

STANDAR **P**ROSEDUR **O**PERASIONAL *Keperawatan Dasar*

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL KEPERAWATAN DASAR



Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga

**BUKU STANDAR PROSEDUR
OPERASIONAL (SPO)
KEPERAWATAN DASAR 2016**



**FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

Standar**Penulis:**

Kusnanto
Ira Suarilah
Candra Panji A.
Andri Setiya W.

Hak Cipta © 2016, Pada Penerbit

Hak publikasi pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Dilarang menerbitkan atau menyebarkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, baik secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotokopi, merekam, atau sistem penyimpanan dan pengambilan informasi, tanpa seizin tertulis dari penerbit

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Kampus C Unair Mulyorejo Surabaya 60115
Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752
Fax. (031) 5913257, 5913752
Email: dekan@fkp.unair.ac.id

ISBN : 978-602-74315-9-1

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga Buku Standar Prosedur Operasional Keperawatan Dasar tahun 2016 telah diselesaikan. Buku Standar Prosedur Operasional Keperawatan Dasar ini merupakan penyempurnaan dari edisi sebelumnya, sebagai panduan bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners dalam melakukan praktik di laboratorium keperawatan dan tim dosen dalam melakukan bimbingan pembelajaran di laboratorium.

Terimakasih disampaikan kepada Dekan Fakultas Keperawatan dan Ketua Departemen Keperawatan Dasar, Medikal Bedah dan Kritis atas *support* dan kontribusi dalam penyempurnaan buku ini, dan semua pihak yang telah ikut membantu dalam penyelesaian buku ini.

Kami menyadari masih terdapat kekurangan dalam buku ini untuk itu kritik dan saran terhadap penyempurnaan buku ini sangat diharapkan. Semoga buku ini dapat memberi manfaat bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners khususnya dan bagi semua pihak yang membutuhkan.

Surabaya, 07 Desember 2016
Ketua Tim Penyusun,

Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes.

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	ix
Daftar Tabel	xi
Bab 1 Persiapan Tindakan	1
1.1 Standar Prosedur Operasional Mencuci Tangan Steril	1
1.2 Standar Prosedur Operasional Mencuci Tangan Biasa	1
1.3 Standar Prosedur Operasional Memasang Dan Melepas Sarung Tangan Steril.....	2
1.3.1. Memasang Sarung Tangan.....	2
1.3.2. Melepas Sarung Tangan.....	3
Bab 2 Tanda Vital	5
2.1 Standar Prosedur Operasional Mengukur Suhu Tubuh Menggunakan Termometer Merkuri Kaca	5
2.1.1 Mengukur Suhu Badan Pada AksIIa	5
2.1.2 Mengukur Suhu Badan Pada Oral	6
2.1.3 Mengukur Suhu Badan Pada Anal	8
2.2 Standar Prosedur Operasional Mengukur Suhu Tubuh Menggunakan Termometer Digital	9
2.3 Standar Prosedur Operasional Mengukur Tekanan Denyut Nadi	10
2.4 Standar Prosedur Operasional Pengkajian Pernapasan.....	11
2.5 Standar Prosedur Operasional Mengukur Tekanan Darah	18
Bab 3 Higiene	21
3.1 Standar Prosedur Operasional <i>Bed Making</i>	21
3.2 Standar Prosedur Operasional Memandikan Klien Di Tempat Tidur.....	23
3.3 Standar ProseduR Operasional <i>Shampooing</i>	25
3.4 Standar Prosedur Operasional <i>Oral Hygiene</i>	27
3.5 Standar Prosedur Operasional Perawatan Kuku	29
3.6 Standar Prosedur Operasional Perawatan Perineal	30
Bab 4 Dekubitus	33
4.1 Standar Prosedur Operasional Perawatan Dekubitus	33
Bab 5 Oksigenasi	37
5.1 Standar Prosedur Operasional Suctioning Endotracheal Pada Klien	37
5.2 Standar Prosedur Operasional Pemberian Terapi Oksigen	40
5.2.1. Nasal Kanul.....	40
5.2.2. Masker Venturi.....	41
5.2.3. <i>Bag And Mask</i>	42
5.2.4. Simple Face Mask.....	43
5.2.5. Partial Rebreathing Mask Or Non Rebreathing Mask.....	44
5.3 Standar Prosedur Operasional <i>Nebulizing</i>	45
5.4 Standar Prosedur Operasional Fisioterapi Nafas Pada Klien.....	47

BAB 6 Medikasi	51
6.1 Standar Prosedur Operasional Mempersiapkan Injeksi Dari Sediaan Vial	51
6.2 Standar Prosedur Operasional Pencampuran Obat	53
6.3 Standar Prosedur Operasi Pelaksanaan Injeksi (Intravena, Intramuscular, Intracutan, dan Subcutan).	55
6.3.1. Intravena.....	55
6.3.2. Intramuscular	56
6.3.3. Intracutan	61
6.3.4. Subcutan.....	63
6.4 Standar Prosedur Operasional Pemberian Obat Kulit Topikal	65
6.5 Standar Prosedur Operasional Pemberian Obat Mata.....	67
6.6 Standar Prosedur Operasional Pemberian Inhaler Dosis Terukur	69
6.7 Standar Prosedur Operasional Pemberian Supositoria Rektal.....	70
BAB 7 Cairan	73
7.1 Standar Prosedur Operasional Pemasangan Infus (<i>IV-Line</i>).....	73
7.1.1 Pengaturan Kecepatan Aliran IV	75
7.1.2 Penggantian Cairan Intravena.....	77
7.2 Standar Prosedur Operasional Pemberian Transfusi Darah.....	77
BAB 8 Pemberian Nutrisi Melalui NGT	81
8.1 Standar Prosedur Operasional Pemasangan NGT.....	81
8.1.1 Pemberian Makanan Melalui NGT	83
8.1.2 Irigasi Slang Nasogastrik	84
8.1.3 Melepas Slang Nasogastrik.....	85
BAB 9 Eliminasi	87
9.1 Standar Prosedur Operasional Pemasangan Kateter.....	87
9.2 Standar Prosedur Operasional Pemberian Enema	89
BAB 10 Aktivitas	93
10.1 Standar Prosedur Operasional <i>Supporting Axillary Crutch Walking</i> (KRUK)	93
10.2 Standar Prosedur Operasional <i>Range Of Motion</i> (ROM)	95
Daftar Pustaka	101

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Termometer air raksa.	5
Gambar 2.	Termometer digital.	9
Gambar 3.	Deviasi Bentuk Thoraks.....	13
Gambar 4.	Variasi Pola Napas.....	13
Gambar 5.	Frekuensi Pernapasan Normal.	14
Gambar 6.	Menilai pergerakan dada dan vocal fremitus.	14
Gambar 7.	Teknik Perkusi.....	14
Gambar 8.	Alur Perkusi	15
Gambar 9.	Alur Auskultasi.	17
Gambar 10.	Skema suara napas tambahan.	17
Gambar 11.	Posisi dorsal recumbent.....	31
Gambar 12.	Derajat luka dekubitus.	33
Gambar 13.	Area dengan risiko dekubitus yang tinggi.	33
Gambar 14.	Pencampuran obat.	54
Gambar 15.	Injeksi <i>intramuscular</i>	57
Gambar 16.	Lokasi penyuntikan IM otot deltoid.....	57
Gambar 17.	Lokasi penyuntikan IM otot vastus lateralis.....	58
Gambar 18.	Lokasi penyuntikan IM otot ventro gluteal.	58
Gambar 19.	Lokasi penyuntikan IM otot dorso gluteal.....	59
Gambar 20.	Injeksi Intracutan.	61
Gambar 21.	Injeksi Subcutan.	63
Gambar 22.	Pemberian obat supositoria.	70
Gambar 23.	Infus pump	76
Gambar 24.	Teknik gaya berjalan dengan menggunakan kruk.....	94
Gambar 25.	Demonstrasi klien untuk menaiki tangga.....	94
Gambar 26.	Demonstrasi berdiri.....	95
Gambar 27.	ROM kepala dan leher.....	96
Gambar 28.	ROM flexi dan ekstensi pergelangan tangan.....	96
Gambar 29.	ROM Flexi dan ekstensi siku.	97
Gambar 30.	ROM pronasi dan supinasi lengan bawah.....	97
Gambar 31.	ROM flexi bahu.....	98
Gambar 32.	ROM Inversi dan eversi kaki.....	98
Gambar 33.	Abduksi dan aduksi pangkal paha.	99

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Jenis suara napas.	16
Tabel 2	Suara napas abnormal	16
Tabel 3	Karakteristik penampilan klinis dari dekubitus.	33

1.1 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENCUCI TANGAN STERIL

A. Definisi

Membersihkan ujung jari tangan sampai ke siku dengan cara menggosok dengan sabun dan sikat atau *scrub* secara bersama yang kemudian dibilas di bawah air mengalir.

