



UNIVERSITAS ANDALAS

FAKULTAS KEDOKTERAN

Alamat : Jl.Niaga no. 56Padang25211Indonesia

Telp.: 0751-20120. Fax.:

e-mail :s1_kedokteran@yahoo.co.id

PENUNTUN KETERAMPILAN KLINIK 1

BAGIAN 2 SEMESTER 1 TAHUN AJARAN 2014/2015

Edisi pertama, 2014

**PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG**

JENIS KETRAMPILAN:

1. **Komunikasi Dasar**
 - a) Menumbuhkan empati
 - b) Informed consent

2. **Pemeriksaan Fisik:**
 - a) Fisik Diagnostik Dasar: i.p.p.a
 - b) MATA 1
 - c) KULKEL 1
 - d) THT 1

3. **Prosedural:**
 - a).INJEKSI 2:Prosedur IM, IC,SC (insulin, skin test)

PENYUSUN:

1. dr.Laila Isrona, M.Sc
2. dr. Rika Susanti, Sp.F
3. dr.Arina Widya Murni, SpPD,.K-Psiko.FINASIM
4. dr.Ade Asyari, Sp.THT K-L
5. dr. Kemala Sayuti, Sp.M

KONTRIBUTOR:

TIM PENYUSUN KURIKULUM KETRAMPILAN KLINIK
FK-UNAND

**JADWAL KEGIATAN KK 2 PADA BLOK 1.2
SEMESTER 1 TA. 2014/2015**

NO.	WAKTU	KEGIATAN	LOKASI
1.	MINGGU 1: Hari 1:	Latihan Menumbuhkan empati Informed consent	
	Hari 2:	Ujian dan feedback Menumbuhkan empati Informed consent	
2.	MINGGU 2:		
	Hari 1:	Latihan Fisik Diagnostik Dasar: i.p.p.a Latihan pemeriksaan MATA 1 dan KULKEL 1	
	Hari 2	Latihan Fisik Diagnostik Dasar: i.p.p.a Latihan pemeriksaan MATA 1 dan KULKEL 1	
3.	MINGGU 3:		
	Hari 1	Latihan pemeriksaan THT 1	
	Hari 2	Latihan pemeriksaan THT 1	
4.	MINGGU 4:		
	Hari 1	Ujian dan feedback Fisik Diagnostik Dasar: i.p.p.a Pemeriksaan MATA 1 dan KULKEL 1	
	Hari 2	Ujian dan feedback THT 1	
5.	MINGGU 5:		
	Hari 1	Latihan INJEKSI 2: Prosedur IM, IC, SC (insulin, skin test)	
	Hari 2	Latihan INJEKSI 2: Prosedur IM, IC, SC (insulin, skin test)	
6.	MINGGU 6:		
	Hari 1	Ujian dan feedback INJEKSI 2: Prosedur IM, IC, SC (insulin, skin test)	
	Hari 2	Ujian dan feedback INJEKSI 2: Prosedur IM, IC, SC (insulin, skin test)	

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa kami ucapkan karena telah selesai menyusun PENUNTUN KETRAMPILAN KLINIK blok 1.1. Kegiatan ketrampilan klinik pada blok ini terdiri atas:

1. **Komunikasi Dasar (2 x pertemuan):**
 - a. Menumbuhkan empati
 - b. Informed consent

2. **Pemeriksaan Fisik (6xpertemuan):**
 - a. Fisik Diagnostik Dasar: i.p.p.a
 - b. MATA 1
 - c. KULKEL 1
 - d. THT 1

3. **Prosedural (4xpertemuan)**
 - a. INJEKSI 2:Prosedur IM, IC,SC (insulin, skin test)

Ketiga materi di atas merupakan kompetensi yang harus diberikan kepada mahasiswa sehingga secara umum mereka mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang cukup dan memadai untuk menjadi seorang dokter.

Penuntun ketrampilan klinik ini disusun untuk memudahkan mahasiswa dan instruktur dalam melakukan kegiatan ketrampilan klinik pada blok ini. Namun diharapkan juga mereka dapat menggali lebih banyak pengetahuan dan ketrampilan melalui referensi yang direkomendasikan. Semoga penuntun ini akan memberikan manfaat bagi mahasiswa dan instruktur ketrampilan klinik yang terlibat.

Kritik dan saran untuk perbaikan penuntun ini sangat kami harapkan. Akhirnya kepada pihak yang telah membantu dalam penyusunan dan pengadaan penuntun ini, kami ucapkan terima kasih.

Padang, Agustus 2014

Penyusun

MENUMBUHKAN EMPATI

A. PENDAHULUAN

Salah satu kunci untuk meningkatkan kualitas komunikasi antar individu adalah dengan empati. Sikap ini berarti seorang dokter dapat merasakan secara mendalam apa yang dirasakan oleh pasien tanpa kehilangan identitas diri.

Seorang dokter dapat memahami perasaan pasiennya dengan melihat raut wajah dan bahasa isyarat tubuh serta dengan mencermati bahasa verbal pasien. Kita telah mengenal emosi-emosi dasar seperti rasa senang/bahagia, sedih, marah, terkejut, jijik, dan takut sejak kecil. Namun ada keunikan yang bisa muncul karena perbedaan budaya dan keyakinan pada setiap orang.

Ketrampilan berempati dapat dipelajari dan dilatihkan, untuk itulah pada kurikulum ketrampilan klinik mahasiswa FK-Unand dilatih untuk mampu mempunyai sikap empati terhadap pasien.

B. TUJUAN

Setelah mengikuti kegiatan ketrampilan ini diharapkan mahasiswa mampu:

1. Mengidentifikasi perasaan-perasaan orang lain.
2. Merespon secara empatik perasaan-perasaan yang diungkapkan oleh orang lain.

C. TEORI

Empati merupakan kemampuan untuk memahami pribadi orang lain sebagaimana dia mampu memahami dirinya sendiri. Seorang dokter hendaknya dapat menerima secara tepat makna dan perasaan-perasaan pasiennya. Dokter yang empatik mampu mendengarkan pasien dengan tanpa prasangka dan tidak menilai negatif dan mampu mendengarkan cerita pasien dengan baik. Dokter yang empatik dapat merasakan kepedihan pasien tetapi dia tidak larut terhanyut karenanya. Dengan demikian dokter yang empatik mampu membaca tanda-tanda (isyarat, gesture, mimik) yang menggambarkan keadaan psikologis dan emosi yang sedang dialami orang lain. Orang yang empatik mampu merespon secara tepat kebutuhan-kebutuhan orang lain tanpa kehilangan kendali.

Empati berbeda dengan simpati dan antipati. Apati berarti tidak peduli dan tidak melibatkan perasaan atau tidak menaruh minat dan perhatian terhadap seseorang atau beberapa orang. Seseorang yang apati terhadap sesuatu biasanya tidak mau melibatkan diri, dan biasanya memberikan pesan non verbal yang mengisaratkan ketidakpedulian seperti "Apa peduliku", "Ah, itu masalahmu, bukan urusanku", dan lain sebagainya.

Simpati, adalah suatu keterlibatan emosi yang berlebihan kepada orang lain. Simpati dapat mengurangi kekuatan dan kemandirian dokter (sebagai helper) dimana dokter menjadi tidak mampu memberi bantuan ketika dia sangat dibutuhkan. Kata-kata yang terucap dari seorang yang bersimpati misalnya: "Kasihankamu...."

Sementara itu empati memiliki tiga komponen penting yaitu 1) tetap menjaga diri agar tidak terlena dengan orang lain pada saat kita memahami perasaan orang lain secara sensitive dan akurat ; 2) memahami situasi yang memicu perasaan-perasaan tersebut; 3) mengkomunikasikan dengan orang lain dengan cara-cara yang membuat orang lain merasa diterima dan dipahami. Sikap empatik dapat dikomunikasikan dengan bahasa verbal dan non verbal namun tetap memperhatikan nilai-nilai dan norma-norma yang berlaku.

D.PROSEDUR LATIHAN:

Sesi 1:

1. Mahasiswa dalam 1 kelompok dibagi menjadi 2 kelompok kecil (kelompok 1 dan kelompok 2).
2. Kelompok 1 menyampaikan perasaannya dan kelompok 2 menilai perasaan apa yang diungkapkan oleh kelompok 1. Perasaan yang diungkapkan dalam bentuk kesedihan, kegembiraan, kemarahan, ketakutan dan jijik.
3. Lakukan kegiatan berikutnya secara bergantian (kelompok 1 menilai perasaan kelompok 2).
4. Buatlah kesimpulan dan refleksi dari kegiatan ini bersama-sama dengan instruktur.

Sesi 2:

Lakukanlah paraphrase pada ungkapan pasien berikut ini.
Diskusikan dengan instruktur.

