kurang dibandingkan sisi lain
- 5 Kekuatan normal atau optimal

SKALA GCS

MATA (EYE) E	BICARA (VERBAL) V	GERAKAN (MOTORIK) M
4 Spontan	5 Orientasi baik	6 Mengikuti perintah
3 Dengan rangsang suara (suruh pasien membuka mata).	4 Bingung, berbicara mengacau (sering bertanya berulang-ulang) disorientasi tempat dan waktu Kata-kata saja	5 Melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri)
2 Dengan rangsang nyeri (berikan rangsangan nyeri, misalnya menekan kuku jari)	3 (berbicara tidak jelas, tapi kata-kata masih jelas, namun tidak dalam satu kalimat	4 Withdraws (menghindar / menarik extremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri)
1 Tidak ada respon	2 Suara tanpa arti (mengerang)	3 Flexi abnormal (tangan satu atau keduanya posisi kaku diatas dada & kaki extensi saat diberi rangsang nyeri). Extensi abnormal (tangan satu atau keduanya extensi di sisi tubuh, dengan jari mengepal & kaki extensi saat diberi rangsang nyeri)
	1 Tidak ada respon	2 Tidak ada respon
		1 Tidak ada respon

Hasil pemeriksaan tingkat kesadaran berdasarkan GCS disajikan dalam simbol E...V...M...

Selanjutnya nilai-nilai tersebut dijumlahkan.

Nilai GCS yang tertinggi adalah 15 yaitu E4 V5 M6 dan terendah adalah 3 yaitu E1 V1 M1.

Jika dihubungkan dengan kasus trauma kapitis maka didapatkan hasil :

GCS : 14 – 15 = CKR (cedera kepala ringan)

GCS : 9 – 13 = CKS (cedera kepala sedang)

GCS : 3 – 8 = CKB (cedera kepala berat)

PERAN PERAWAT

Fasilitator

memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan, dari yang sederhana sampai dengan kompleks

Advokator

menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien- mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien.

Edukator

membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan

Koordinator

mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien

Kolaborator

Peran ini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya

Konsultan

tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan

Reseacher

mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan

8 PRINSIP ETIK PERAWAT

1. Otonomi (Autonomi)

prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa mampu memutuskan sesuatu dan orang lain harus menghargainya. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri.

2. Beneficence (Berbuat Baik)

prinsip ini menuntut perawat untuk melakukan hal yan baik dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahatan.

3. Justice (Keadilan)

nilai ini direfleksikan dalam praktek professional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

4. Non-maleficence (tidak merugikan)

prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien.

5. Veracity (Kejujuran)

nilai ini bukan cuman dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setia klien untuk meyakinkan agar klien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Kebenaran merupakan dasar membina hubungan saling percaya. Klien memiliki otonomi sehingga mereka berhak mendapatkan informasi yang ia ingin tahu.

6. Fidelity (Menepati janji)

tanggung jawab besar seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan meminimalkan penderitaan. Untuk mencapai itu perawat harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada orang lain.

7. Confidentiality (Kerahasiaan)

informasi tentang klien harus dijaga privasi klien. Dokumentasi tentang keadaan kesehatan klien hanya bisa dibaca guna keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan klien. Diskusi tentang klien diluar area pelayanan harus dihindari.

8. Accountability (Akuntabilitas)

standar yang pasti bahwa tindakan seorang professional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanda tekecuali.

TABEL IMUNISASI

USIA	IMUNISASI YANG DIDAPAT
0 TH	HEPATITIS B
1 TH	BCG, POLIO 1
2 TH	DPT, HEPATITIS B, HIB 1, POLIO 2
3 TH	DPT, HEPATITIS B, HIB 2, POLIO 3
4 TH	DPT, HEPATITIS B, HIB 3, POLIO 2
9 TH	CAMPAK

APGAR SCORE

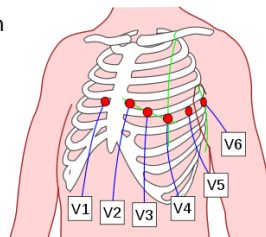
	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2	Akronim
Warna kulit	seluruhnya biru	warna kulit tubuh normal merah muda, tetapi tangan dan kaki kebiruan (akrosianosis)	warna kulit tubuh, tangan, dan kaki normal merah muda, tidak ada sianosis	Appearance
Denyut jantung	tidak ada	<100 kali/menit	>100 kali/menit	Pulse
Respons refleks	tidak ada respons terhadap stimulasi	meringis/menangis lemah ketika distimulasi	meringis/bersin/batuk saat stimulasi saluran napas	Grimace
Tonus otot	lemah/tidak ada	sedikit gerakan	bergerak aktif	Activity
Pernapasan	tidak ada	lemah atau tidak teratur	menangis kuat, pernapasan baik dan teratur	Respiration