B. Tujuan

1. Membuang kotoran dan organisme yang menempel dari tangan,
2. Sebagai pencegahan dan pengontrolan penularan infeksi,
3. Sebagai persiapan operasi.

C. Persiapan Alat

1. Sabun cair biasa atau sabun antimikrobial atau cairan desinfektan lain,
2. Wastafel (kran air mengalir),
3. Sikat tangan atau *scrub*.

D. Implementasi

1. Lepaskan jam tangan dan perhiasan. Gulung lengan panjang ke atas sampai ke atas siku.
2. Berdiri di depan wastafel dan atur jarak. Gunakan wastafel yang dalam dengan pedal kaki (pembuka kran yang tidak diputar). Pakaian tidak boleh menyentuh wastafel.
3. Membuka kran, mengatur kecepatan aliran air. Hindari percikan air mengenai pakaian.
4. Membasahi tangan sampai batas siku. Pertahankan agar posisi tangan selalu lebih tinggi dari siku.
5. Mengambil sabun cair ± 1 sdt (secukupnya) dari dispenser dan sabuni tangan dari ujung-ujung jari dan lengan sampai ± 5 cm di atas siku.
6. Bersihkan telapak dan punggung tangan, sela-sela jari dan kuku dengan sikat tangan (*scrub*) dengan membasahi sikat tangan (*scrub*) terlebih dahulu. Lakukan pada tangan kanan dan kiri.
7. Bilas sikat tangan (*scrub*). Bilas kedua tangan dan ulangi langkah no. 6.
8. Dengan lengan dalam posisi fleksi, bilas dari ujung jari ke siku, biarkan air mengalir turun melalui siku.
9. Pertahankan lengan tetap dalam posisi fleksi, diangkat dan menggenggam.
10. Mematikan kran air dengan menekan pedal kaki atau menggeser penutup kran dengan menggunakan lengan atas.
11. Masuk ke ruangan operasi dengan mempertahankan lengan dalam posisi fleksi dan diangkat.

1.2 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENCUCI TANGAN BIASA

A. Definisi

Menggosok dengan sabun secara bersama seluruh permukaan kulit tangan yang kemudian dibilas di bawah air mengalir.

B. Tujuan

1. Membuang kotoran dan organisme yang menempel dari tangan.
2. Sebagai pencegahan dan pengontrolan penularan infeksi.

C. Persiapan Alat

1. Sabun cair biasa atau sabun antimikrobial atau cairan desinfektan lain,
2. Wastafel (kran air mengalir),
3. Lap tangan atau mesin pengering (bila tersedia).

D. Pengkajian

1. Lepaskan jam tangan dan perhiasan. Gulung lengan panjang ke atas sampai ke atas siku.
2. Berdiri di depan wastafel dan atur jarak. Pakaian tidak boleh menyentuh wastafel.
3. Membuka kran, mengatur kecepatan aliran air. Hindari percikan air mengenai pakaian.
4. Membasahi tangan sampai pergelangan. Pertahankan agar posisi tangan selalu lebih rendah dari siku agar air dapat mengalir ke jari-jari tangan.
5. Mengambil sabun cair \pm 1 sdt (secukupnya) dari dispenser atau bila tidak ada basahi sabun batangan hingga berbusa lalu kembalikan sabun batangan ke tempatnya.
6. Dengan gerakan menggosok dan berputar, gosokkan sabun ke tangan meliputi daerah telapak tangan, punggung tangan, jari-jari, sela-sela jari, pergelangan dan lengan bawah.
7. Lanjutkan gerakan menggosok selama minimal 30 detik.
8. Membilas tangan dengan air mengalir dari ujung tangan ke pangkal tangan.
9. Mempertahankan posisi tangan menghadap ke atas sebelum mengeringkan tangan.
10. Mengeringkan tangan dari ujung ke pangkal dengan menggunakan lap tangan atau tisu (*paper towel*) atau pengering. Perhatikan: bila mengeringkan tangan dengan handuk, satu sisi untuk satu tangan!
11. Mematikan kran air dengan menggunakan tisu yang dipakai untuk mengeringkan tangan atau dengan siku.

1.3 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MEMASANG DAN MELEPAS SARUNG TANGAN STERIL

A. Definisi

Sarung tangan merupakan salah satu bentuk APD (Alat pelindung diri) saat akan melakukan tindakan keperawatan.

B. Tujuan

1. Memberikan perlindungan tambahan terhadap adanya kemungkinan perpindahan kotoran dan organisme yang menempel dari tangan, dan
2. Sebagai pencegahan dan pengontrolan penularan infeksi nosokomial.

1.3.1. Memasang Sarung Tangan

C. Persiapan Alat

Trolley yang berisi:

1. Sarung tangan steril sesuai ukuran (yang masih terbungkus atau re-use yang sudah disterilkan),
2. Tromol kecil atau baki instrumen steril,
3. Korentang.

D. Implementasi

1. Siapkan peralatan. Meletakkan set sarung tangan steril pada trolley yang bersih dan kering setinggi atau di atas pinggang.
2. Mencuci tangan dan keringkan.
3. Untuk sarung tangan steril yang masih terbungkus: Membuka pembungkus sebelah luar dengan hati-hati dengan hanya menyentuh bagian luarnya saja.
4. Untuk sarung tangan steril *re-use* yang sudah disterilkan: Buka tutup tromol atau baki instrumen, kemudian ambil sarung tangan steril dengan menggunakan korentang.
5. Dengan menggunakan tangan yang tidak dominan, ambil ujung sarung tangan steril yang terlipat (untuk sarung tangan re-use steril pegang bagian dalam dari sarung tangan) dan angkat dengan hati-hati dengan ujung jari sarung tangan mengarah ke bawah. Jaga kesterilan dengan menghindarkan sarung tangan bersentuhan dengan benda yang tidak steril.
6. Memasukkan jari-jari tangan ke dalam sarung tangan sesuai tempatnya. Mengatur dan merapikan sarung tangan yang terpasang dengan hanya menyentuh daerah yang steril saja.

7. Dengan tangan dominan yang sudah bersarung tangan masukkan jari-jari tangan (kecuali ibu jari) ke dalam lipatan sarung tangan yang belum terpasang secara hati-hati dan ambil sarung tangan tersebut dengan mengangkat ke atas. Lakukan prosedur pemasangan sama dengan prosedur no. 5.

1.3.2. Melepas Sarung Tangan

E. Persiapan Alat

Trolley yang berisi:

1. Ember atau kom yang berisi larutan clorin 0,5%.
2. Tempat sampah infeksius.

F. Implementasi

1. Sebelum membuka sarung tangan, apabila sarung tangan yang dikenakan adalah sarung tangan yang akan disterilkan ulang, perhatikan apabila sarung tangan terkontaminasi oleh cairan tubuh pasien maka celupkan terlebih dahulu kedua tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan clorin dan bersihkan dengan membasuh kedua tangan tersebut dengan larutan clorin hingga benar-benar bersih.
2. Dengan menggunakan tangan yang dominan, ambil ujung sarung tangan yang lain dengan cara membalikkannya, dengan daerah yang terkontaminasi pada sebelah dalam. Pegang sarung tangan yang sudah terlepas pada tangan yang dominan.
3. Memasukkan jari tangan yang sudah tidak menggunakan sarung tangan ke dalam sarung tangan yang masih terpasang. Pegang bagian dalam sarung tangan dan lepaskan dengan bagian dalam sarung tangan disebelah luar.
4. Masukkan kembali sarung tangan ke dalam ember berisi larutan clorin atau bila tidak dipergunakan lagi buang langsung ke dalam tempat sampah infeksius.
5. Mencuci tangan dan keringkan.

2.1 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENGUKUR SUHU TUBUH MENGGUNAKAN TERMOMETER MERKURI KACA

A. Definisi

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengukur suhu tubuh yang dilaksanakan dengan meletakkan alat pengukur atau termometer air raksa. Termometer air raksa adalah termometer cairan yang menggunakan air raksa sebagai pengisinya. Termometer air raksa sering disebut termometer maksimum karena dapat mengukur suhu yang sangat tinggi. Jika suhu panas, air raksa akan memuai sehingga kita akan melihat air raksa pada tabung kaca naik. Ketika suhu turun, air raksa akan tetap berada pada posisi ketika suhu panas. Hal itu disebabkan adanya kontraksi yang menghambat air raksa untuk kembali ke keadaan semula. Oleh karena itu, untuk mengembalikan air raksa ke posisi dasar, kita harus mengibas-ngibaskan termometer ini dengan kuat.



Gambar 1. Termometer air raksa.

2.1.1 Mengukur Suhu Badan pada Aksila

A. Definisi

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengukur suhu tubuh yang dilaksanakan dengan meletakkan alat pengukur atau termometer dibawah ketiak.