1. "Pasien 1" (sambil terbata-bata dengan mata lembab pasien yang didiagnosis kanker paru):
"Aku paham mengapa temanku melarang aku merokok sejak setahun yang lalu."

Paraphrase 1:
Paraphrase 2:"

2. "Istri pasien 1" (muka memerah, mata memandang tajam, nafas tampak agak sesak.):
"Apa salah kami ya Allah, kenapa penyakit itu Kau berikan pada suamiku?"

Paraphrase 1: "
Paraphrase 2: ""

3. "Pasien 2" (agak gemetar, wajah pucat, kedua tangannya menekan perut). Pasien ini didiagnosis gastritis Akut:

"Aduh sakit sekali dok, perut saya seperti ditusuk-tusuk...cepat dok..tolong saya".

Paraphrase 1: "
Paraphrase 2: ""

- 4."Pasien 3" (mata agak membuka lebar, alis ditarik kebelakang, mulut menganga). Pasien ini didiagnosis terserang HIV AIDS:

"Tidak mungkin dok, tidak mungkin penyakit itu menyerangku?"

Paraphrase 1: "
Paraphrase 2: ""

- 5.Pasien 4 (terkejut mendengar biaya pengobatan yang harus mereka tanggung dan mencoba menanyakan alternative tindakan):

" Dok, apa tidak ada cara lain untuk pengobatan anak saya selain operasi semahal itu,dok?"

Paraphrase 1: "
Paraphrase 2: ""

EVALUASI PEER-ASSESSMENT dan PENILAIAN INSTRUKTUR

NAMA MAHASISWA :
NIM :
KELOMPOK :

No.	PERNYATAAN	SKOR		
		0	1	2

1.	Dokter menggunakan gerak tubuh yang tepat dalam mengungkapkan empati			
2.	Dokter menggunakan mimik wajah yang tepat dalam mengungkapkan empati			
3.	Dokter mendengarkan dengan aktif ungkapan si pasien			
4.	Dokter menggunakan kata-kata yang tepat dalam mengungkapkan empati.			

5. Ketrampilan komunikasi dokter yang perlu diperbaiki pada sesi 1 atau sesi 2 adalah:

6. Strategi untuk memperbaikinya dengan cara:

Keterangan :

Skor 1 : Tidak dilakukan

Skor 2 : Dilakukan tapi tidak sempurna

Skor 3 : Dilakukan dengan sempurna

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Total Skor}}{42} \times 100\%$$

Padang, 2014

Instruktur

Nama :

NIP :

Nama :

BP :

INFORMED CONSENT

I. PENDAHULUAN

DEFINISI INFORMED CONSENT

Peraturan Menteri Kesehatan NO. 585/MEN.KES/ PER/IX/1989 menyatakan Persetujuan Tindakan Medik (Informed Consent) didefinisikan sebagai persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik untuk tujuan diagnosis ataupun terapi, yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

Dokter harus memberikan penjelasan tentang tindakan medik apa yang hendak dilakukan, apa risikonya, apa manfaat dan kerugiannya, ada atau tidaknya alternatif lain, apa yang mungkin terjadi bila tindakan itu tidak dilakukan. Penjelasan ini harus diberikan dengan jelas dan dalam bahasa sederhana yang dapat dimengerti dengan memperhatikan tingkat pendidikan, intelektual, kondisi dan situasi pasien. Jika pasien sudah mengerti sepenuhnya dan memberikan persetujuan maka barulah dokter boleh melakukan tindakan medik tersebut. Dalam hal ini perlu dibedakan antara:

- 1) *persetujuan atau ijin pasien*, yang diberikan secara lisan setelah dialog dokter-pasien
- 2) *penanda-tanganan formulir oleh pasien*, yang merupakan pengukuhan dan kelanjutan dari kesepakatan dokter-pasien

Penanda-tanganan formulir tersebut hanya sebagai penegasan bahwa sudah ada persetujuan dan untuk memudahkan pembuktian jika pasien kemudian menyangkal telah memberikan persetujuannya. Tetapi jika pasien menanda-tangani saja tanpa diberikan penjelasan lebih dahulu oleh dokter, maka secara yuridis secarik kertas itu tidak merupakan bukti kuat bagi dokter.

MANFAAT INFORMED CONSENT

Informed Consent bermanfaat untuk :

- 1) Melindungi pasien terhadap segala tindakan medik yang dilakukan tanpa sepengetahuan pasien. Misalnya tindakan medik yang tidak perlu atau tanpa indikasi, penggunaan alat canggih dengan biaya tinggi dsbnya.
- 2) Memberikan perlindungan hukum bagi dokter terhadap akibat yang tidak terduga dan bersifat negatif. Misalnya terhadap resiko pengobatan yang tidak dapat dihindari walaupun dokter telah bertindak seteliti mungkin.

Informed consent memiliki 3 elemen, yaitu :

1. *Threshold elements.*

Pemberi consent haruslah seseorang yang kompeten. Kompeten disini diartikan sebagai kapasitas untuk membuat keputusan (medis). Secara hukum seseorang dianggap cakap (kompeten) adalah apabila telah dewasa, sadar dan berada dalam keadaan mental yang tidak di bawah pengampuan.

2. *Information elements*

Elemen ini terdiri dari dua bagian, yaitu *disclosure* (pengungkapan) dan *understanding* (pemahaman).

Pengertian “berdasarkan pemahaman yang adekuat” membawa konsekuensi kepada tenaga medis untuk memberikan informasi (disclosure) sedemikian rupa agar pasien dapat mencapai pemahaman yang adekuat.

Sub-elemen pemahaman (*understanding*) dipengaruhi oleh penyakitnya, irrasionalitas dan imaturitas.

Banyak ahli yang mengatakan bahwa apabila elemen ini tidak dilakukan maka dokter dianggap telah lalai melaksanakan tugasnya memberi informasi yang adekuat.

3. *Consent elements*

Elemen ini juga terdiri dari dua bagian, yaitu *voluntariness* (kesukarelaan, kebebasan) dan *authorization* (persetujuan).

Kesukarelaan mengharuskan tidak adanya tipuan, misrepresentasi ataupun paksaan. Pasien juga harus bebas dari “tekanan” yang dilakukan tenaga medis yang bersikap seolah-olah akan “dibiarkan” apabila tidak menyetujui tawarannya.

Consent dapat diberikan :

a. dinyatakan (*expressed*):

- dinyatakan secara lisan
- dinyatakan secara tertulis. Pernyataan tertulis diperlukan apabila dibutuhkan bukti di kemudian hari, umumnya pada tindakan yang invasif atau yang beresiko mempengaruhi kesehatan pasien secara bermakna. Permenkes tentang Persetujuan Tindakan Medis menyatakan bahwa semua jenis tindakan operatif harus memperoleh persetujuan tertulis.

b. tidak dinyatakan (*implied*).

Pasien tidak menyatakannya, baik secara lisan maupun tertulis, namun melakukan tingkah laku (gerakan) yang menunjukkan jawabannya.

Meskipun consent jenis ini tidak memiliki bukti, namun consent jenis inilah yang paling banyak dilakukan dalam praktek sehari-hari.

Misalnya adalah seseorang yang menggulung lengan bajunya dan mengulurkan lengannya ketika akan diambil darahnya.

Keluhan pasien tentang proses informed consent adalah:

- bahasa yang digunakan untuk menjelaskan terlalu teknis
- perilaku dokter yang terlihat terburu-buru atau tidak perhatian, atau tidak ada waktu untuk tanya-jawab
- pasien sedang stress emosional sehingga tidak mampu mencerna informasi
- pasien dalam keadaan tidak sadar atau mengantuk

INFORMED CONSENT TIDAK SAH

Informed consent menjadi tidak sah jika diperoleh dengan paksaan (*duress*), dari seorang yang tidak berwenang, dari seorang yang belum dewasa, diberikan dengan gambaran yang salah atau berlainan dan DALAM keadaan tidak sepenuhnya sadar.

II.TUJUAN

Tujuan Umum:

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu menerangkan kegunaan informed consent sebagai sebuah alat dalam pelayanan di rumah sakit dan mengaplikasikannya dalam praktek dokter-pasien.

Tujuan Khusus

1. Mampu menyampaikan kepada pasien tindakan medis yang hendak dilakukan
2. Mampu menyampaikan kepada pasien resiko tindakan yang akan dilakukan
3. Mampu menyampaikan kepada pasien manfaat dan kerugian tindakan
4. Mampu menyampaikan kepada pasien tindakan alternatif
5. Mampu menyampaikan kepada pasien hal yang mungkin terjadi bila tindakan itu tidak dilakukan.
6. Mampu menyakinkan pasien dengan semua penjelasan di atas dan pada akhirnya pasien mengerti serta setuju untuk dilakukannya tindakan tersebut
7. Mampu melengkapi/mengisi formulir informed consent.