Jumlah skor	Interpretasi	Catatan
7-10	Bayi normal	
4-6	Agak rendah	Memerlukan tindakan medis segera seperti penyedotan lendir yang menyumbat jalan napas, atau pemberian oksigen untuk membantu bernapas.
0-3	Sangat rendah	Memerlukan tindakan medis yang lebih intensif

FISIOLOGIS JANTUNG & EKG

Istilah nama lain : Ventrikel : bilik; Atrium : serambi

- Peredaran Darah Kecil (Sirkulasi Pulmocutaneous) :
Ventrikel Kanan (CO₂) => Arteri Pulmonal (CO₂) => Paru-paru => Vena Pulmonal (O₂) =>Atrium Kiri (O₂)
- Peredaran Darah Besar (Sirkulasi Sistemik) :
Ventrikel Kiri (O₂) => Aorta (O₂) => Seluruh Tubuh => Vena => Vena Kapiler => Arteri => Vena Cava (CO₂) => Atrium Kanan (CO₂)
- Peredaran Darah Koroner : Aorta => Arteri Koroner => Arteriol => Kapiler => Venula => Sinus Koroner => Atrium Kanan
- Sumber Kelistrikan jantung :
 - Otomatisasi : kemampuan menghasilkan impuls secara spontan
 - Ritmisasi : pembangkitan impuls yang teratur
 - Konduktifitas : kemampuan untuk menyalurkan impuls
 - Daya rangsang : kemampuan untuk menanggapi stimulasi



CARA PEMASANGAN LEAD EKG

Tanda-tanda Elektroda

- RA (Right Arm) => Tangan kanan
- LA (Left Arm) => Tangan Kiri
- RL (Right Leg) => Kaki Kanan
- LL (left Leg) => Kaki Kiri

GAYA / TIPE KEPEMIMPINAN

Otokratik

Seseorang yang memerintah dan menghendaki kepatuhan. Ia memerintah berdasarkan kemampuannya untuk memberikan hadiah serta menjatuhkan hukuman. Gaya kepemimpinan otokratis adalah kemampuan mempengaruhi orang lain agar bersedia bekerjasama untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan dengan cara segala kegiatan yang akan dilakukan semata-mata diputuskan oleh pimpinan.

Situasional

bahwa gaya kepemimpinan seorang pemimpin akan berbeda-beda, tergantung dari tingkat kesiapan para pengikutnya.

Demokratis

kemampuan mempengaruhi orang lain agar bersedia bekerja sama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan cara berbagai kegiatan yang akan dilakukan ditentukan bersama antara pimpinan dan bawahan.

Laissez-free

Gaya ini mendorong kemampuan anggota untuk mengambil inisiatif. Kurang interaksi dan kontrol yang dilakukan oleh pemimpin, sehingga gaya ini hanya bias berjalan apabila bawahan memperlihatkan tingkat kompetensi dan keyakinan akan mengejar tujuan dan sasaran cukup tinggi.

Delegatif

Gaya Kepemimpinan delegatif dicirikan dengan jaranganya pemimpin memberikan arahan, keputusan diserahkan kepada bawahan, dan diharapkan anggota organisasi dapat menyelesaikan permasalahannya sendiri

Otoriter

Adalah gaya pemimpin yang memusatkan segala keputusan dan kebijakan yang diambil dari dirinya sendiri secara penuh. Segala pembagian tugas dan tanggung jawab dipegang oleh si pemimpin yang otoriter tersebut, sedangkan para bawahan hanya melaksanakan tugas yang telah diberikan.

TINGGI FUNDUS UTERI (TFU) BERDASARKAN USIA KEHAMILAN (UK)

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
22-28 minggu	24-25 cm di atas simfisis
28 minggu	26,7 cm di atas simfisis
30 minggu	29,5-30 cm di atas simfisis
32 minggu	29,5-30 cm di atas simfisis
34 minggu	31 cm di atas simfisis
36 minggu	32 cm di atas simfisis
38 minggu	33 cm di atas simfisis
40 minggu	37,7 cm di atas simfisis

ATAU

8 minggu : telur bebek

12 minggu : telur angsa → dapat diraba dari luar di atas simfisis (kosongkan dulu kandung kencing)

Trimester I : Tanda Hegar + : hipertrofi istmus

16 minggu : di isi amnion & janin: sebesar kepala bayi – setinggi dewasa dan FET pusat – simfisis:

2 jari diatas simfisis = 12 minggu

Setinggi pusat = 24 minggu

3 jari diatas pusat = 28 minggu

2 jari dibawah pusat = 20 minggu

Diantara pusat-simfisis = 16 minggu

20 minggu : FU setinggi tepi bawah umbilikus

24 minggu : FU setinggi tepi atas umbilikus

28 minggu : FU setinggi 3 jari atas umbilikus atau sepertiga jarak pusat – PX (25 cm)