B. Tujuan

Mendekteksi suhu tubuh klien.

C. Indikasi

1. Semua klien baru,
2. Klien dengan keadaan demam (suhu tubuh $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$).

D. Persiapan Alat

1. Termometer **air raksa**,
2. Larutan disinfektan dalam botol / gelas,
3. Larutan sabun dalam botol / gelas,
4. Air bersih dingin dalam botol / gelas,
5. Kassa kering / tisu dalam tempatnya,
6. Lab / handuk tempat kotor,
7. Bengkok, dan
8. Buku catatan dan alat tulis.

E. Pengkajian

1. Diagnosa medis,
2. Catatan suhu sebelumnya.

F. Diagnosa Keperawatan

Hipertermi berhubungan dengan penyakit / trauma / peningkatan / dehidrasi.

G. Perencanaan

Persiapkan semua peralatan yang dibutuhkan.

H. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas pasien.
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan pemeriksaan suhu pada klien dan keluarga.
3. Menjaga *privacy* klien dengan memasang penghalang atau menutup pintu.
4. Mencuci tangan.
5. Membawa alat-alat ke dekat pasien.
6. Menurunkan air raksa di dalam termometer sampai $\leq 35^{\circ}\text{C}$.
7. Meminta atau membantu pasien membuka pakaian pada daerah ketiak.
8. Mengeringkan ketiak klien dengan handuk.
9. Memasang termometer pada ketiak klien.
10. Menutup lengan atas dan menyilangkan lengan bawah di dada.
11. Membiarkan termometer di ketiak selama 5-8 menit.
12. Mengambil termometer dari ketiak klien dan membaca tinggi angka pada air raksa termometer.
13. Mencatat hasil pada buku catatan.
14. Menurunkan air raksa di dalam termometer sampai $\leq 35^{\circ}$.
15. Memasukkan termometer ke dalam larutan disinfektan.
16. Merapikan kembali pakaian pasien dan memposisikan klien pada posisi yang nyaman.
17. Membilas termometer dengan kassa / tisu yang dibasahi larutan sabun.
18. Membuang kassa / tisu ke bengkok.
19. Mencelupkan termometer ke dalam air bersih.
20. Mengeringkan termometer dengan kassa / tissue kering.
21. Membuang kassa / tisu ke bengkok.
22. Mengembalikan alat-alat ke tempat semula.
23. Mencuci tangan.
24. Evaluasi dan dokumentasi.

I. Evaluasi

Observasi suhu dan kenyamanan klien setelah tindakan.

J. Dokumentasi

Hasil pemeriksaan suhu klien.

2.1.2 Mengukur Suhu Badan pada Oral

A. Definisi

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengukur suhu tubuh yang dilaksanakan dengan meletakkan alat pengukur / termometer dibawah lidah.

B. Tujuan

Mendeteksi suhu tubuh klien.

C. Indikasi

1. Semua klien baru,
2. Klien dengan keadaan demam (suhu tubuh $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$).

D. Persiapan Alat

1. Termometer air raksa,
2. Larutan disinfektan dalam botol / gelas,
3. Larutan sabun dalam botol / gelas,
4. Air bersih dingin dalam botol / gelas,
5. Kassa kering / tisu dalam tempatnya,
6. Lab / handuk tempat kotor,
7. Bengkok,
8. Buku catatan dan alat tulis.

E. Pengkajian

1. Diagnosa medis,
2. Catatan suhu sebelumnya.

F. Diagnosa Keperawatan

Hipertermi berhubungan dengan penyakit / trauma / peningkatan / dehidrasi.

G. Perencanaan

Persiapkan semua peralatan yang dibutuhkan.

H. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas pasien.
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan pemeriksaan suhu pada klien dan keluarga.
3. Menjaga *privacy* klien dengan memasang penghalang atau menutup pintu.
4. Mencuci tangan.
5. Membawa alat-alat ke dekat pasien.
6. Menurunkan air raksa di dalam termometer sampai $\leq 35^{\circ}\text{C}$
7. Meminta / membantu pasien membuka mulut dan menekuk lidah.
8. Memasang ujung termometer di bawah lidah pasien dan pangkal termometer di sudut bibir.
9. Sarankan pasien menutup bibir selama 3-5 menit.
10. Meminta / membantu pasien membuka mulut.
11. Mengambil termometer dari mulut klien dan membaca tinggi angka pada air raksa termometer kemudian mencatat hasil pada buku catatan.
12. Membersihkan termometer dengan kassa / tisu dari pangkal ke arah ujung
13. Menurunkan air raksa di dalam termometer sampai $\leq 35^{\circ}\text{C}$
14. Memasukkan termometer ke dalam larutan disinfektan.
15. Merapikan kembali pakaian pasien dan memposisikan klien pada posisi yang nyaman.
16. Membilas termometer dengan kassa / tisu yang dibasahi larutan sabun.
17. Membuang kassa / tisu ke bengkok.
18. Mencelupkan termometer ke dalam air bersih.
19. Mengeringkan termometer dengan kassa / tissue kering.
20. Membuang kassa / tisu ke bengkok.
21. Mengembalikan alat-alat ke tempat semula.
22. Mencuci tangan.
23. Evaluasi dan dokumentasi.

I. Evaluasi

Observasi suhu dan kenyamanan klien setelah tindakan.

J. Dokumentasi

Hasil pemeriksaan suhu klien.

2.1.3 Mengukur Suhu Badan pada Anal

A. Definisi

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengukur suhu tubuh yang dilaksanakan dengan meletakkan alat pengukur / termometer di anus.

B. Tujuan

Mendeteksi suhu tubuh klien.

C. Indikasi

1. Semua klien baru,
2. Klien dengan keadaan demam (suhu tubuh $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$).

D. Persiapan Alat

1. Termometer air raksa,
2. Larutan disinfektan dalam botol / gelas,
3. Larutan sabun dalam botol / gelas,
4. Air bersih dingin dalam botol / gelas,
5. *Jelly*
6. Kassa kering / tisu dalam tempatnya,
7. Lab / handuk tempat kotor,
8. Bengkok,
9. Buku catatan dan alat tulis.

E. Pengkajian

1. Diagnosa medis,
2. Catatan suhu sebelumnya.

F. Diagnosa Keperawatan

Hipertermi berhubungan dengan penyakit / trauma / peningkatan / dehidrasi.

G. Perencanaan

Persiapkan semua peralatan yang dibutuhkan.

H. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas pasien.
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan pemeriksaan suhu pada klien dan keluarga.
3. Menjaga *privacy* klien dengan memasang penghalang atau menutup pintu.
4. Mencuci tangan.
5. Membawa alat-alat ke dekat pasien.
6. Menurunkan air raksa di dalam termometer sampai $\leq 35^{\circ}\text{C}$.
7. Meminta / membantu pasien membuka celana pada daerah pantat.
8. Membuka pantat sampai anus tampak.
9. Membersihkan daerah anus dengan tisu / kassa.
10. Mengolesi ujung termometer dengan *jelly*.
11. Memasukkan termometer ke dalam anus sedalam 1-3 menit.
12. Membiarkan dan memegang termometer di anus selama 2-5 menit.
13. Mengambil termometer dari anus klien dan membaca angka pada air raksa termometer.
14. Mencatat hasil pada buku catatan.
15. Menurunkan air raksa di dalam termometer sampai $\leq 35^{\circ}\text{C}$.
16. Memasukkan termometer ke dalam larutan disinfektan.
17. Merapikan kembali pakaian pasien dan memposisikan klien pada posisi yang nyaman.
18. Membilas termometer dengan kassa / tisu yang dibasahi larutan sabun.
19. Membuang kassa / tisu ke bengkok.
20. Mencelupkan termometer ke dalam air bersih.

21. Mengeringkan termometer dengan kassa / tissue kering.
22. Membuang kassa / tisu ke bengkok.
23. Mengembalikan alat-alat ke tempat semula.
24. Mencuci tangan.
25. Evaluasi dan dokumentasi.

I. Evaluasi

Observasi suhu dan kenyamanan klien setelah tindakan.

J. Dokumentasi

Hasil pemeriksaan suhu klien.

2.2 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENGUKUR SUHU TUBUH MENGGUNAKAN TERMOMETER DIGITAL

A. Definisi

Termometer digital merupakan alat ukur suhu yang dibuat khusus dalam bentuk digital, dimana ia mampu memberikan tingkat akurasi yang tinggi dalam menyatakan besaran suhu.