III.FORMAT INFORMED CONSENT

- a. Kepala surat
- b. Identitas pasien/wali yang memberikan persetujuan
 - Nama
 - Umur dan jenis kelamin
 - Alamat
 - No.KTP/bukti diri lainnya
- c. Jenis tindakan medis yang akan dilakukan dan komplikasi dari tindakan serta kemungkinan tindakan lanjutan
- d. Identitas pasien yang akan dilakukan tindakan medis
 - Nama
 - Umur dan jenis kelamin
 - Alamat
 - No.KTP/bukti diri lainnya
 - Bagian/SMF tempat dirawat
 - Nomor rekam medik
- e. Pernyataan bahwa tindakan tersebut telah dijelaskan oleh dokter secara lengkap
- f. Pernyataan bahwa persetujuan ini dibuat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan
- g. Tanggal, bulan dan tahun
- h. Tempat (kota)
- i. Nama jelas pasien/wali yang memberikan persetujuan
- j. Tanda tangan pasien/wali diatas materai
- k. Tanda tangan dan nama jelas dokter yang merawat/memberikan informasi
- l. Tanda tangan dan nama jelas saksi I dari pihak pasien
- m. Tanda tangan dan nama jelas saksi II dari pihak RS

DAFTAR PENILAIAN INFORMED CONSENT

NAMA MAHASISWA :
NIM :
KELOMPOK :

No	Aspek yang dinilai	Skor		
		1	2	3
1	Memberi Salam dan memperkenalkan diri			
2	Menanyakan identitas pasien/wali			
3	Memberikan penjelasan kepada pasien/wali tentang jenis tindakan			
4	Memberikan penjelasan kepada pasien/wali tentang efek samping tindakan yang akan dilakukan dengan didampingi saksi			
5	Memberikan penjelasan kepada pasien/wali tentang manfaat dan kerugian tindakan yang dilakukan			
6	Memberikan penjelasan kepada pasien/wali tentang tindakan alternatif			
7	Memberikan penjelasan kepada pasien/wali tentang kemungkinan yang terjadi jika tindakan itu tidak dilakukan			
8	Menanyakan apakah pasien/wali sudah mengerti dengan keterangan yang diberikan			
9	Melengkapi data administrasi: Nama institusi Kepala surat Nama yang memberikan persetujuan (pasien/wali) Jenis Kelamin Umur Pekerjaan Alamat Nomor kartu identitas Hubungan dengan pasien			
10	Menanyakan dan menuliskan identitas pasien/wali: Nama pasien Umur Pekerjaan Alamat Nomor RM			
11	Menuliskan jenis tindakan medis			
12	Pernyataan bahwa yang memberikan persetujuan sudah mengerti dengan keterangan dokter			
13	Pernyataan bahwa yang memberikan persetujuan tidak keberatan dengan tindakan yang akan dilakukan			
14	Melengkapi data berikut: Tempat/waktu pembuatan Nama jelas dan tandatangan yang memberikan persetujuan Nama jelas dan tandatangan dokter Nama jelas dan tanda tangan saksi			

Keterangan :
 Skor 1 : Tidak dilakukan
 Skor 2 : Dilakukan tapi tidak sempurna
 Skor 3 : Dilakukan dengan sempurna

Nilai = $\frac{\text{Total Skor}}{42} \times 100\%$

Padang, 2014

Instruktur

Nama :
 NIP :

Nama :
 BP :

CONTOH INFORMED CONSENT:

RSUP. Dr.....PADANG

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur / kelamin : tahun, laki-laki/ perempuan*.

Alamat :

Bukti diri/KTP :

dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

PERSETUJUAN

Untuk dilakukan tindakan medis berupa (**Pemeriksaan Diagnostik, Anastesi, Bedah, Non Bedah**)*.

Terhadap diri saya sendiri/istri/suami/anak/ibu saya*, dengan

Nama :

Umur/ kelamin : tahun, laki-laki/ perempuan*.

Alamat :

.....

Bukti diri/KTP :

Dirawat di :

Nomor rekam medis :

yang tujuan, sifat, dan perlunya tindakan medis tersebut di atas, serta resiko yang dapat ditimbulkannya telah cukup dijelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.

Demikianlah pernyataan ini saya perbuat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Padang, Tanggal..... Bulan..... Tahun

Saksi-saksi

1.

(.....)

tanda tangan / nama jelas

2. Perawat yang bertugas

(.....)

tanda tangan / nama jelas

*coret yang tidak perlu.

Yang membuat pernyataan

(.....)

tanda tangan / nama jelas

Dokter yang merawat

(.....)

tanda tangan / nama jelas

PEMERIKSAAN FISIK UMUM

1. PENDAHULUAN:

Pemeriksaan fisik umum dan pemeriksaan dasar adalah prosedur utama yang harus dimiliki oleh mahasiswa sebagai calon dokter dengan standar mampu melakukan dengan baik. Pada awal pendidikan calon dokter diperkenalkan dan diharapkan mampu melakukan pemeriksaan fisik umum dan tanda vital seperti keadaan umum, status mental, tingkat kesadaran, tekanan darah, nadi, nafas dan suhu. Mahasiswa juga diminta mampu memahami prinsip pemeriksaan fisik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi sebagai modal utama dalam melakukan pemeriksaan organ di tingkat lebih lanjut. Inspeksi meliputi pemeriksaan respirasi, penilaian kulit, membran mukosa; palpasi meliputi pemeriksaan tingkat kesadaran, nadi, tekanan darah; sedangkan yang termasuk auskultasi yakni pemeriksaan tekanan darah.

Keterampilan ini berkaitan dengan keterampilan mencuci tangan yang sudah didapatkan mahasiswa pada minggu sebelumnya. Selanjutnya keterampilan ini akan bermanfaat sebagai dasar bagi keterampilan pemeriksaan fisik pada blok berikutnya. Waktu yang dibutuhkan untuk berlatih dan evaluasi formatif selama 4 x 50 menit, atau 2 kali pertemuan yang terjadwal. Ujian sumatif dilakukan pada akhir blok ini. Latihan ketrampilan akan diadakan di ruang skills lab FK-Unand.

2. TUJUAN PEMBELAJARAN:

2.1. Tujuan Instruksional Umum:

Setelah melakukan pelatihan ketrampilan klinik Pemeriksaan Fisik Umum mahasiswa mampu melaksanakan pemeriksaan fisik umum dan memahami prinsip inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

2.2. Tujuan Instruksional Khusus:

- 2.2.1. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan keadaan umum
- 2.2.2. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan melalui inspeksi
- 2.2.3. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan melalui palpasi
- 2.2.4. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan melalui perkusi
- 2.2.5. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan melalui auskultasi

3. STRATEGI PEMBELAJARAN:

- 3.1. Responsi
- 3.2 Bekerja kelompok
- 3.3 Bekerja dan belajar mandiri

4. PRASYARAT:

- 4.1. Pengetahuan yang perlu dimiliki sebelum berlatih:
Biologi kelas XI SMU:
- 4.2. Struktur, fungsi dan proses serta keterkaitan penyakit pada sistem peredaran darah.
- 4.3. Struktur, fungsi dan proses serta keterkaitan penyakit pada sistem pernafasan manusia.
- 4.4. Struktur, fungsi dan proses serta keterkaitan penyakit pada sistem ekskresi manusia.
- 4.5. Keterampilan yang terkait:
 - Keterampilan komunikasi: perkenalan, interpersonal skills
 - Higines/Asepsis: Mencuci tangan

5. TEORI

PEMERIKSAAN FISIK UMUM

Pengertian

Pemeriksaan fisik umum merupakan pemeriksaan awal yang dilakukan di saat pertama kali seorang dokter melakukan pemeriksaan fisik pada seorang pasien. Pemeriksaan fisik umum meliputi :

- a. penilaian keadaan umum,
- b. penilaian status mental
- c. pemeriksaan tekanan darah,
- d. pemeriksaan nadi,
- e. pemeriksaan nafas
- f. pemeriksaan suhu.
- g. penilaian status gizi
- h. penilaian kulit secara umum

Dalam melakukan pemeriksaan fisik, seorang dokter melakukan tindakan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dimana ke empat hal tersebut dilakukan secara berurutan setelah melakukan anamnesis yang lengkap.

Inspeksi adalah kegiatan mengamati fisik pasien baik secara menyeluruh atau terbatas pada organ yang akan diperiksa. Dalam melakukan inspeksi, seorang dokter mengamati secara seksama tanda atau kelainan yang bisa dinilai dengan penglihatan, seperti warna kulit apakah terlihat pucat, membiru, memerah dan sebagainya. Dengan mengamati secara seksama, seorang dokter mempunyai pedoman atau perkiraan tentang kemungkinan kelainan dan dapat dipakai untuk panduan pemeriksaan lebih lanjut. Dalam pemeriksaan fisik umum inspeksi dilakukan untuk menilai kulit, membran mukosa, status mental dan irama pernafasan.