32 minggu : FU setinggi 1/2 jarak pusat PX (27cm)

36 minggu : FU setinggi 1 jari bawah PX (30cm): Kepala bayi masih diatas PAP

40 minggu : FU setinggi turun kembali 3 jari bawah PX

Tinggi FU : umur kehamilan, besar, dan berat janin

Peredaran darah janin adalah terdiri atas : Dua arteri umbilikalis dan satu vena umbilikalis

1. SOP Pemasangan Kateter

Insersi kateter Folley / Nelaton melalui Uretra ke muara Kandung Kemih / Blader untuk mengeluarkan urine

a. Pengkajian

1. Mengkaji instruksi / alasan akan dilakukan tindakan pemasangan kateter.
2. Mengkaji status kesehatan & umur klien.
3. Mengkaji tingkat pengetahuan klien.
4. Mengkaji tingkat mobilisasi klien.
5. Mengkaji adanya distensi abdomen.
6. Mengkaji waktu terakhir kali klien berkemih.
7. Mengkaji adanya kondisi patologis yg akan mempengaruhi pemasangan kateter, seperti hypertrophy prostat.

b. Indikasi Pemasangan Kateter

1. Retensi urin akut dan kronis.
2. Menampung arus urin yang keluar terus menerus pada pasien dengan kesulitan menahan kencing, sebagai hasil dari gangguan neurologis yang menyebabkan kelumpuhan atau hilangnya sensasi yang mempengaruhi buang air kecil.
3. Perlu untuk pengukuran akurat dari output urin pada pasien dengan sakit kritis.
4. Penggunaan perioperatif untuk beberapa prosedur bedah.
5. Pasien yang menjalani operasi urologi atau operasi lain pada struktur yang berdekatan pada saluran genitourinaria.
6. Durasi operasi yang diduga berkepanjangan.
7. Pemantauan output urin intra-operatif.
8. Untuk membantu dalam penyembuhan luka terbuka pada sakrum atau perineum pada pasien yang juga mengalami inkontinensia.
9. Pasien memerlukan imobilisasi berkepanjangan.
10. Untuk memungkinkan irigasi /lavage kandung kemih.
11. Memfasilitasi lancarnya buang air kecil dan menjaga integritas kulit (ketika penanganan konservatif lain tidak berhasil).
12. Meningkatkan kenyamanan pasien (jika diperlukan).

c. Penatalaksanaan

1. Memberikan salam terapeutik.
2. Menjelaskan tujuan tindakan.
3. Menutup sampiran.
4. Mencuci tangan.
5. Mengatur posisi klien, menganjurkan klien pada posisi supin dengan lutut ditekuk, paha fleksi, kaki diletakkan ditempat tidur & tutupi klien dengan selimut atau kain.

6. Meletakkan pot di bawah bokong klien. Letakkan nierbeken diantara ke-2 kaki klien.
 7. Membuka set steril, atur alat steril dengan memanfaatkan pinset, Buka Penutup kateter letakkan kateter pada alat steril.
 8. Menggunakan handscoen steril sebelah kanan terlebih dahulu, tangan sebelah kanan digunakan mengambil pinset steril tangan kiri untuk membuka tempat bola kapas yg telah diberi savlon. Letakkan bola kapas savlon pada copes. Pakai kembali sarung tangan sebelah kiri.
 9. Menutup perineal dengan menggunakan duk bolong.
 10. Memegang glans penis dengan memakai tangan non dominan. Bersihkan glans penis sekitar meatus urinaria dengan betadine jaga agar tangan dominan tetap steril, 1kali usapan.
 11. Mengolesi ujung kateter dengan jelly (minta tolong assistant).
 12. Memasukkan kateter yg sudah diberi jelly kateter kurang lebih 6 – 10 centi meter kedalam meatus uretra.
 13. Memastikan urine tetap ke luar, selanjutnya kateter urine disambungkan pada urine bag.
 14. Melakukan fiksasi dengan cara memberikan injeksi air aquades ke dalam folley kateter untuk mengembangkan balon kateter, supaya kateter tak mudah terlepas (pemberian aquades sesuai aturan).
 15. Menarik dengan cara perlahan-perlahan folley kateter untuk memastikan apakah kateter telah terfiksasi dengan aman.
 16. Menulis tanggal pemasangan kateter pada plester yg dapat direkatkan ke selang bag urine dengan paha klien.
 17. Memfiksasi selang kateter dengan plester & letakkan selang kateter pada paha klien.
 18. Merapihkan klien & alat-alat.
 19. Melepaskan handscoen dan buang pada nierbeken.
 20. Mencuci tangan.
- d. Evaluasi
1. Mengobservasi jumlah & karakteristik urine yg ke luar.
 2. Memonitor kesadaran & tanda-tanda vital klien sesudah pemasangan kateter.
 3. Melakukan palpasi kandung kemih & tanyakan adanya rasa ketidaknyamanan sesudah pemasangan kateter.
 4. Mengobservasi posisi kateter & drainage urine ke urine bag.
- e. Dokumentasi
1. Mencatat pelaksanaan prosedur, kondisi perineum & meatus uretra.
 2. Mencatat waktu pemasangan, & karakteristik urine (konsistensi, jumlah, bau, & warna).
 3. Mencatat respon klien selama prosedur.
 4. Mencatat type, ukuran kateter, & jumlah cairan yg dipakai untuk mengembangkan balon.