B. Prinsip

Tekan tombol on/off pada layar baca LCD akan menunjukkan angka 188.8 ini menandakan termometer bekerja dengan baik dan daya baterai penuh. Sesaat setelah itu akan menampilkan nilai pembacaan suhu sebelumnya, kemudian menampilkan 37.0°C dan kemudian menampilkan $LO^{\circ}\text{C}$. Flash $^{\circ}\text{C}$, jika suhu disekitar lebih tinggi dari 32°C , pada *display* akan langsung menunjukkan pembacaan suhu sekitar dan mulai mengukur suhu. Jika pembacaan suhu lebih tinggi dari 44.0°C pada Layar LCD akan menampilkan $H^{\circ}\text{C}$. Jika pembacaan suhu di bawah dari 32.0°C layar LCD akan menampilkan $LO^{\circ}\text{C}$.



Gambar 2. Termometer digital.

C. Tujuan

Mendeteksi suhu tubuh klien.

D. Indikasi

1. Semua klien baru,
2. Klien dengan keadaan demam (suhu tubuh $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$).

E. Persiapan Alat

1. Termometer digital badan untuk ketiak,
2. Kassa kering / tisu dalam tempatnya,
3. Buku catatan dan alat tulis.

F. Pengkajian

1. Diagnosa medis,
2. Catatan suhu sebelumnya.

F. Diagnosa Keperawatan

Hipertermi berhubungan dengan penyakit / trauma / peningkatan / dehidrasi.

G. Perencanaan

Persiapkan semua peralatan yang dibutuhkan.

H. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas pasien.
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan pemeriksaan suhu pada klien dan keluarga.
3. Menjaga *privacy* klien dengan memasang penghalang atau menutup pintu.
4. Mencuci tangan.
5. Membawa alat-alat ke dekat pasien.
6. Meminta atau membantu pasien membuka pakaian pada daerah ketiak.
7. Mengeringkan ketiak klien dengan tissue.
8. Tekan tombol on/off pada layar baca LCD akan menunjukkan angka 188.8 ini menandakan termometer bekerja dengan baik dan daya baterai penuh.
9. Sesaat setelah itu akan menampilkan nilai pembacaan suhu sebelumnya.
10. Kemudian memposisikan termometer secara tepat di ketiak.
11. Menutup lengan atas dan menyilangkan lengan bawah di dada.
12. Mengambil termometer dari ketiak klien dan membaca angka pada air termometer digital.
13. Mencatat hasil pada buku catatan.
14. Mendisinfektan ujung termometer dengan alkohol swab.
15. Merapikan kembali pakaian pasien dan memposisikan klien pada posisi yang nyaman.
16. Mengembalikan alat-alat ke tempat semula.
17. Mencuci tangan.
18. Evaluasi dan dokumentasi.

I. Evaluasi

Observasi suhu dan kenyamanan klien setelah tindakan.

J. Dokumentasi

Hasil pemeriksaan suhu klien.

2.3 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENGUKUR TEKANAN DENYUT NADI

A. Definisi

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui denyut nadi.

B. Tujuan

Mendeteksi kualitas nadi yang berhubungan dengan kontraksi ventricular yang buruk atau disaritmia.

C. Indikasi

1. Semua klien baru,
2. Klien dengan penyakit hipertensi, jantung, dan penyakit kronis lainnya.

D. Persiapan Alat

1. Arloji tangan dengan petunjuk detik,
2. Buku catanan,
3. Alat tulis.

E. Pengkajian

1. Diagnosa medis,
2. Riwayat masalah medis yang berhubungan dengan defisit kardiovaskuler,
3. Catatan nadi sebelumnya,
4. Kualitas nadi,
5. Status ekstremitas yang digunakan untuk pemeriksaan (warna kulit, suhu kulit, sensasi, dan pengisian ulang kapiler).

F. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan hipovolemia,
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan irama jantung yang tidak teratur.

G. Perencanaan

Persiapkan semua peralatan yang dibutuhkan.

H. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas pasien.
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan pemeriksaan denyut nadi pada klien dan keluarga.
3. Menjaga *privacy* klien dengan memasang penghalang atau menutup pintu.
4. Mencuci tangan.
5. Mempersilahkan pasien berbaring / duduk dengan tenang di tempat tidur.
6. Meraba tangan pasien pada pergelangan dengan jari telunjuk dan jari tengah sampai teraba denyut nadi arteri radialis.
7. Tangan yang lain memegang arloji.
8. Menghitung denyut nadi selama 1 menit penuh.
9. Memberi tahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilaksanakan.
10. Merapikan pasien dan mengatur kembali posisi seperti semula.
11. Merapikan peralatan dan di simpan pada tempatnya.
12. Mencuci tangan.
13. Evaluasi dan dokumentasi.

I. Evaluasi

Klien terbebas atau tidak dari masalah ketidakaturan nadi atau defisit nadi.

J. Dokumentasi

1. Frekuensi denyut nadi,
2. Kualitas nadi,
3. Ketidakteraturan irama nadi, jika ada, dan
4. Medikasi jantung yang digunakan saat ini.

2.4 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGKAJIAN PERNAPASAN

A. Definisi

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui pernapasan.

B. Tujuan

Mendeteksi kualitas pernapasan yang berhubungan dengan kondisi paru-paru yang buruk.

C. Indikasi

1. Semua klien baru,
2. Klien dengan penyakit sistem pernapasan dan penyakit kronis lainnya.

D. Persiapan

Sebelum perawat melakukan pemeriksaan fisik, maka sebaiknya mempersiapkan:

1. Alat
Sediakan gloves/handscoen/sarung tangan bersih (non steril) dan stetoskop.
2. Pasien
Sarankan pasien menggunakan baju dengan kancing atau risleting di bagian depan untuk memudahkan saat pemeriksaan. Saat perawat memeriksa bagian posterior, sediakan handuk yang cukup lebar atau baju pelindung pada bagian anterior pasien. Selama pemeriksaan, upayakan pasien dalam posisi duduk. Jika tidak memungkinkan, pasien dapat mengambil posisi terlentang, namun pada posisi ini bagian posterior sulit dikaji.
3. Lingkungan
Sediakan ruangan pemeriksaan yang hangat, pencahayaan cukup, dan tenang. Berikan pasien ruang privasi, khususnya apabila memeriksa area dada pasien wanita.

E. Pengkajian

1. Diagnosa medis,
2. Riwayat masalah medis yang berhubungan dengan defisit respirasi,
3. Catatan pernapasan sebelumnya,
4. Kualitas napas.

F. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidak efektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.
2. Bersihan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret.

G. Perencanaan

Persiapkan semua peralatan yang dibutuhkan.

H. Implementasi

1. Pasien diminta menanggalkan baju.
2. Posisi pasien dapat duduk, berdiri atau berbaring sesuai dengan pemeriksaan yang akan dilakukan.
3. Berikan penerangan kepada pasien apa yang akan anda lakukan
4. Setiap catatan yang dibuat harus diterangkan, pemeriksaan dilakukan dari depan, samping atau belakang.
Pemeriksaan meliputi:
5. a. dinding dada
b. paru dan pernafasan

Inspeksi

6. Perhatikan bentuk dada (costae, sternum dan kolumna vertebralis). Cari adanya deviasi/kelainan bentuk.
7. Lihat pergerakan dada saat inspirasi maupun ekspirasi. Catat frekuensi pernapasan, pola napas, dan adanya kelainan pergerakan dada.



Gambar 3. Deviasi Bentuk Thoraks.

8. Perhatikan ruangan interkostal, membesar mengembang atau adanya retraksi pada saat inspirasi
9. Perhatikan adanya pulsasi (ikuis kordis)
10. Perhatikan adanya bantungan venosa

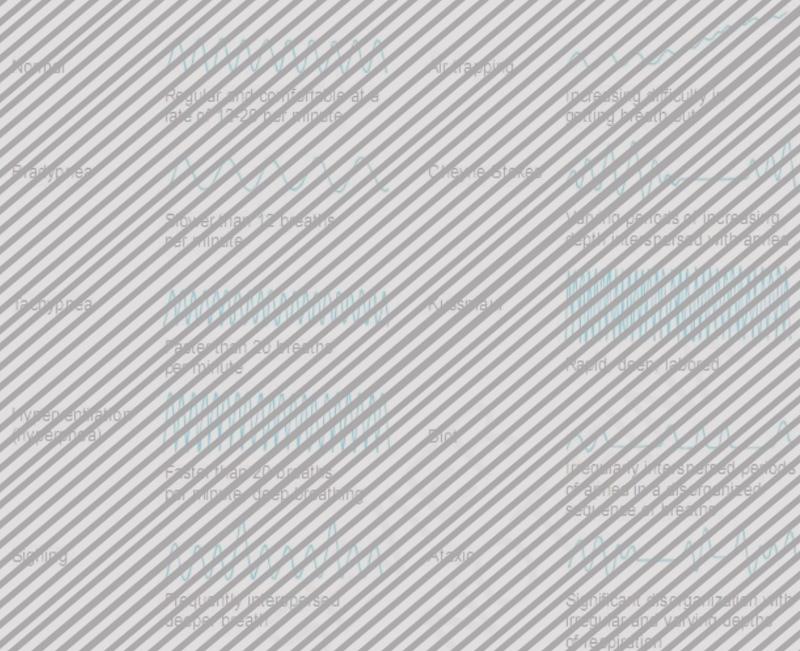
Inspeksi Anterior Thoraks

11. Perhatikan klavikula, fossa supra dan infra klavikular,
12. Identifikasi costae pada kedua sisi. Perhatikan kelainan jumlah dan bentuk costae

Inspeksi Posterior

13. Identifikasi prosesus spinosus vertebrata servikalis ke-7
14. Ujung bantalan scapula terletak selaras T1 (vertebra thorakal) 8. Perhatikan letak dan bentuk scapula
15. Perhatikan letak dan bentuk umbilikus (ke-10) dan costae (ke-10-12)

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan



Gambar 4. Variasi Pola Napas.