Palpasi adalah tahap pemeriksaan selanjutnya dengan menggunakan tangan pemeriksa, Pada umumnya setiap pemeriksaan fisik umum dan pemeriksaan organ melakukan kegiatan palpasi ini. Seluruh bagian tangan dapat dipakai untuk menilai keadaan tubuh pasien, terutama jari tangan. Dalam pemeriksaan umum, tangan dipakai untuk pemeriksaan nadi, penilaian suhu, pemeriksaan tingkat kesadaran dan pemeriksaan tekanan darah.

Perkusi merupakan pemeriksaan dengan menggunakan ketukan ujung jari pada punggung jari lainnya (*phalang distal*), dengan maksud mendengarkan bunyi yang dihasilkan dari ketukan tersebut. Suara yang dihasilkan berupa sonor, redup, pekak dan timpani, yang menggambarkan keadaan organ yang diperiksa. Pemeriksaan fisik umum belum menggunakan perkusi, karena tidak menilai organ dalam tubuh. Perkusi dipakai lebih spesifik pada organ tertentu seperti penentuan batas jantung, pemeriksaan paru, abdomen dan pemeriksaan ekstremitas.

Auskultasi adalah pemeriksaan terakhir dengan menggunakan alat bantu stetoskop. Dengan auskultasi, seorang dokter dapat menilai bunyi fisiologis dan patologis yang ditemui di dalam tubuh pasien. Pada pemeriksaan fisik umum auskultasi dipakai untuk pemeriksaan tekanan darah berupa penilaian suara korotkoff. Auskultasi akan lebih banyak diandalkan dalam pemeriksaan organ dalam thorak dan abdomen

BUKU YANG DAPAT DIGUNAKAN SEBAGAI RUJUKAN

1. Adams. Textbook of Physical Diagnosis. 17^{ed}. Williams & Wilkins. 1987
2. Delp MH, Manning RT. Major Diagnosis Fisik. Terjemahan Moelia Radja Siregar. EGC 1996
3. Buku Ajar Fisis Diagnostik Penyakit Dalam FK Unand. Editor Nusirwan Acang, dkk, Pusat Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang, 2008

PROSEDUR DAN EVALUASI PEMERIKSAAN FISIK UMUM

Nama :
 NIM :
 Kelompok :

No.	ASPEK YANG DINILAI	SKOR			KET.
		0	1	2	
1.	Persiapan Alat:				

	<ul style="list-style-type: none"> a. Wastafel/wastafel simulasi b. Kertas tisu c. Kapas gulung kecil: 1/pasien d. Sarung tangan k/p e. Kertas f. Pena/alat tulis g. Tempat sampah h. Manikin full body/OP Pria i. Penlight/senter 				
Persiapan pasien dan lingkungan:					
2.	Pemeriksa berada di samping kanan pasien				
3.	Memberi salam dan memperkenalkan diri.				
4.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan dan atur posisi pasien se nyaman mungkin				
5.	Jaga privasi pasien				
6.	Cuci tangan dan atau pakai sarung tangan bersih				
Menilai tingkat kesadaran:					
7.	<p>Menyimpulkan hasil pemeriksaan kesadaran</p> <p>1. Pada pasien yang sadar , berikan pertanyaan seperti perjalanan penyakit, orientasi tempat dan waktu. Bila bisa dijawab dengan baik , penderita dinilai komposmentis /conciuous</p> <p>2. Bila tidak direspon dengan baik, berikan rangsangan nyeri kepada pasien seperti menekan daerah tulang dada atau menekan daerah betis bagian belakang, menyentuh daerah kelopak mata dengan kapas</p> <p>Respon yang diperoleh menunjukkan tingkat kesadaran pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Apatis, bila perhatiannya berkurang b. Somnolen, mudah tertidur walaupun sedang diajak bicara c. Soporosis, dengan rangsangan kuat masih memberi respon gerakan d. Soporocomatous, hanya tinggal reflek cornea (sentuhan kapas pada kornea, akan menutup kelopak mata) e. Koma, tidak memberi respon sama sekali 				
Menilai kesadaran dengan GCS (KK blok 2.5)					
Menilai penampilan umum:					
8.	<p>Identifikasi status penampilan kesehatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak nampak sakit, masih bisa beraktifitas biasa • Sakit ringan, tampak mulai terganggu aktifitas harian • Sakit sedang, memerlukan istirahat tetapi masih dapat melakukan aktifitas pribadi • Sakit berat, terbaring di tempat tidur dan perlu bantuan untuk melakukan aktifitas pribadi. 				
9.	<p>Identifikasi warna kulit(KULIT 1)</p> <p>Penilaian secara umum pada kulit seperti di wajah dan tubuh pasien untuk melihat apakah terdapat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anemis / pucat - Sianosis / membiru - Ikterik / kuning - Udem / sembab 				
10.	Identifikasi gaya berjalan dan keseimbangan				
11.	Identifikasi cara berbicara				
12.	Identifikasi cara berjalan dan berhias				
13.	Identifikasi kebersihan secara umum				
14.	Identifikasi adanya bau badan dan mulut				
15. Menilai status gizi: secara subyektif (Baik, Sedang, Kurus)					
Menilai status gizi: secara obyektif/Antropometri (KK blok 1.4)					
Mengukur tanda vital (KK blok 1.3)					
Pemeriksaan Kulit (KULIT 1)					
15.	<i>Inspeksi:</i> warna, lokasi lesi (jika ada), bentuk (linear, berkumpul, dematomal), tipe (makula, papula, pustula, bula atau tumor).				
16.	<i>Palpasi:</i> Kelembaban, suhu, tekstur,turgor kulit (kecepatan kulit untuk kembali ke keadaan semula), mobilitas (kemudahan lipatan kulit untuk dapat digerakkan, biasanya menurun pada pasien dengan edema).				
Pemeriksaan kuku (KULIT 1)					
17.	<i>Inspeksi:</i> Warna, bentuk, adanya lesi.				
18.	<i>Palpasi:</i> Bentuk.				
Pemeriksaan kepala dan rambut:					

19.	<i>Inspeksi:</i> Bentuk, simetris, adanya benjolan, lesi, rambut (warna, distribusi, tekstur, adanya ketombe dan kuku, kuantitas).				
20.	<i>Palpasi:</i> Benjolan nodul, deformitas (fraktur), rambut (tekstur).				
Pemeriksaan mata (MATA 1)					
21.	<i>Inspeksi:</i> Simetris, alis mata, kelopak mata (lingkaran hitam di mata, oedem), warna konjungtiva dan sklera.				
22.	Pupil (ukuran, bentuk, simetrisitas, reflek pupil, reaksi dekat). Reflek Sinar Langsung Pemeriksaan dilakukan dengan menyinari satu mata dan dilihat reflek miosis pupilnya pada mata yang langsung disinari tersebut. Ada periode laten 0,2 detik sesudah rangsangan . Sesudah pupil berkontraksi(miosis) kuat akan disusul dilatasi ringan terutama bila penyinaran tidak keras. Bila terjadi hal ini disebut reflek pupil langsung positif, Reflek Sinar Tidak Langsung Pemeriksaan dilakukan dengan melihat reflek miosis pada pupil mata yang tidak disinari langsung oleh senter pada saat dilakukan penyinaran mata sebaliknya. Terdapat periode laten seperti pada mata yang disinari langsung. Keras kontraksi pupil sama dengan mata yang disinari langsung. Bila terjadi reaksi miosis disebut reflek pupil tidak langsung positif,				
23.	Pemeriksaan ketajaman penglihatan: Minta pasien untuk membaca Koran atau majalah. Jika pasien biasa memakai alat bantu seperti kacamata/lensa, maka biarkan pasien memakai alat bantu tersebut.				
Pemeriksaan rongga mulut (THT 1, KK minggu ke 3)					
Pemeriksaan payudara (gunakan manikin atau OP Pria):					
24.	<i>Inspeksi :</i> Simetris, lesi, puting, areola, secret.\				
25.	<i>Palpasi :</i> Massa, pembesaran KGB.				
26.	Merapikan alat.				
27.	Cuci tangan.				
28.	Dokumentasi				
Sikap:					
29.	Melakukan tindakan dengan sistematis				
30.	Komunikatif dengan pasien.				
31.	Percaya diri.				
Hasil:					
31.	Pasien berada pada posisi aman dan nyaman.				
32.	Alat-alat dalam keadaan siap pakai.				
33.	Menyampaikan hasil/kesimpulan pemeriksaan kepada pasien/keluarga pasien.				
TOTAL					

Keterangan:

Skor Penilaian: 0 : Tidak dilakukan

1 : Dilakukan dengan perbaikan

2 : Dilakukan dengan sempurna

$$\text{Nilai} = \frac{\text{skor total yang didapat}}{66} \times 100$$

Nilai Akhir =

Padang,
Instruktur,

(.....)