2. SOP Pemasangan Nasogastrik tube / NGT

- a. Pengertian
Melaksanakan pemasangan selang (tube) dari rongga hidung ke lambung (gaster)
- b. Indikasi Pemasangan NGT
1. Pasien tidak sadar.
 2. Pasien kesulitan menelan.
 3. Pasien yg keracunan.
 4. Pasien yg muntah darah.
 5. Pasien Pra atau Post operasi esophagus atau mulut
- c. Tujuan Pemasangan NGT
1. Memasukkan makanan cair/obat-obatan cair.
 2. Mengeluarkan cairan/isi lambung dan gas yg terdapat didalam lambung, contohnya mengeluarkan darah pada pasien yg mengalami muntah darah atau pendarahan pada lambung.
 3. Mengirigasi dikarenakan pendarahan/keracunan.
 4. Mencegah/mengurangi Nausea Vomitus.
 5. Mengambil spesimen pada lambung.
 6. Pasien yg Butuh Pemasangan NGT
 7. Pasien tidak sadar (koma)
 8. Bayi prematur
 9. Gangguan pencernaan bagian atas
 10. pasien yg tak bisa makan sendiri
- d. Pengkajian
1. Kaji mengapa klien membutuhkan pemasangan NGT
 2. Kaji kepatenan jalan nafas (dengan cara anjurkan klien menutup salah satu lubang hidung & bernapas, melakukan secara bergantian pada masing-masing lubang hidung) & kaji ada/ tidaknya iritasi dari ke-2 lubang hidung.
 3. Kaji riwayat medis klien, mis : perdarahan nasal, trauma wajah, pembedahan nasal, deviasi septum
 4. Kaji kemampuan reflek menelan klien
 5. Kaji status mental klien
 6. Auskultasi suara bising usus klien
 7. Review kembali instruksi dokter
- e. Diagnosa Keperawatan
1. Gangguan keseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh
 2. Gangguan menelan
 3. Resiko aspirasi
- f. Cara mengukur panjang NGT
Mengukur panjang selang yang akan dimasukkan dengan cara menempatkan ujung selang dari hidung klien ke ujung telinga atas lalu dilanjutkan sampai processus xipodeus, kemudian beri tanda pada selang yang telah diukur dengan plester
- g. Implementasi
1. Mendekatkan alat ke samping klien
 2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dan tujuannya
 3. Membantu klien pada posisi fowler/semi fowler
 4. Mencuci tangan
 5. Periksa kepatenan nasal. Minta pasien untuk bernapas melalui satu lubang hidung saat lubang yang lain tersumbat, ulangi pada lubang hidung yang lain, bersihkan mucus dan sekresi dari hidung dengan kassa/lidi kapas. Periksa adakah infeksi
 6. Memasang handuk diatas dada klien
 7. Buka kemasan steril NGT dan taruh dalam bak instrumen steril
 8. Memakai sarung tangan
 9. Mengukur panjang selang yang akan dimasukkan dengan cara menempatkan ujung selang dari hidung klien ke ujung telinga atas lalu dilanjutkan sampai processus xipodeus
 10. Beri tanda pada selang yang telah diukur dengan plester
 11. Beri jelly pada NGT sepanjang 10-20 cm dari ujung selang tersebut
 12. Meminta klien untuk rileks dan bernapas normal. Masukkan selang perlahan sepanjang 5-10cm. Meminta klien untuk menundukkan kepala (fleksi) sambil menelan.
 13. Masukkan selang sampai batas yang ditandai