Age	Respirations per Minute
Newborn	30 to 80
1 year	28 to 40
3 years	28 to 30
6 years	16 to 22
10 years	16 to 20
17 years	12 to 20

Gambar 5. Frekuensi Pernapasan Normal

Palpasi

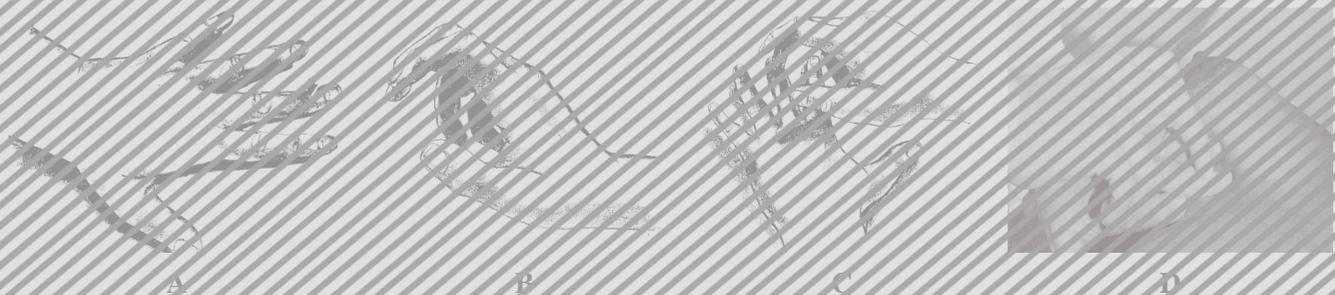
1. Posisikan pasien dalam keadaan duduk tegak. Letakkan jari telunjuk di supra sternal notch, menipal trakea di mid-line. Catat adanya deviasi trachea.
2. Selanjutnya identifikasi pergerakan dada. Letakkan kedua telapak tangan pada bagian dada depan.
3. Penderita diminta menarik nafas. Rasakan gerakan dada, bandingkan kanan dan kiri. Catat apakah simetris atau tidak asimetris (gerak normal adalah simetris kanan dan kiri).
4. Selanjutnya letakkan telapak tangan pada bagian bawah, rasakan dan bandingkan gerakan nafas kanan dan kiri. Vokal fremitus dapat dirasakan dengan palpasi dengan telapak tangan disisi kanan. Penderita diminta untuk mengatakan delapan-delapan atau "satu-satu-satu" dengan suara dalam; teraba simetris.
5. Kemudian letakkan kedua telapak tangan pada bagian belakang dada dan bandingkan baik gerakan pernafasan maupun fremitus suara antara kanan dan kiri. Lakukan berurutan dari atas ke bawah.



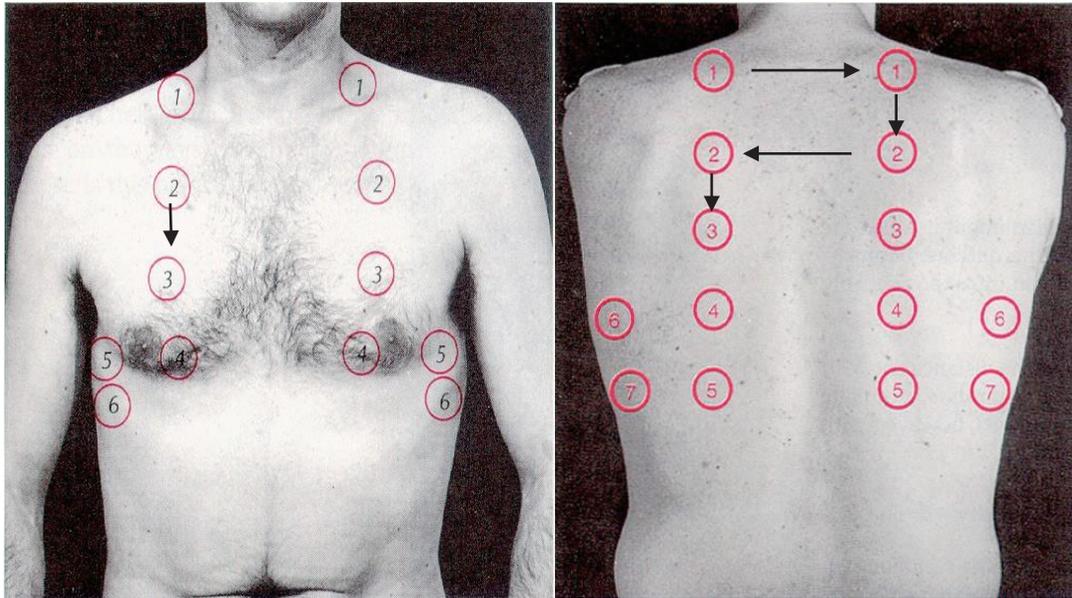
Gambar 6. Memilai pergerakan dada dan vokal fremitus.

Perkusi

1. Dengan perkusi kita dapat mengetahui apakah organ yang kita perkusi berisi udara, cairan, atau masa padat. Dapat menembus thoraks sedalam 5-7 cm saja, sehingga tidak dapat mendeteksi lesi yang teraknya lebih dalam. Hasil perkusi normal bagian tapang paru akan menghasilkan suara sonor.
2. Hiperextensikan jari tengah tangan kanan, tekan sendi interfalangeal kuat-kuat pada permukaan yang akan diperkusi. Hindarkan kontak dengan bagian tangan yang lain, karena akan mengganggu suara yang dihasilkan. Ketoklah ujung jari tengah kiri dengan ujung jari tengah kanan anda dalam posisi tegak lurus. Ketok dengan kuat, tajam, dan gerakan pergelangan yang santai dan cepat angkat lagi tangan kanan, agar tidak mengganggu getaran yang telah terbentuk.



Gambar 7. Teknik Perkusi.



Gambar 8. Alur Perkusi

3. Perkusi secara sistematis dari atas ke bawah mengikuti pola seperti gambar di bawah. Bandingkan kanan dan kiri. Perhatikan posisi jantung, dan bandingkan hasil perkusinya.
4. Kemudian mintalah penderita untuk mengangkat kedua belah lengan dan lakukan perkusi mulai dari ketiak kanan. Tentukan garis tepi hati (liver).

Perkusi Posterior Thoraks:

1. Penderita diminta duduk tegak atau berdiri.
2. Mulailah perkusi dari atas ke bawah secara sistematis. Bandingkan kanan dan kiri (biasanya daerah perkusi paru kanan lebih tinggi hilangnya dari daerah kiri, karena adanya liver).
3. Tepi bawah paru umumnya didapatkan pada setinggi prosesus spinosus VT (vertebra thorakal) ke 10 atau 11.
4. Tentukan pula gerakan pernafasan.

Menilai gerakan pernafasan dan pengembangan paru

Gerakan pernafasan paling baik diperiksa ada daerah belakang:

1. Lakukan perkusi dari atas ke bawah.
2. Lanjutkan perkusi sampai suara sonor hilang.
3. Letakkan di tempat tersebut jari tengah anda.
4. Lanjutkan perkusi kebawah.
5. Pada penderita sehat, batas hilangnya suara sonor akan bergeser ke bawah.
6. Perbedaan daerah hilangnya suara sonor merupakan besarnya pengembangan paru.

Auskultasi

Suara nafas berasal dari saluran nafas besar, yang melalui paru diteruskan ke dinding dada. Kita dapat mendengar suara napas dengan bantuan stetoskop. Jaringan yang dilalui oleh udara pernafasan akan meredam dan menyaring suara nafas ini, sehingga yang didengar pada waktu pemeriksaan auskultasi adalah suara lembut dengan frekuensi rendah pada waktu inspirasi, dan akan melemah dan kemudian menghilang pada awal ekspirasi.