PEMERIKSAAN TENGGOROK, KELENJER LIMFE DAN SWAB TENGGOROK

Modul ini dibuat untuk para mahasiswa dalam mencapai kemampuan tertentu di dalam pemeriksaan tenggorok, kelenjer limfe dan swab tenggorok. Dengan mempelajari modul ini mahasiswa diharapkan mempunyai kemampuan yang baik tentang aplikasi dalam pemeriksaan fisik dalam mencapai suatu diagnosis.

TUJUAN PEMBELAJARAN

TUJUAN UMUM:

Setelah mengikuti kegiatan ketrampilan diharapkan mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan fisik tenggorok, kelenjer limfe dan swab tenggorok.

TUJUAN KHUSUS:

1. Mampu mempersiapkan pasien untuk pemeriksaan tenggorok.
2. Mampu mempersiapkan pasien untuk pemeriksaan kelenjer limfe leher
3. Mampu mempersiapkan pasien untuk pemeriksaan swab tenggorok
4. Mampu menginformasikan kepada pasien tentang tujuan dari pemeriksaan/tes
5. Mampu memotivasi pasien agar melakukan apa yang disuruh oleh pemeriksa
6. Mampu melakukan pemeriksaan fisik tenggorok
7. Mampu melakukan pemeriksaan fisik kelenjer limfe leher
8. Mampu melakukan pemeriksaan swab tenggorok

PROSEDUR DAN EVALUASI PEMERIKSAAN FISIK TENGGOROK, KELENJER LIMFE LEHER DAN SWAB TENGGOROK

Nama :
NIM :
Kelompok :

No.	ASPEK YANG DINILAI	SKOR			KET.
		0	1	2	
1.	Persiapan Alat: a. Wastafel/wastafel simulasi b. Kertas tisu c. Sarung tangan k/p d. Kertas e. Pena/alat tulis f. Tempat sampah g. Lampu Kepala h. Spatula lidah sekali pakai i. Cawan ginjal tempat spatula bekas j. Kasa steril k. Kaca laring l. Lampu spiritus m. Korek api n. Cotton applicator o. Kapas				
Persiapan pasien dan lingkungan:					
3.	Memberi salam dan memperkenalkan diri.				
4.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan				
5.	Mengatur posisi pasien sesuai dengan tujuan pemeriksaan				
5.	Jaga privasi pasien				
6.	Cuci tangan dan pakai sarung tangan				
Pemeriksaan rongga mulut dan faring					
7.	Dua per tiga bagian depan lidah ditekan dengan spatula lidah kemudian diperhatikan :				
8.	Inspeksi: Dinding belakang faring : warnanya, licin atau bergranula, sekret ada atau tidak dan gerakan arkus faring.				
9.	Inspeksi: Tonsil: besar, warna, kripti, apakah ada detritus, adakah perlekatan, rongga mulut, uvula, gusi dan gigi geligi				
Pemeriksaan hipofaring dan laring					
10.	Pasien duduk lurus agak condong ke depan dengan leher agak fleksi. Lidah pasien dijulurkan kemudian dipegang dengan tangan kiri memakai kasa. Pasien diminta bernafas melalui mulut				

	dengan tenang. Kaca tenggorok yang telah dihangatkan dipegang dengan tangan kanan seperti memegang pensil, diarahkan ke bawah, dimasukkan ke dalam mulut dan diletakkan di muka uvula.				
11.	Inspeksi: - Epiglottis yang berberbentuk omega - Aritenoid berupa tonjolan 2 buah - Plika ariepiglotika yaitu lipatan yang menghubungkan aritenoid dengan epiglottis - Pita suara (plika vokalis): warna, gerakan adduksi pada waktu fonasi dan abduksi pada waktu inspirasi, tumor dan lain-lain - Pita suara palsu (plika ventrikularis) : warna, edema atau tidak, tumor. - Valekula : adakah benda asing - Sinus piriformis : apakah banyak sekret				
Pemeriksaan kelenjar limfa leher					
12.	Pemeriksa berdiri di belakang pasien dan meraba dengan kedua belah tangan seluruh daerah leher dari atas ke bawah. Bila terdapat pembesaran kelenjar limfa, tentukan ukuran, bentuk, konsistensi, perlekatan dengan jaringan sekitarnya.				
Pemeriksaan swab tenggorok					
13.	<ul style="list-style-type: none"> Cara : minta pasien untuk membuka mulutnya Tekan lidah dengan spatula lidah Swab daerah tonsil dan daerah faring posterior				
14.	<ul style="list-style-type: none"> Masukkan hasil swab ke media transport 				
15.	<ul style="list-style-type: none"> Tandai media transport dengan nama lengkap, tempat tanggal lahir, sumber <i>speciment</i> dan tanggal serta jam pengambilan <i>Speciment</i> 				
16.	Merapikan alat.				
17.	Cuci tangan.				
18.	Dokumentasi				
Sikap:					
19.	Melakukan tindakan dengan sistematis				
20.	Komunikatif dengan pasien.				
21.	Percaya diri.				
Hasil:					
22.	Pasien berada pada posisi aman dan nyaman.				
23.	Alat-alat dalam keadaan siap pakai.				
24.	Menyampaikan hasil/kesimpulan pemeriksaan kepada pasien/keluarga pasien.				
TOTAL					

Keterangan:

Skor Penilaian: 0 : Tidak dilakukan

1 : Dilakukan dengan perbaikan

2 : Dilakukan dengan sempurna

Nilai = $\frac{\text{skor total yang didapat}}{48} \times 100$

Nilai Akhir =

Padang,
Instruktur,

(.....)

SUNTIKAN INTRAKUTAN, SUBKUTAN DN INTRAMUSKULAR

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mengikuti ketrampilan klinik ini diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan dan melakukan pemberian obat secara intra kutan, subkutan dan intramuskular.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS:

Di akhir kegiatan ketrampilan diharapkan mahasiswa mampu:

1. Mengetahui teori tentang pemberian obat (standard obat, reaksi pemberian obat dan persiapan pemberian obat)
2. Mempersiapkan obat dengan cara yang aman.
3. Mengeluarkan obat dari vial
4. Mencampurkan obat dari dua vial ke dalam satu syringe/jarum suntik.
5. Mengidentifikasi ukuran jarum dan sudut penyuntikan yang tepat untuk pemberian obat secara intrakutan, subkutan dan intramuskular.
6. Menunjukkan lokasi yang tepat untuk injeksi intrakutan, subkutan dan intramuskular.
7. Melakukan penyuntikan obat/zat secara intrakutan, subkutan dan intramuskular.

PROSEDUR PEMBERIAN OBAT

A. PENTINGNYA PEMBERIAN OBAT

Obat merupakan sebuah substansi yang diberikan kepada manusia sebagai perawatan atau pengobatan bahkan pencegahan terhadap berbagai gangguan yang terjadi di dalam tubuh. Dalam pelaksanaan tenaga medik memiliki tanggung jawab dalam keamanan obat dan pemberian secara langsung ke pasien. Hal ini semata-mata untuk memenuhi kebutuhan pasien.

B. STANDAR OBAT

Obat yang digunakan sebaiknya memenuhi berbagai standar persyaratan obat diantaranya kemurnian, yaitu suatu keadaan yang dimiliki obat karena unsur keasliannya, tidak ada pencampuran dan standar potensi yang baik. Selain kemurnian, obat juga harus memiliki bioavailabilitas berupa keseimbangan obat, keamanan dan efektivitas. Standar-standar tersebut harus dimiliki obat agar menghasilkan efek yang baik akan obat itu sendiri.

C. REAKSI OBAT

Sebagai bahan atau endo asing yang masuk ke dalam tubuh, obat akan bekerja sesuai dengan proses kimiawi, melalui suatu reaksi obat. Reaksi obat dapat dihitung dalam satuan waktu paruh yakni suatu interval waktu yang diperlukan dalam tubuh untuk proses eliminasi sehingga terjadi pengurangan konsentrasi setengah dari kadar puncak obat dalam tubuh.

D. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI REAKSI OBAT

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi reaksi pengobatan diantaranya:

1. Absorpsi obat

Merupakan proses pergerakan obat dari sumber ke dalam tubuh melalui aliran darah kecuali dari jenis topikal yang dipengaruhi oleh cara dan jalan pemberian obat, jenis obat, keadaan tempat, makanan dan keadaan pasien.

2. Distribusi obat ke dalam tubuh

Setelah obat diabsorpsi, kemudian didistribusi ke dalam darah melalui vaskular dan sistem limfatis menuju sel masuk ke dalam jaringan tertentu. Proses ini dapat dipengaruhi oleh keseimbangan cairan, elektrolit, dan keadaan patologis.