14. Jangan memasukkan selang secara paksa bila ada tahanan
 - a. jika klien batuk, bersin, hentikan dahulu lalu ulangi lagi. Anjurkan klien untuk tarik napas dalam
 - b. jika tetap ada tahanan, menarik selang perlahan-lahan dan masukkan ke hidung yang lain kemudian masukkan kembali secara perlahan
 - c. jika klien terlihat akan muntah, menarik tube dan menginspeksi tenggorokan lalu melanjutkan memasukkan selang secara bertahap.
 15. Mengecek kepatenan
 - a. Masukkan ujung pipa sampai dengan terendam dalam mangkok berisi air, klem dibuka jika ternyata sonde masuk dalam lambung maka ditandai dengan tidak adanya gelembung udara yang keluar
 - b. Masukkan udara dengan spuit 2-3 cc ke dalam lambung sambil mendengarkan dengan stetoskop. Bila terdengar bunyi kemudian udara dikeluarkan kembali dengan menarik spuit
 16. Pasang spuit/corong pada pangkal pipa apabila sudah yakin pipa masuk lambung
 17. Memfiksasi selang pada hidung dengan plester
 18. Membantu klien mengatur posisi yang nyaman
 19. Merapikan dan membereskan alat
 20. Melepas sarung tangan
 21. Mencuci tangan
 22. Mengevaluasi respon klien
 23. Pendokumentasian tindakan dan hasil.
- h. Evaluasi
1. Observasi perasaan klien & keadaan klien pada pemasangan NGT, kemampuan berbicara tanpa kesulitan, cek tanda-tanda vital & saturasi oksigen
 2. Secara rutin kaji kepatenan selang NGT
- i. Dokumentasi
1. Catat tanggal & waktu pemasangan selang NGT
 2. Catat type & ukuran selang NGT yg dimasukkan, alasan mengapa dilakukan pemasangan NGT, serta paraf perawat.

3. SOP Pemberian Oksigenasi

- a. Pengertian

Merupakan alat sederhana yang dimasukkan kedalam lubang hidung untuk memberikan therapy o₂ dan yang memungkinkan klien untuk bernafas melalui mulut dan hidung.
- b. Tujuan
 - 1) mengatasi hipoksemia /hipoksia
 - 2) sebagai tindakan pengobatan
 - 3) untuk mempertahankan metabolisme
- c. Penatalaksanaan
 - 1) Siapkan Kateter nasal, kanula nasal atau masker sesuai yang dibutuhkan dengan 1 set tabung oksigen (oksigen central)
 - 2) Hubungkan antara kanul binasal, Kateter nasal, atau masker dengan flowmeter pada tabung oksigen.
 - 3) Bersihkan lubang hidung pasien dengan cotten budd atau tissue
 - 4) Cek fungsi dari slowmeter dengan memutar pengatur konsentrasi oksigen & mengamati adanya gelembung udara dalam humidifier
 - 5) Cek aliran oksigen dgn cara mengalirkan oksigen lewat kanul binasal kepunggung tangan perawat
 - 6) Pasang kanul binasal kelubang hidung pasien dengan tepat/sesuai
 - 7) Atur pengikat kanul binasal dengan benar, janganlah terlalu kencang & jangan sampai terlalu kendur
 - 8) Pastikan kanul binasal terpasang dengan aman
 - 9) Atur aliran oksigen sesuai dengan program yang telah ditentukan
 - 10) Alat-alat dikembalikan di tempat yg sesuai tempatnya semula
 - 11) Perawat mencuci tangan sesudah melaksanakan tindakan pemasangan therapy oksigen
 - 12) Mengakhiri tindakan dengan mengucapkan salam kepada klien
 - 13) Kontrak waktu selanjutnya
- d. Evaluasi

Respon pasien selama 15 menit setelah dilakukan tindakan pemasangan therapy oksigen
- e. Dokumentasi
 1. Catat tindakan semua di dokumentasikan
 2. Catat waktu
 3. Evaluasi
 4. Respon pasien
 5. Paraf
 6. Nama perawat jaga

4. SOP Perawatan luka

- a. Pengertian

Penggantian/mengganti balutan untuk membantu dalam proses penyembuhan luka.
- b. Tujuan
 1. Menghilangkan sekresi yg menumpuk & jaringan mati pada luka insisi.
 2. Mempermudah proses penyembuhan luka.
 3. Mengurangi pertumbuhan mikroorganisme terhadap luka/insisi.
- c. Pengkajian
 1. Mengkaji program/instruksi medik mengenai prosedur rawat luka, type balutan, & frekuensi ganti balut.
 2. Mengkaji type & lokasi luka/insisi (luas, kedalaman, kelembaban)
 3. Mengkaji tingkat nyeri klien & kapan terakhir mendapat obat penghilang nyeri.
 4. Mengkaji riwayat alergi pada obat atau plester.
- d. Penatalaksanaan
 1. Perawat cuci tangan
 2. Pasang masker dan sarung tangan yang tidak steril
 3. Atur posisi pasien sesuai dengan kebutuhan
 4. Letakkan pengalas dibawah area luka
 5. Buka balutan lama (hati-hati jangan sampai menyentuh luka) dengan menggunakan pinset anatomi, buang balutan bekas kedalam bengkok. Jika menggunakan plester lepaskan plester dengan cara melepaskan ujungnya dan menahan kulit dibawahnya, setelah itu tarik secara perlahan sejajar dengan kulit dan kearah balutan. (Bila masih terdapat sisa perekat dikulit, dapat dihilangkan dengan acetone/ bensin)
 6. Bila balutan melekat pada jaringan dibawah, jangan dibasahi, tapi angkat balutan dengan perlahan
 7. Letakkan balutan kotor ke bengkok lalu buang ke kantong plastic, hindari kontaminasi dengan permukaan luar wadah
 8. Kaji lokasi, tipe, jumlah jahitan atau bau dari luka
 9. Membuka set balutan steril dan menyiapkan larutan pencuci luka dan obat luka dengan memperhatikan tehnik aseptik
 10. Buka sarung tangan ganti dengan sarung tangan steril
 11. Membersihkan luka dengan sabun anti septic atau NaCl 9 %
 12. Memberikan obat atau antibiotik pada area luka (d disesuaikan dengan terapi)