Ada 4 tipe suara nafas yang berbeda yang dapat didengar melalui dada orang sehat pada pernafasan biasa, berikut:

1. Suara nafas vesikuler, didengar hampir diseluruh bagian dada normal. Suara tersebut relatif lembut dan bernada rendah. Fase inspirasi (I) lebih dominan dibanding fase ekspirasi (E) dengan rasio I : E kira-kira 3:1. Fase ekspirasi juga lebih lembut dibanding fase inspirasi dan kerap tidak terdengar serta tanpa diikuti selaan diantara kedua fase.

2. Suara nafas bronkial merupakan suara nada tinggi keras, biasanya memiliki kualitas yang bergema (*hollowish quality*). Terdengar pada orang normal hanya diatas manubrium sterni. Ketika terdengar ditempat lain suara tersebut patologis. Ekspirasi.
3. Suara nafas bronkovesikuler, merupakan pertengahan antara suara bronkial dan vesikuler. Jadi inspirasi dan ekspirasi kurang lebih sama dalam kualitas maupun dalam durasi. Dua fase menyambung atau hanya sedikit terpisah. Suara nafas bronkovesikuler normalnya terdengar hanya di 2 tempat bagian anterior dekat sela iga 1 dan 2 serta bagian posterior antara 2 skapula.
4. Suara nafas trakeal, merupakan suara nada tinggi sangat keras dengan kualitas yang kasar dan bergaung. Suara nafas tersebut memiliki komponen inspirasi dan ekspirasi yang sama dengan selanjutnya diantara keduanya. Normalnya terdengar hanya pada bagian ekstratorasik di sekitar trakea dan bukan merupakan tempat auskultasi yang rutin.

Sifat-sifat keempat jenis suara pernafasan tersebut dapat dilihat pada tabel dibawah ini. Perhatikan bahwa dalam menilai kualitas suara nafas, kita harus memperhatikan durasi, nada, dan intensitasnya.

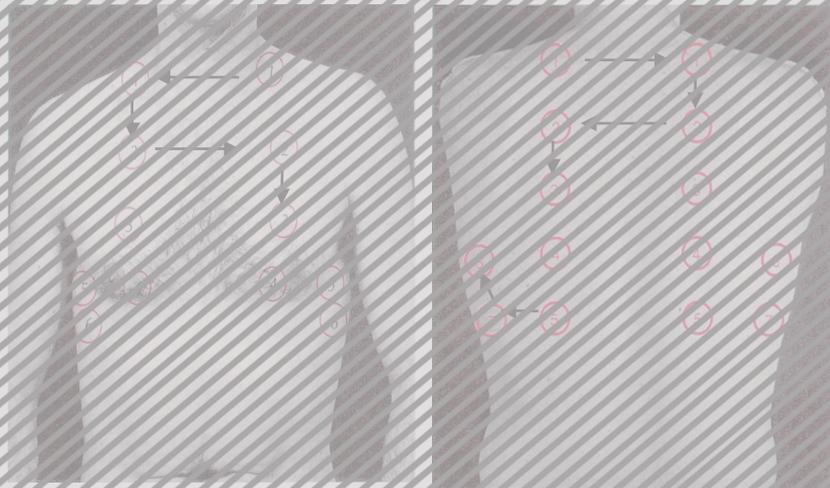
Tabel 1. Jenis suara nafas.

Suara nafas	Rasio Inspirasi : Ekspirasi	Nada (pitch)	Intensitas	Lokasi normal
1. Vesikuler	Suara inspirasi lebih lama dari ekspirasi (I:E = 3:1)	Rendah	Lembut	Hampir di semua bagian paru yang jauh dari trakea dan bronchi besar. Suara terdengar jelas pada anak-anak atau orang yang kurus. Suara berkurang pada penderita overweight dan orang yang berotot (massa otot badan besar)
2. Bronkial	Suara inspirasi lebih lama dan lebih besar dari pada inspirasi. Ada sela (jeda) antara 2 fase	Tinggi	Sangat keras	Normalnya di dekat Manubrium sterni atau scapula.
3. Bronko vesikuler	Suara inspirasi dan ekspirasi kurang lebih sama tanpa ada sela antara 2 fase	Sedang	Sedang	Terdengar di bronkus utama. Pada anterior terdengar di dekat ICS 1 dan 2. Pada posterior terdengar di antara fase 2 skapula.
4. Trakeal	Suara inspirasi dan ekspirasi sama. Ada sela antara 2 fase	Tinggi	Sangat keras	Disekitar trakea (bukan tempat auskultasi rutin)

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

Tabel 2. Suara nafas abnormal

No	Suara Nafas Abnormal	Nada (pitch)	Intensitas	Keterangan
1	<i>Ronchi</i>	rendah	kasar	Dapat hilang dengan batuk efektif
2	<i>Wheezing</i>	tinggi	musikal	Terdengar kontinyu saat inspirasi dan ekspirasi. Lebih keras saat ekspirasi
3	<i>Crackles halus</i>	Tinggi	Patus-patus	Terdengar akhir inspirasi. Tidak hilang dengan batuk
4	<i>Crackles kasar</i>	Sedang-rendah	keras	Terdengar saat inspirasi, tidak hilang dengan batuk
5	<i>Pleural friction rub</i>	Sedang-rendah	Kering, terdengar seperti suara gesekan	Disebabkan inflamasi lapisan pleura. Terdengar saat inspirasi ataupun ekspirasi. Terdengar keras di lower lateral anterior.



Gambar 9. Arit Auskultasi

Langkah-langkah:

1. Minta pasien menarik nafas pelan-pelan dengan hidung terpinak
2. Lakukan auskultasi secara sistematis. Dengarkan tiap kali secara lengkap satu periode inspirasi dan ekspirasi. Bandingkan kanan dan kiri.
3. Mulailah di daerah depan di atas klavikula.
4. Setelah mendengarkan daerah ini, teruskan auskultasi ke sisi-sisi dinding dada
5. Kemudian lakukan auskultasi di bagian belakang dada, mulai dari atas ke bawah
6. Perhatikan apabila ada perubahan suara
7. Tentukan penyebabnya
8. Catat suara-suara yang didapatkan pada waktu auskultasi

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan



FIGURE 14-20 Schematic of breath sounds in the ill and well patient.

Gambar 10. Skema suara napas tambahan.

I. Evaluasi

Klien terbebas atau tidak dari masalah ketidakteraturan nadi atau defisit nadi.

J. Dokumentasi

1. Frekuensi pernapasan/ RR
2. Suara napas tambahan.
3. Ketidakteraturan irama napas, jika ada dan
4. Medikasi paru-paru yang digunakan saat ini

2.5 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENGUKUR TEKANAN DARAH

A. Definisi

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui tekanan darah seseorang.

B. Tujuan

Mengetahui tekanan darah klien.

C. Indikasi

1. Semua klien baru,
2. Klien dengan penyakit hipertensi, jantung, dan penyakit kronis lainnya.

D. Persiapan Alat

1. *Sphignomanometer* air raksa / jarum,
2. Stetoskop,
3. Buku catatan, dan
4. Alat tulis.

E. Pengkajian

1. Program atau kondisi yang mengindikasikan diperlukannya pemeriksaan tekanan darah,
2. Ekstremitas yang memungkinkan digunakan untuk mengukur tekanan darah,
3. Hasil tekanan darah sebelumnya,
4. Status ekstremitas yang digunakan untuk pemeriksaan (pengisian ulang kapiler, warna kulit, membrane mukosa, suhu kulit dan kualitas nadi),
5. Regimen medikasi termasuk medikasi jantung.

F. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan kehilangan darah yang berlebihan,
2. Ketidakefektifan jaringan perifer berhubungan dengan dehidrasi.

G. Perencanaan

Persiapkan semua peralatan sesuai kebutuhan.

H. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas pasien.
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan pemeriksaan tekanan darah pada klien dan keluarga.
3. Menjaga *privacy* klien dengan memasang penghalang atau menutup pintu.
4. Mencuci tangan
5. Meletakkan tensi meter di samping atas lengan.
6. Meminta / membantu pasien untuk menggulung lengan baju sebatas bahu.
7. Pasang manset pada lengan bagian atas sekitar 3cm di atas fossa cubiti dengan pipa karet di lengan atas.
8. Memakai stetoskop pada telinga.
9. Meraba arteri brakhialis dengan jari tangan dan telunjuk.
10. Mengunci skrup balon karet.
11. Balon di pompa lagi sehingga terlihat air raksa di dalam pipa naik sampai denyut arteri tidak terdengar.
12. Membuka skrup balon dan menurunkan tekanan perlahan kira-kira 2 mmHg/detik.
13. Mendengar dengan teliti dan membaca skala air raksa sejajar dengan mata, pada skala berapa terdengar bunyi denyut pertama sampai suara denyut terakhir terdengar lambat dan mengilang.
14. Melepas stetoskop dari telinga.
15. Mencatat denyut pertama sebagai tekanan sistolik dan denyut terakhir sebagai tekanan diastolic.
16. Pengunci air raksa ditutup kembali.
17. Melepas manset, digulung dengan rapi, dan dimasukkan kedalam kotak kemudian ditutup rapat.
18. Merapikan pasien dan mengatur kembali posisi seperti semula.
19. Memberi tahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilaksanakan.
20. Merapikan peralatan dan di simpan pada tempatnya.