3. Metabolisme obat

Setelah melalui sirkulasi, obat akan mengalami proses metabolisme. Obat akan ikut sirkulasi ke dalam jaringan kemudian berinteraksi dengan sel dan melakukan sebuah perubahan zat kimia menjadi lebih aktif. Obat yang tidak bereaksi akan diekskresikan.

4. Ekskresi sisa

Setelah obat mengalami metabolisme atau pemecahan, akan terdapat sisa zat yang tidak dapat dipakai dan ini tidak bereaksi kemudian keluar melalui ginjal dalam bentuk urin, di intestinal dalam bentuk feses dan paru dalam bentuk udara.

Obat memiliki dua efek, yakni :

1. Efek terapeutik

Obat memiliki kesesuaian terhadap efek yang diharapkan sesuai kandungan obatnya, seperti paliatif (ber efek untuk mengurangi gejala), kuratif (memiliki efek pengobatan), suportif (ber efek untuk menaikkan fungsi atau respon tubuh), substitutif (ber efek sebagai pengganti), efek kemoterapi (ber efek untuk mematikan atau menghambat), restoratif (ber efek pada memulihkan fungsi tubuh yang sehat).

2. Efek samping

Merupakan dampak yang tidak diharapkan, tidak bisa diramal bahkan kemungkinan dapat membahayakan seperti adanya alergi, toksisitas keracunan, penyakit iatrogenik, kegagalan dalam pengobatan dan lain-lain.

E. PERSIAPAN PEMBERIAN OBAT

Sebelum memberikan obat kepada pasien, ada beberapa persyaratan yang perlu diperhatikan untuk menjamin keamanan dalam pemberian obat, diantaranya :

1. Tepat obat

Sebelum mempersiapkan obat ke tempatnya, dokter harus memperhatikan kebenaran obata sebanyak tiga kali, yaitu ketika memindahkan obat dari tempat penyimpanan obat, saat oat diprogramkan dan saat mengembalikan ke tempat penyimpanan.

2. Tepat dosis

Untuk menghindari kesalahan pemberian obat, maka penentuan dosis harus diperhatikan dengan menggunakan alat standar seperti obat cair harus dilengkapi alat tetes, gelas ukur, spuit atau sendok khusus, alat untuk membelah tablet sehingga penghitungan dosis benar untuk diberikan kepada pasien.

3. Tepat pasien

Obat yang akan diberikan hendaknya benar pada pasien yang diprogramkan dengan cara mengidentifikasi identitas kebenaran obat dengan mencocokkan nama, nomor register, alamat dan program pengobatan pada pasien.

4. Tepat jalur pemberian

Kesalahan rute pemberian dapat menimbulkan efek sistematik yang fatal pada pasien, untuk itu caranya adalah dengan melihat cara pemberian / jalur obat pada label yang ada sebelum memberikannya ke pasien.

5. Tepat waktu

Pemberian obat harus benar-benar sesuai dengan waktu yang diprogramkan, karena berhubungan dengan kerja obat yang dapat menimbulkan efek terapi dari obat

6. Pendokumentasian

F. PEMBERIAN OBAT MELALUI JARINGAN INTRAKUTAN

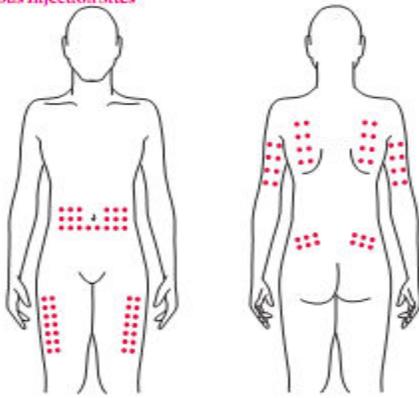
Merupakan cara memberikan atau memasukkan obat ke dalam jaringan kulit dengan tujuan untuk melakukan tes terhadap reaksi alergi jenis obat yang akan digunakan dan memberikan imunisasi BCG pada bayi. Pemberian obat melalui jaringan intrakutan ini dilakukan di bawah dermis atau epidermis, secara umum dilakukan pada daerah lengan tangan bagian ventral.



G. PEMBERIAN OBAT MELALUI JARINGAN SUBKUTAN

Merupakan cara memberikan obat melalui suntikan di bawah kulit yang dapat dilakukan pada daerah lengan atas sebelah luar atau 1/3 bagian dari bahu, paha sebelah luar, daerah dada dan daerah sekitar umbilikus (abdomen). Pemberian obat melalui jaringan subkutan ini pada umumnya dilakukan dalam program pemberian insulin yang digunakan untuk mengontrol kadargula darah. Lokasi penyuntikan secara subkutan dapat dilihat pada gambar berikut:

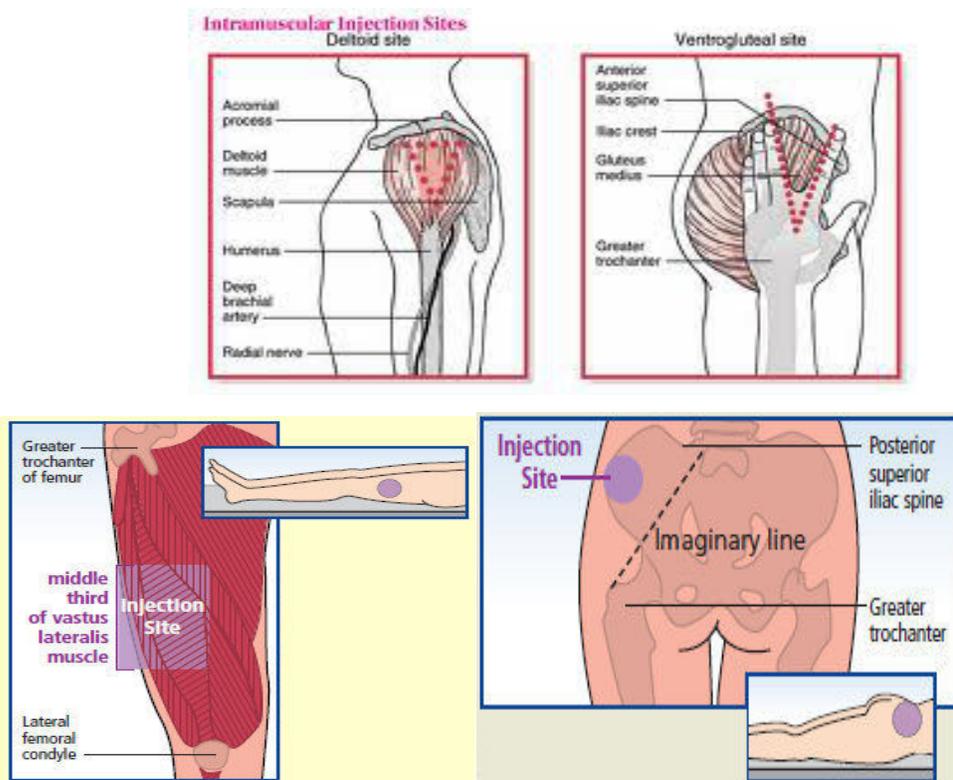
Subcutaneous Injection Sites



Sumber: <http://altruisticobserver.files.wordpress.com/2011/12/a1.png>

H. PEMBERIAN OBAT MELALUI INTRAMUSKULAR

Merupakan cara memasukkan obat ke dalam jaringan otot. Lokasi penyuntikan dapat pada daerah paha (vastus lateralis), ventrogluteal (dengan posisi berbaring), dorsogluteal (posisi tengkurap) atau lengan atas (deltoid). Tujuannya agar absorpsi obat lebih cepat. Gambar berikut menunjukkan lokasi pada penyuntikan intramuskular:



I. TEMPAT PENYIMPANAN OBAT

Obat yang digunakan secara parenteral biasanya disimpan dalam ampul atau vial. Teknik penyiapan obat dari kedua wadah ini dapat dilihat pada prosedur dan evaluasi.

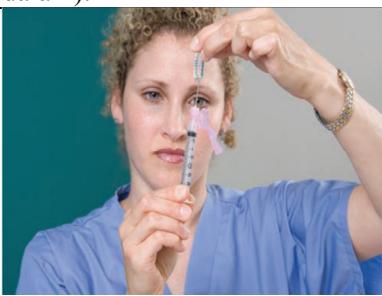
Obat yang diberikan secara parenteral

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul Hidayat, Azis. 2008. *Edisi 2 Keterampilan Dasar Praktik Klinik untuk Kedokteran*. Jakarta : Salemba Medika
- Eko W Nurul dan Ardiani Sulistiani. 2010. *KDPK (Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kedokteran)*. Yogyakarta : Pustaka Rihama
- Kozier B., Erb G., Berman A, Snyder S, Lake R & Harvey S. 2008. *Fundamentals of Nursing. Concepts, process and practice*. Harlow: Pearson Education.
- Lynn P. 2011. *Taylor's Clinical Nursing Skills. A Nursing Process Approach*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health |Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Rhoads J & Meeker BJ, 2008. *Davis's Guide to Clinical Nursing Skill*. Philadelphia: FA. Davis Company.
- Rosyidi K, Wulansari ND., 2013. *Prosedur Praktik Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.