13. Menutup luka dengan cara:
 - a. Balutan kering
 - 1) Lapisan pertama kassa kering steril u/ menutupi daerah insisi dan bagian sekeliling kulit
 - 2) Lapisan kedua adalah kassa kering steril yang dapat menyerap
 - 3) Lapisan ketiga kassa steril yang tebal pada bagian luar
 - b. Balutan basah – kering
 - 1) Lapisan pertama kassa steril yang telah diberi cairan steril atau untuk menutupi area luka
 - 2) Lapisan kedua kassa steril yang lebab yang sifatnya menyerap
 - 3) Lapisan ketiga kassa steril yang tebal pada bagian luar
 - c. Balutan basah – basah
 - 1) Lapisan pertama kassa steril yang telah diberi dengan cairan fisiologik u/ menutupi luka
 - 2) Lapisan kedua kassa kering steril yang bersifat menyerap
 - 3) Lapisan ketiga (paling luar) kassa steril yang sudah dilembabkan dengan cairan fisiologik

14. Plester dengan rapi
15. Buka sarung tangan dan masukan kedalam kantong plastic tempat sampah
16. Lepaskan masker
17. Atur dan rapikan posisi pasien
18. Buka sampiran
19. Rapikan peralatan dan kembalikan ketempatnya dalam keadaan bersih, kering dan rapi
20. Perawat cuci tangan

- e. Evaluasi
 1. Mengevaluasi respon serta toleransi klien selama, & sesudah prosedur.
 2. Mengevaluasi kebutuhan frekuensi ganti balut.
 3. Mengevaluasi adanya tanda-tanda alergi terhadap plester.
 4. Mengevaluasi adanya tanda-tanda infeksi & adanya cairan luka juga karakteristiknya.
- f. Dokumentasi
 1. Mencatat lokasi, type luka & kondisi luka insisi.
 2. Mencatat kondisi luka sebelumnya.
 3. Mencatat cairan atau obat yg digunakan utk merawat luka.
 4. Mencatat respon serta toleransi klien selama, & setelah prosedur.
- g. Debridement
 - a. Nekrotomi
 - b. Proses penyembuhan luka (Inflamasi, Proliferasi, Maturasi)
 - c. Penyulit dalam penyembuhan luka (Dehiscence & Eviscerasi; faktor penghambat lainnya)

5. SOP Pemasangan infus

- a. Indikasi pemasangan infus
 - 1) Pemberian obat intravena.
 - 2) Hidrasi intravena.
 - 3) Transfusi darah atau komponen darah.
 - 4) Situasi lain di mana akses langsung ke aliran darah diperlukan.
- b. Menghitung tetesan Infus

$$\text{Jumlah tetes per menit} = \frac{\text{Jumlah Kebutuhan Cairan} \times \text{Faktor Tetes}}{\text{Waktu (Jam)} \times 60 \text{ menit}}$$

Contoh:

Pasien dengan penyakit jantung mendapatkan advice terapi infus 500 ml/24 jam atau 500 cc dalam satu hari, berapakah tetesan (tts/mnt) infus yang diberikan ?

$$\text{Jumlah tetes per menit} = \frac{\text{Jumlah Kebutuhan Cairan} \times \text{Faktor Tetes}}{\text{Waktu (Jam)} \times 60 \text{ menit}}$$

$$\text{Jumlah tetes per menit} = \frac{500 \text{ cc} \times 20 \text{ (makro)}}{24 \text{ Jam} \times 60 \text{ menit}}$$

$$\text{Jumlah tetes per menit} = \frac{500 \text{ cc} \times 20 \text{ (makro)}}{24 \text{ Jam} \times 60 \text{ menit}}$$

$$\text{Jumlah tetes per menit} = \frac{500 \text{ cc}}{72}$$

$$\text{Jumlah tetes per menit} = 6,94 = \text{dibulatkan menjadi } 7 \text{ tts/mnt}$$

1 kolf = 500 cc = 7 tts/mnt, habis dalam 24 jam.

2 kolf = 1000 cc = 14 tts/mnt, 1 kolfnya habis dalam 12 jam, sehingga 24 jam habis 2 kolf.