21. Mencuci tangan.
22. Evaluasi dan dokumentasi.

I. Evaluasi

1. Klien memperlihatkan tanda-tanda perfusi jaringan yang adekuat atau tidak dengan pengisian ulang kapiler kurang dari 3 detik,
2. Keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

J. Dokumentasi

1. Sistole dan diastole klien,
2. Ekstremitas yang digunakan untuk pengukuran tekanan darah,
3. Indikator sirkulasi (pengisian ulang kapiler, warna kulit, membran mukosa, suhu kulit dan kualitas nadi), dan
4. Tingkat kesadaran.

3.1 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL *BED MAKING*

A. Definisi

Mengganti alat tenun kotor dengan alat tenun yang bersih pada tempat tidur klien dengan klien tetap berada di tempat tidur dan pada tempat tidur yang kosong.

B. Tujuan

1. Memberikan lingkungan yang bersih, tenang dan nyaman.
2. Menghilangkan hal yang dapat mengiritasi kulit dengan menciptakan alas tidur dan selimut yang bebas dari kotoran atau lipatan.
3. Meningkatkan gambaran diri dan harga diri klien dengan menciptakan tempat tidur yang bersih, rapi dan nyaman.
4. Mengontrol penyebaran mikroorganisme.

C. Persiapan Alat

Trolley yang berisi:

1. Laken besar,
2. Laken kecil/stik laken,
3. Alas/perlak,
4. Selimut,
5. Sarung bantal dan sarung guling,
6. Tempat linen kotor, dan
7. Sarung tangan bersih.

D. Pengkajian

1. Program dokter untuk aktivitas,
2. Kebutuhan akan bantuan untuk membalikkan posisi klien,
3. Adanya luka atau drain pembedahan, dan
4. Antisipasi masuknya klien baru.

E. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan pola tidur berhubungan dengan diaphoresis berlebihan,
2. Deprivasi tidur berhubungan dengan stimulasi lingkungan yang terus menerus di dalam kamar ICU.

F. Perencanaan

1. Persiapkan semua peralatan yang dibutuhkan,
2. Kontrak waktu yang tepat dengan pasien.

G. Implementasi

1. Memeriksa catatan klien yang berkenaan dengan imobilisasi (adanya pemasangan alat yang mengganggu pergerakan) dan posisi.
2. Menjelaskan prosedur pada klien (keluarga) dan mengkaji kemampuan fisik klien untuk bergerak.
3. Menyiapkan peralatan dan menyusun sesuai urutannya.
4. Menutup tirai atau pintu kamar.
5. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan.
6. Menurunkan penghalang tempat tidur klien pada tempat perawat berdiri. Memindahkan alat yang tidak diperlukan dari tempat tidur dan meletakkannya pada kursi disamping tempat tidur.

7. Mengatur posisi baring klien yaitu memiringkan klien ke arah yang berlawanan dengan posisi perawat.
8. Melepaskan lipatan alat tenun yang terdapat di bawah kasur dari kepala sampai ke kaki. Melipat alat tenun tersebut ke arah klien, pertama-tama stik laken, perlak kemudian laken besar. Melipat sampai ke bawah bokong klien, punggung dan bahunya.
9. Meletakkan alat tenun bersih di tengah kasur dengan arah memanjang, sebagai berikut.
 - a. Membuka lipatan laken besar ke arah perawat berdiri hingga menutupi separuh dari tempat tidur, kemudian melipat atau memasukkan pada ujung kepala dan kaki ke bawah kasur.
 - b. Memasang perlak di atas laken besar dan stik laken disusun di atas perlak.
 - c. Memasang dan menarik alat tenun dengan tepat sehingga tidak terdapat lipatan atau kerutan pada bagian tengahnya.
10. Pembentukan lipatan pada kepala tempat tidur.
 - a. Memasukkan laken di bawah kepala dengan menarik laken ke bagian bawah kasur.
 - b. Mengangkat ujung laken bagian atas dan membentuk segitiga dengan satu sisi tempat tidur dan ujung laken paralel dengan ujung tempat tidur.
 - c. Lipat bagian laken yang terdapat dibagian bawah dan masukkan ke bawah kasur dengan tangan yang satunya tetap memegang bagian ujung atas laken.
 - d. Dengan ujung tangan kiri menahan bagian dalam laken, lipat ujung atas laken tersebut hingga membentuk sudut 45°.
 - e. Melipat bagian lain yang tersisa dengan rapi dan memasukkannya ke bagian bawah kasur.
11. Melakukan hal yang sama (langkah no. 10a s.d 10e) pada laken di bagian kaki.
12. Membuka lipatan perlak dan stik laken ke arah perawat berdiri, kemudian melipat bagian yang menuntai ke lantai ke bawah kasur. Melakukan dengan rapi sehingga tidak ada kerutan di atasnya.
13. Memasang kembar penghalang tempat tidur dan kemudian pindah ke sisi yang lain. Menuntai klien untuk terdapat di atas kasur dengan menggunakan kembar penghalang.
14. Membantu klien bergeser dan memiringkan klien ke sisi lain dimana alat tenun telah dipasang.
15. Melepaskan/mengangkat sisi lipatan laken kotor yang masih berada di bawah kasur.
16. Menggulung sisa lipatan laken kotor dengan permukaan yang kotor berada di sebelah dalam. Kemudian masukkan ke dalam tempat laken kotor. Perhatikan, pisahkan laken kotor yang kering dan laken kotor yang terkontaminasi oleh cairan tubuh klien.
17. Membuka lipatan alat tenun yang bersih dari ujung kepala ke kaki dan lakukan prosedur yang sama seperti pada sisi sebelumnya (langkah no. 9a).
18. Membentuk sudut laken pada bagian kepala dan kaki (seperti pada langkah no. 10a s.d 10e).
19. Membuka lipatan perlak dan stik laken (seperti pada langkah no.12).
20. Membantu klien bergeser ke posisi mendatar.
21. Memasang selimut pada dada klien. Memberitahu klien untuk memegang ujung lipatan sebelah atas. Perawat memegang ujung lipatan yang lainnya bersamaan dengan memegang ujung-ujung selimut yang kotor. Kemudian perawat menarik lipatan selimut ke arah kaki dan klien menahan pegangan pada ujung selimut.
22. Memasukkan sisi selimut yang terdapat pada bagian kaki ke bawah kasur.
23. Memasang kembar penghalang tempat tidur.
24. Mengganti sarung bantal, memasukkan sarung bantal kotor ke dalam bak alat tenun kotor. Memasang sarung yang bersih.
25. Mengangkat kepala klien dan meletakkan bantal di bawahnya.
26. Mengembalikan klien ke posisi seperti semula dan membuka urai atau pintu.
27. Merapikan alat dan mengembalikan alat-alat pada tempatnya.
28. Melepaskan sarung tangan dan mencuci tangan.

H. Evaluasi

1. Klien menyatakan rasa nyaman setelah linen diganti atau tidak.
2. Klien mengalami periode tidur yang lebih lama (3 jam) atau tidak setelah linen diganti.

I. Dokumentasi

1. Linen tempat tidur diganti,
2. Status klien (rencana operasi, pulang, atau bed rest di tempat tidur).

3.2 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MEMANDIKAN KLIEN DI TEMPAT TIDUR

A. Definisi

Membersihkan seluruh tubuh klien yang terbaring di atas tempat tidur.

B. Tujuan

1. Menghilangkan minyak, keringat, sel-sel mati dan bakteri.
2. Menghilangkan bau badan yang berlebihan.
3. Menstimulasi sirkulasi atau peredaran darah.
4. Meningkatkan relaksasi dan perasaan kenyamanan pada klien.
5. Meningkatkan rentang gerak klien.
6. Memberikan kesempatan pada perawat untuk mengkaji kondisi kulit klien.

C. Persiapan Alat

Trolley yang berisi:

1. 2 buah handuk mandi,
2. 1 buah handuk muka,
3. 2 buah waslap,
4. 2 buah waskom untuk air mandi,
5. 1 buah waskom untuk rendam jari,
6. Sabun mandi,
7. Selimut mandi,
8. Air hangat,
9. Lotion, bedak, sisir dan deodorant,
10. Pakaian yang bersih,
11. Alat linen tambahan,
12. Urinal/Pispot/Bedpan,
13. Sarung tangan bersih,
14. Tempat linen dan pakaian kotor.