PROSEDUR DAN EVALUASI MENYIAPKAN OBAT DARI AMPUL

NAMA MAHASISWA :
 NIM :
 KELOMPOK :

No.	ASPEK YANG DINILAI	SKOR		
		0	1	2
1.	Persiapan Alat: a. Sarung tangan bersih b. Kapas alkohol, spuit dan jarum c. Obat-obat yang dibutuhkan dalam ampul d. Kassa untuk membantu membuka ampul e. Catatan order dokter f. Label obat			
Persiapan pasien dan lingkungannya:				
2.	Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan			
3.	Menjaga privasi pasien			
Langkah-langkah:				
4.	Tenaga kesehatan mencuci tangan			
5.	Pakai sarung tangan bersih			
6.	Periksa keakuratan dan kebenaran order obat dari catatan medis dokter (nama obat, dosis, waktu dan cara pemberian), periksa ada/tidaknya partikel dalam ampul, perubahan warna isi ampul dan periksa tanggal kadaluarsa.			
7.	 <p>Sumber: Lyn, 2011 Putar ampul beberapa kali (seperti membuat lingkaran besar) dengan menggunakan jari tangan sehingga isi dari ampul akan berkumpul di bagian bawah ampul.</p>			
8.	Tempelkan kassa mengelilingi leher ampul			
9.	 <p>Sumber: Lyn, 2011 Patahkan leher ampul ke arah luar (biasanya ada tanda bulat di bagian tengah leher ampul, jika ingin mematahkan leher ampul maka posisi bulatan ada di dalam).</p>			
10.	 <p>Sumber: Lyn, 2011 Balikkan posisi ampul (isi ampul tidak akan tumpah walaupun dengan posisi terbalik).</p>			
11.	Aspirasi obat dengan jarum spuit sampai isi ampul kosong, jika terdapat udara dalam spuit, jangan keluarkan udara tersebut di dalam ampul yang berposisi terbalik karena akan mengakibatkan isi ampul tumpah.			

12.	Keluarkan udara yang terdapat di dalam spuit dengan cara mendorong ujung spuit dengan jari (posisi sejajar dengan mata).			
13.	Tutup jarum spuit dengan penutupnya.			
14.	Berikan label obat pada spuit.			
15.	Masukkan bekas ampul di tempat pembuangan khusus.			
16.	Rapikan alat			
17.	Lepaskan sarung tangan			
18.	Cuci tangan			
19.	Dokumentasikan tindakan			
Sikap:				
20.	Melakukan tindakan dengan sistematis			
21.	Komunikatif dengan pasien.			
22.	Percaya diri.			
TOTAL				

Sumber: Rosyidi K, Wulansari ND., 2013

Keterangan:

Skor Penilaian: 0 : Tidak dilakukan

1 : Dilakukan dengan perbaikan

2 : Dilakukan dengan sempurna

Nilai = $\frac{\text{skor total yang didapat}}{44} \times 100$

Padang,
Instruktur,

(.....)

PROSEDUR DAN EVALUASI MENYIAPKAN OBAT DARI VIAL

NAMA MAHASISWA :
 NO.BP :
 KELOMPOK :

No.	ASPEK YANG DINILAI	SKOR		
		0	1	2
1.	Persiapan Alat: a. Sarung tangan bersih b. Kapas alkohol, spuit dan jarum c. Vial yang berisi obat yang diresepkan dokter (catatan: vial ada yang berisi serbuk, ada juga yang berisi larutan). d. Cairan pelarut: misalnya normal salin, aquabidest			
Persiapan pasien dan lingkungannya:				
2.	Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan			
3.	Menjaga privasi pasien			
Langkah-langkah:				
4.	Tenaga kesehatan mencuci tangan			
5.	Pakai sarung tangan bersih			
6.	Periksa keakuratan dan kebenaran order obat dari catatan medis dokter (nama obat, dosis, waktu dan cara pemberian), periksa ada/tidaknya partikel dalam vial, perubahan warna isi vial dan periksa tanggal kadaluarsa.			
7.	Lepaskan segel yang menutupi bagian atas vial.			
8.	Jika bagian atas tersebut terkena tangan (pada saat membuka segel), bilas kembali dengan kapas alkohol.			
9.	Ambil spuit dan buka tutup spuit lalu dorong bagian pendorong spuit untuk mengeluarkan udara dari spuit dan juga mengecek apakah spuit berfungsi dengan baik.			
10.	Aspirasi udara sebanyak jumlah larutan obat.			
11.	 <p style="text-align: right;">Sumber: Lyn, 2011</p> Masukkan udara dalam spuit ke dalam vial.			
12.	 <p style="text-align: right;">Sumber: Lyn, 2011</p> Pegang vial antara ibu jari dan 2 jari tengah tangan non dominan, sedangkan ibu jari dan jari telunjuk tangan dominan memegang spuit (posisi vial di atas dan spuit di bawah).			
13.	Masukkan spuit ke dalam vial.			
14.	 <p style="text-align: right;">Sumber: Lyn, 2011</p> Biarkan isi vial (sesuai dosis) berpindah ke spuit dengan menggunakan tekanan udara. Lakukan tindakan ini sejajar dengan mata.			
15.	Jika sudah terisi cabut spuit dari vial.			
16.	Periksa apakah terdapat udara dalam spuit. Keluarkan jika ada dengan cara mendorong bagian bawah spuit dengan perlahan.			

17.	Tutup jarum spuit dengan penutupnya, ganti jarum spuit jika diperlukan, berikan label obat pada spuit.			
18.	Rapikan alat			
19.	Lepaskan sarung tangan			
20.	Cuci tangan			
21.	Dokumentasikan tindakan			
Sikap:				
22.	Melakukan tindakan dengan sistematis			
23.	Komunikatif dengan pasien.			
24.	Percaya diri.			
TOTAL				

Sumber: Rosyidi K, Wulansari ND., 2013

Keterangan:

Skor Penilaian: 0 : Tidak dilakukan

1 : Dilakukan dengan perbaikan

2 : Dilakukan dengan sempurna

$$\text{Nilai} = \frac{\text{skor total yang didapat}}{48} \times 100$$

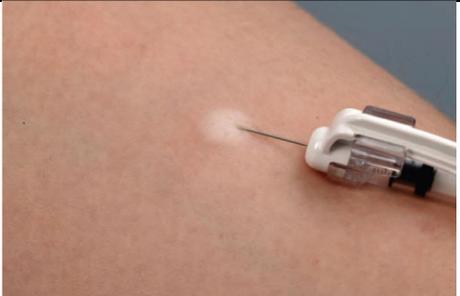
Padang,
Instruktur,

(.....)

PROSEDUR DAN EVALUASI PEMBERIAN OBAT SECARA INTRAKUTAN

NAMA MAHASISWA :
NO.BP :
KELOMPOK :

No.	ASPEK YANG DINILAI	SKOR		
		0	1	2
1.	Persiapan Alat: a. Spuit 1 cc/spuit insulin b. Obat-obat yang dibutuhkan c. Kapas alkohol di tempatnya d. Bak semprit steril yang tertutup, di dalamnya sudah diberi alas untuk tempat semprit. e. Bengkok f. Perlak g. Sarung tangan bersih h. Buku catatan pemberian obat			
Persiapan pasien dan lingkungannya:				
2.	Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan			
3.	Menyiapkan posisi anak sesuai tindakan			
4.	Menyiapkan lingkungan aman dan nyaman			
Langkah-langkah:				
5.	Tenaga kesehatan mencuci tangan			
6.	Pakai sarung tangan bersih			
7.	Membaca kembali daftar obat pasien			
8.	Mengambil semprit dan jarum dari tempatnya			
9.	Melarutkan obat yang diperlukan: Ambil obat untuk tes alergi, kemudian larutkan / encerkan dengan aquadest (cairan pelarut) kemudian ambil 0,5 cc dan encerkan			

	lagi sampai kurang lebih 1 cc dan siapkan pada bak injeksi atau steril.			
10.	Semprit dimasukkan ke dalam bak semprit yang telah disediakan			
11.	Membaca kembali daftar pemberian obat dan mencocokkan dengan papan nama pasien /tanya pasien.			
12.	Membebasakan daerah yang akan disuntik dari pakaian (palpasi dan periksa tempat penyuntikan terhadap edema, massa atau nyeri tekan. Hindari daerah yang terdapat jaringan parut, memar, lecet atau infeksi).			
13.	Memasang perlak dan alas perlak di bawah tangan.			
14.	 <p>Sumber: Lyn, 2011 Mendesinfeksi kulit dan meregangkan dengan tangan kiri.</p>			
15.	Menusukkan jarum dengan lubang menghadap ke atas dan membuat sudut 15-20derajat dengan permukaan kulit.			
16.	 <p>Sumber: Lyn, 2011 Lalu obat disemprotkan sampai terjadi gelembung kecil pada tempat tersebut.</p>			
17.	Menarik jarum dengan cepat, daerah suntikan tidak dihapus dengan alkohol atau tidak dilakukan massage.			
18.	Beri tanda lingkaran pada area suntikan apabila obat yang diberikan berupa antibiotik.			
19.	Ambil pengalas dan rapikan alat.			
20.	Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan.			
21.	Dokumentasikan tindakan: reaksi pemberian,tanggal, waktu pemberian dan jenis/dosis obat			
22.	Evaluasi respon pasien terhadap obat yang diberikan setelah 15-30 menit setelah penyuntikan.			
Sikap:				
23.	Melakukan tindakan dengan sistematis			
24.	Komunikatif dengan pasien.			
25.	Percaya diri.			
Hasil:				
26.	Posisi suntikan tepat.			
27.	Sterilitas tetap terjaga.			
28.	Daerah suntikan tampak gelembung dan pucat (pori-pori jelas)			
TOTAL				