3 kolf = 1500 cc = 20 tts/mnt, 1 kolfnya habis dalam 8 jam, sehingga 24 jam habis 3 kolf.

4 kolf = 2000 cc = 28 tts/mnt, 1 kolfnya habis dalam 6 jam, sehingga 24 jam habis 4 kolf.

5 kolf = 2500 cc = 35 tts/mnt, 1 kolfnya habis dalam 4.5 jam, sehingga 24 jam habis 5 kolf.

- c. Jenis cairan

1) Cairan Hipotonik :

Osmolaritasnya lebih rendah di dibandingkan serum (konsentrasi ion Na+ lebih rendah di dibandingkan serum), maka larut dalam serum, & menurunkan osmolaritas serum. Sehingga cairan ditarik dari dalam pembuluh darah menuju ke luar ke jaringan sekitarnya (prinsip cairan berpindah dari osmolaritas yang rendah ke osmolaritas lebih tinggi), sampai akhirnya mengisi sel-sel yg dituju. Digunakan pada kondisi sel "mengalami" dehidrasi, contohnya pada pasien cuci darah (dialisis) dalam terapi diuretik, serta pada pasien hiperglikemia (dengan kadar gula darah tinggi) dengan gangguan ketoasidosis diabetik. Komplikasi yg membahayakan ialah perpindahan tiba-tiba cairan dari dalam pembuluh darah ke sel, menyebabkan kolaps kardiovaskular & peningkatan tekanan intrakranial (didalam otak) pada sebagian beberapa orang. Misalnya ialah NaCl 45% & Dekstrosa 2,5%.

2) Cairan Isotonik :

Osmolaritas (merupakan tingkat kepekatan) cairannya mendekati serum (merupakan bagian cair dari komponen darah), maka terus berada di dalam pembuluh darah. Berguna pada pasien yg mengalami hipovolemi (kekurangan cairan tubuh, maka tekanan darah konsisten menurun). Mempunyai risiko terjadinya overload (kelebihan cairan), khususnya pada penyakit gagal jantung kongestif & hipertensi. Misalnya ialah cairan Ringer-Laktat (RL), & normal saline/larutan garam fisiologis (NaCl 0,9%).

3) Cairan hipertoniik :

Osmolaritasnya lebih tinggi di bandingkan serum, maka "menarik" cairan & elektrolit dari jaringan & sel ke dalam pembuluh darah. Dapat mengurangi edema (bengkak), menstabilkan tekanan darah & meningkatkan produksi urin . Penggunaannya kontradiktif dengan cairan hipotonik. Contohnya NaCl 45% hipertoniik, Dextrose 5%, Dextrose 5%+Ringer-Lactate, Dextrose 5%+NaCl 0,9%, product darah (darah), & albumin.

4) Kristaloid

bersifat isotoniik, sehingga efektif dalam mengisi sejumlah volume cairan ke dalam pembuluh darah dalam waktu yg singkat, & bermanfaat pada pasien yg memerlukan cairan segera. Contohnya Ringer-Laktat & garam fisiologis.

5) Koloid

Ukuran molekulnya (umumnya protein) cukup besar maka tidak akan ke luar dari membran kapiler, & terus berada dalam pembuluh darah, sehingga sifatnya hipertoniik, & mampu menarik cairan dari luar pembuluh darah. Misalnya ialah albumin & steroid.

d. Penatalaksanaan

1. Melakukan desinfeksi tutup botol cairan
2. Menutup saluran infus (klem)
3. Menusukkan saluran infus dengan benar
4. Menggantungkan botol cairan pada standard infuse
5. Mengisi tabung reservoir infus sesuai tanda
6. Mengalirkan cairan hingga tidak ada udara dalam slang
7. Mengatur posisi pasien dan pilih vena
8. Memasang perlak dan alasnya
9. Membebaskan daerah yang akan di insersi
10. Meletakkan torniquet 5 cm proksimal yang akan ditusuk
11. Memakai hand schoen
12. Membersuhkan kulit dengan kapas alkohol (melingkar dari dalam keluar)
13. Mempertahankan vena pada posisi stabil
14. Memegang IV cateter dengan sudut 300
15. Menusuk vena dengan lobang jarum menghadap keatas
16. Memastikan IV cateter masuk intra vena kemudian menarik Mandrin + 0,5 cm
17. Memasukkan IV cateter secara perlahan
18. Menarik mandrin dan menyambungkan dengan selang infuse
19. Melepaskan toniquet
20. Mengalirkan cairan infuse
21. Melakukan fiksasi IV cateter
22. Memberi desinfeksi daerah tusukan dan menutup dengan kassa
23. Mengatur tetesan sesuai program

e. Tahap Terminasi

1. Melakukan evaluasi tindakan
2. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
3. Berpamitan dengan klien
4. Membereskan alat-alat
5. Mencuci tangan
6. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan perawatan