Sumber: Rosyidi K, Wulansari ND., 2013

Keterangan:

Skor Penilaian: 0 : Tidak dilakukan

1 : Dilakukan dengan perbaikan

2 : Dilakukan dengan sempurna

$$\text{Nilai} = \frac{\text{skor total yang didapat}}{56} \times 100$$

Padang,
Instruktur,

(.....)

**PROSEDUR DAN EVALUASI PEMBERIAN OBAT
SECARA SUBKUTAN**

NAMA MAHASISWA :
NIM :
KELOMPOK :

No.	ASPEK YANG DINILAI	SKOR		
		0	1	2
1.	Persiapan Alat: a. Spuit 1 cc/spuit insulin b. Obat-obat yang dibutuhkan c. Kapas alkohol di tempatnya d. Bak semprit steril yang tertutup, di dalamnya sudah diberi alas untuk tempat semprit. e. Bengkok f. Perlak g. Sarung tangan bersih h. Buku catatan pemberian obat			
Persiapan pasien dan lingkungannya:				
2.	Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan			
3.	Menyiapkan posisi anak sesuai tindakan			
4.	Menyiapkan lingkungan aman dan nyaman			
Langkah-langkah:				
5.	Tenaga kesehatan mencuci tangan			
6.	Pakai sarung tangan bersih			
7.	Membaca kembali daftar obat pasien			
8.	Mengambil semprit dan jarum dari tempatnya			
9.	Melarutkan obat yang diperlukan			
10.	Semprit dimasukkan ke dalam bak semprit yang telah disediakan			
11.	Membaca kembali daftar pemberian obat dan mencocokkan dengan papan nama pasien /tanya pasien.			
12.	Membebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian (palpasi dan periksa tempat penyuntikan terhadap edema, massa atau nyeri tekan. Hindari daerah yang terdapat jaringan parut, memar, lecet atau infeksi).			
13.	Mendesinfeksi kulit dengan arah melingkar ± 5cm.			
14.	 Sumber: Lyn, 2011 Untuk pasien ukuran sedang: Dengan tangan non dominan tenaga kesehatan meregangkan kedua belah sisi kulit tempat suntikan dengan kuat atau cubit kulit yang akan jadi tempat suntikan. Untuk pasien obesitas: Cubit kulit pada tempat suntikan, dan suntikan jarum di bawah lipatan kulit.			
15.	 Sumber: Lyn, 2011 Menusukkan jarum dengan lubang menghadap ke atas dan membuat sudut 45 derajat dengan permukaan kulit.			
16.	Lakukan aspirasi bila tidak ada darah, obat disemprotkan perlahan-lahan,			

	bila ada darah obat jangan disemprotkan.			
17.	Setelah obat habis, jangan menarik jarum dengan cepat. Bekas suntikan ditahan dengan alkohol, melakukan massage pada bekas suntikan dengan perlahan, kecuali jika dikontraindikasikan seperti pada penyuntikan heparin.			
18.	Buang jarum yang tidak berpenutup dan letakkan spuit ke dalam tempat yang telah diberi label.			
19.	Ambil pengalasan dan rapikan alat.			
20.	Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan.			
21.	Dokumentasikan tindakan: reaksi pemberian,tanggal, waktu pemberian dan jenis/dosis obat			
22.	Evaluasi respon pasien terhadap obat yang diberikan setelah 15-30 menit setelah penyuntikan.			
Sikap:				
23.	Melakukan tindakan dengan sistematis			
24.	Komunikatif dengan pasien.			
25.	Percaya diri.			
Hasil:				
26.	Posisi suntikan tepat.			
27.	Sterilitas tetap terjaga.			
TOTAL				

Sumber: Rosyidi K, Wulansari ND., 2013

Keterangan:

Skor Penilaian: 0 : Tidak dilakukan

1 : Dilakukan dengan perbaikan

2 : Dilakukan dengan sempurna

$$\text{Nilai} = \frac{\text{skor total yang didapat}}{54} \times 100$$

Padang,
Instruktur,

(.....)

**PROSEDUR DAN EVALUASI PEMBERIAN OBAT SECARA
INTRAMUSKULAR**

NAMA MAHASISWA :
NIM :
KELOMPOK :

No.	ASPEK YANG DINILAI	SKOR		
		0	1	2
1.	Persiapan Alat: a. S spuit sesuai dengan ukuran, jarum sesuai dengan ukuran : dewasa panjang 2,5-3,75 cm, anak 1,25-2,5 cm. b. Obat-obat yang dibutuhkan c. Kapas alkohol di tempatnya d. Bak semprit steril yang tertutup, di dalamnya sudah diberi alas untuk tempat semprit. e. Bengkok f. Perlak g. Sarung tangan bersih h. Buku catatan pemberian obat			
Persiapan pasien dan lingkungannya:				
2.	Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan			
3.	Menyiapkan posisi pasien sesuai tindakan			
4.	Menyiapkan lingkungan aman dan nyaman			
Langkah-langkah:				
5.	Tenaga kesehatan mencuci tangan			
6.	Pakai sarung tangan bersih			
7.	Membaca kembali daftar obat pasien			
8.	Mengambil semprit dan jarum dari tempatnya			
9.	Melarutkan obat yang diperlukan			
10.	Semprit dimasukkan ke dalam bak semprit yang telah disediakan			
11.	Membaca kembali daftar pemberian obat dan mencocokkan dengan papan nama pasien /tanya pasien.			
12.	Membebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian (palpasi dan periksa tempat penyuntikan terhadap edema, massa atau nyeri tekan. Hindari daerah yang terdapat jaringan parut, memar, lecet atau infeksi).			
13.	Posisi: 1/3 tengah paha luar atau 1/3 bagian dari spina iliaca anterior superior (SIAS)			
14.	Memasang perlak dan alas perlak di bawah organ yang akan disuntik dan dekatkan bengkok.			
15.	Mendesinfeksi kulit dengan arah melingkar \pm 5cm.			
16.	Meregangkan kulit yang akan disuntik dengan tangan kiri.			
17.	 <p style="text-align: right; font-size: small;">Sumber: Lyn, 2011</p> Menusukkan jarum dengan lubang menghadap ke atas dan membuat sudut 90 derajat dengan permukaan kulit.			
18.	Lakukan aspirasi bila tidak ada darah, obat disemprotkan perlahan-lahan, bila ada darah obat jangan disemprotkan.			
19.	 <p style="text-align: right; font-size: small;">Sumber: Lyn, 2011</p> Setelah obat habis, jangan menarik jarum dengan cepat. Bekas suntikan ditahan dengan alkohol, melakukan massage pada bekas suntikan dengan			

	perlahan.			
20.	Bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman			
21.	Buang jarum yang tidak berpenutup dan letakkan spuit ke dalam tempat yang telah diberi label.			
22.	Ambil pengalasan dan rapikan alat.			
23.	Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan.			
24.	Dokumentasikan tindakan: reaksi pemberian, tanggal, waktu pemberian dan jenis/dosis obat.			
25.	Evaluasi respon pasien terhadap obat yang diberikan setelah 15-30 menit setelah penyuntikan.			
Sikap:				
26.	Melakukan tindakan dengan sistematis			
27.	Komunikatif dengan pasien.			
28.	Percaya diri.			
Hasil:				
29.	Posisi suntikan tepat.			
30.	Sterilitas tetap terjaga.			
TOTAL				

Sumber: Rosyidi K, Wulansari ND., 2013

Keterangan:

Skor Penilaian: 0 : Tidak dilakukan

1 : Dilakukan dengan perbaikan

2 : Dilakukan dengan sempurna

$$\text{Nilai} = \frac{\text{skor total yang didapat}}{60} \times 100$$

Padang,
Instruktur,

(.....)