6. SOP Pemberian obat

a. 6 benar

- 1) Benar Pasien
- 2) Benar Obat
- 3) Benar Dosis
- 4) Benar Cara/Rute
- 5) Benar Waktu
- 6) Benar Dokumentasi

b. Penatalaksanaan Injeksi Intravena

1. Cuci tangan.
2. Jelaskan prosedur yg akan dilakukan
3. Bebaskan daerah yg disuntik dengan cara membebaskan daerah yg akan dilakukan penyuntikan dari pakaian & apabila tertutup buka atau ke ataskan.
4. Ambil obat dalam tempatnya dengan spuit sesuai dengan dosis yg akan diberikan. Seandainya obat berada dalam bentuk sediaan bubuk, sehingga larutkan dengan pelarut (aquades steril).
5. Pasang sebuah perlak/pengalas dibawah vena yg akan dilakukan penyuntikan.
6. Setelah itu tempatkan obat yg telah diambil pada bak injeksi.
7. Desinfeksi dengan kapas alkohol.
8. Lakukan pengikatan dengan karet pembendung/torniquet pada bagian atas daerah yg dapat dilakukan pemberian obat atau tegangkan dengan tangan/minta bantuan atau membendung di atas vena yg dapat dilakukan penyuntikan.
9. Ambil spuit yg berisi obat.
10. Lakukan penusukkan dengan lubang menghadap ke atas dgn memasukkan ke pembuluh darah dengan sudut penyuntikan 15° – 30°
11. melakukan aspirasi apabila sudah ada darah lepaskan karet pembendung & langsung semprotkan obat hingga habis.
12. Sesudah selesai ambil spuit dengan menarik & lakukan penekanan pada daerah penusukkan dengan kapas alkohol, & spuit yg sudah dipakai letakkan ke dalam bengkok.

7. Luka bakar

Jenis	Lapisan yang dilibatkan	Tampilan	Tekstur	Sensasi	Waktu Penyembuhan
Superfisial (derajat I)	Epidermis	Merah tanpa lepuh	Kering	Nyeri	5-10 hari
Agak superfisial, mengenai sebagian lapisan kulit (derajat II)	Meluas ke lapisan dermis (papiler) superfisial	Merah dengan lepuh yang jelas. Pucat dengan tekanan.	Lembab	Sangat nyeri	kurang dari 2-3 minggu
Cukup dalam, mengenai sebagian lapisan kulit (derajat II)	Meluas ke lapisan dermis (retikular) dalam	Kuning atau putih. Lebih tidak pucat. Mungkin melepuh.	Agak kering	Tekanan dan tidak nyaman	3-8 minggu
Seluruh lapisan kulit (Derajat III)	Meluas ke seluruh lapisan dermis	Kaku dan putih/coklat Tidak pucat	Kasar	Tidak nyeri	Lama (berbulan-bulan) dan tidak sempurna
Derajat IV	Meluas ke seluruh lapisan kulit, dan ke dalam lapisan lemak, otot dan tulang di bawahnya	Hitam; hangus dengan eskar	Kering	Tidak nyeri	Perlu eksisi

8. Perawatan luka kolostomi
 - a. Tahapan
 - b. Jenis kolostomi
9. Tourniquete test
 - a. Indikasi
 - b. Positif negative (nilai)
10. Water seal drainage
 - a. Indikasi
 - b. Tanda kepatenan
 - c. Cara mengganti tabung
11. Postural drainage
 - a. Posisi
 - b. Napas dalam
 - c. Indikasi
12. Proses persalinan
 - a. Tanda tanda persalinan
 - b. Tahapan persalinan (urutan)
13. Pemberian nebulizer
 - a. Indikasi
 - b. Dosis
 - c. Cara pemberian
14. Suction
 - a. Indikasi
 - b. Lama pemberian
15. Cara penentuan BOR, LOS
Cara menghitung :
16. Cara menentukan metode
 - a. Tim
 - b. fungsional
17. Komunikasi terapeutik
 - a. Cara
 - b. Memfokuskan
18. Terapi aktivitas kelompok
19. Terapi bermain
20. Cara penapisan dalam komunitas
21. Cara penentuan prioritas diagnosa keperawatan dalam komunitas
22. Fungsi keluarga dan jenis keluarga
23. Tingkat pencegahan
 - a. Primer
 - b. Sekunder
 - c. Tertier
24. Kart Indeks
25. Barthel indeks
26. Cara penanganan trauma rumah sakit
 - a. Trauma
 - 1) DRCAB
 - 2) Fraktur basic cranii, tanda
 - 3) Logroll
 - 4) Alat yang dipergunakan
 - b. Heart Attack
 - 1) DRABC
 - 2) Siklus kompresi dan pemberian breathing pada anak dan dewasa
 - c. Secondary survey