D. Pengkajian

1. Memeriksa status/catatan klien tentang adanya hal-hal khusus yang berkenaan dengan pergerakan klien,
2. Mengkaji kemampuan fisik klien,
3. Adanya luka atau drain pembedahan, dan
4. Alergi klien tentang jenis sabun tertentu.

E. Perencanaan

Persiapkan semua alat sesuai kebutuhan.

F. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas klien.
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan mandi pada klien.
3. Mempersiapkan alat-alat dan mengatur posisinya di samping tempat tidur, memindahkan peralatan yang tidak diperlukan.
4. Menutup pintu/tirai dan jendela untuk mencegah angin yang berlebihan dan menjaga privacy klien.
5. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan.
6. Menawarkan pispot atau urinal pada klien.
7. Menurunkan penghalang tempat tidur klien pada tempat perawat berdiri. Memindahkan alat yang tidak diperlukan dari tempat tidur dan meletakkannya pada kursi disamping tempat tidur.

8. Mengatur tinggi tempat tidur dan membantu klien pada posisi berbaring yang nyaman.
9. Membantu klien bergeser ke posisi dekat perawat.
10. Mengangkat selimut dan mengganti selimut mandi. Bila selimut akan digunakan kembali, letakkan selimut di atas kursi atau letakkan di sisi lain dari tempat tidur yang tidak mengganggu. Bila tidak akan digunakan kembali, letakkan pada keranjang kotor.
11. Mengatur posisi baring klien yaitu memiringkan klien ke arah yang berlawanan dengan posisi perawat.
12. Melepaskan pakaian klien dan tutupi dengan selimut mandi. Bila ekstremitas luka, memulai pelepasan pakaian dari bagian yang tidak luka. Bila klien memakai infus, lepaskan pakaian klien dari sisi lengan yang tidak terpasang infus terlebih dahulu, kemudian menurunkan tabung infus melalui lubang lengan pakaian klien. Setelah selesai pasang kembali tabung infus dan periksa kecepatan alirannya.
13. Bila mungkin, mengangkat bantal dan menaikkan bagian kepala dari tempat tidur setinggi 30°, meletakkan handuk mandi di bawah kepala klien.
14. Meletakkan handuk untuk wajah di atas dada klien.
15. Dengan memakai waslap basah, bersihkan mata klien tanpa sabun, gunakan bagian yang berbeda untuk masing-masing mata. Mengusapkan waslap dari kantung sebelah dalam ke arah bagian luar.
16. Menanyakan pada klien apakah dia ingin menggunakan sabun pada wajahnya. Bersihkan area wajah, telinga dan leher dengan baik, bilas kemudian keringkan dengan handuk wajah.
17. Meletakkan handuk mandi arah memancing di bawah lengan klien. Membersihkan lengan dengan sabun dan air, menggunakan usapan yang panjang dan tegas dari daerah distal ke proksimal (lakukan pada lengan yang terjahat terlebih dahulu).
18. Mengantarkan klien untuk menaikkan dan menahan lengan ke arah atas kepala saat membersihkan aksila. Keringkan dengan baik. Berikan deodorant dan lotion jika klien menggunakan.
19. Memusutkan tangan klien ke dalam waskom. Merendam 3-5 menit, membersihkan kuku dan mengeringkan daerah perlekatan kuku.
20. Mengulangi langkah no. 18 s.d 20 untuk lengan yang lainnya.
21. Menutupi dada klien dengan handuk dan melipat selimut mandi sampai ke bawah umbilikus klien.
22. Dengan satu tangan mengangkat ujung handuk, tangan yang tersarang waslap membersihkan dada dengan usapan yang memancing dan tegas. Berikan perhatian khusus pada lipatan kulit di bawah payudara (klien wanita), angkat payudara bila perlu. Bilas dengan waslap yang dibasahi air bersih, kemudian keringkan dengan baik.
23. Dengan posisi handuk memanjang, lipat selimut mandi ke arah pubis.
24. Dengan satu tangan mengangkat ujung handuk, tangan yang tersarang waslap membersihkan perut. Berikan perhatian khusus untuk membersihkan umbilikus dan lipatan-lipatan pada kulit. Jaga agar perut tetap dalam kondisi tertutup selama pembersihan. Bilas dengan waslap yang dibasahi air bersih, kemudian keringkan dengan baik.
25. Tutupi bagian dada dan abdomen dengan selimut mandi. Membuka kaki yang terjahat dari perawat, lipat selimut mandi ke arah tengah menutupi perineum.
26. Menekuk lutut klien dengan meletakkan tangan di bawah lutut dan letakkan handuk secara memancing di bawah kaki. Tutupi bagian paha sampai lutut pada tungkai yang akan dibersihkan tersebut dengan handuk lainnya.
27. Meletakkan waskom di atas handuk di tempat tidur dekat dengan kaki yang dibersihkan.
28. Dengan tangan memegang lutut, angkat dan letakkan kaki ke dalam waskom untuk merendam jari-jari kaki selama 3-5 menit.
29. Sementara jari-jari kaki direndam, bersihkan tungkai dengan menggunakan usapan memancing lembut dan tegas dari tumit ke lutut. Dengan satu tangan mengangkat ujung handuk, tangan yang tersarang waslap membersihkan bagian lutut ke paha. Bilas dengan waslap yang dibasahi air bersih, kemudian keringkan dengan baik.
30. Angkat waskom, bersihkan kala bagian bawah, cuci sela-sela jari, memotong kuku bila perlu. Keringkan dengan baik dan bila kulit kering berikan pelembab/lotion.
31. Mengulangi langkah no. 26 s.d 31 untuk tungkai yang lain.
32. Menutupi klien dengan selimut mandi dan mengganti air mandi.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

33. Membantu klien untuk miring atau tengkurap untuk membersihkan punggung dan bokong. Letakkan handuk sepanjang sisi klien.
34. Membersihkan dan mengeringkan punggung dari leher ke bokong dengan usapan memanjang dan tegas. Berikan perhatian khusus pada lipatan di daerah bokong dan anus. Bilas dengan waslap yang dibasahi air bersih, kemudian keringkan dengan baik.
35. Mengganti air dan waslap.
36. Bantu klien untuk posisi terlentang. Menawarkan pada klien apakah akan membersihkan perineumnya sendiri atau dibantu. Jika klien membersihkan sendiri, tanyakan apakah klien akan membersihkan di kamar mandi atau di tempat tidur.
37. Jika ya dan klien tidak bisa ke kamar mandi, tutupi dada dan ekstremitas atas dengan handuk dan ekstremitas bawah sampai ke atas pubis dengan selimut mandi (untuk mempermudah membuka daerah genitalia). Letakkan handuk dibawah bokong klien. Siapkan waslap untuk klien membersihkan genitalianya. Bilas sampai klien merasa benar-benar bersih, kemudian keringkan dengan baik.
38. Jika tidak, dengan kondisi yang sama seperti pada langkah no. 38, bersihkan genitalia klien hingga bersih dan keringkan dengan baik.
39. Memberikan body lotion untuk melembabkan kulit jika diinginkan.
40. Membantu klien berpakaian.
41. Menyisir rambut klien dengan dialasi handuk.
42. Merapikan tempat tidur klien.
43. Merapikan ruangan kembali, membuka tirai, pintu dan atau jendela.
44. Membersihkan dan mengembalikan alat-alat pada tempat semula.
45. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan.
46. Melaporkan dan mencatat pada status klien penemuan-penemuan penting atau data abnormal.

G. Evaluasi

Klien merasa lebih nyaman atau tidak setelah mandi

H. Dokumentasi

1. Nama perawat pelaksana,
2. Waktu pelaksanaan,
3. Temuan abnormalitas lainnya.

3.3 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL SHAMPOOING

A. Definisi

Membersihkan rambut dengan shampoo pada klien yang terbaring di tempat tidur.

B. Tujuan

1. Menghilangkan minyak dan keringat pada rambut,
2. Meningkatkan relaksasi dan perasaan kenyamanan pada klien,
3. Memperbaiki penampilan dan harga diri,
4. Menstimulus sirkulasi ke kulit kepala, dan
5. Memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengkaji kondisi kulit kepala klien.

C. Persiapan Alat

Trolley yang berisi:

1. 2 buah handuk mandi,
2. 2 buah waslap,
3. 2 buah ember (untuk tempat air bersih dan tempat menampung bilasan),
4. 1 buah perlak panjang,
5. 1 buah perlak kecil,
6. Selimut mandi,
7. Shampoo beserta *conditionernya*,

8. Air hangat.
9. Sisir atau sikat rambut bersih.
10. Kompartemen berisi kapas.
11. Sarung tangan bersih.
12. Bungkuk, dan
13. 1 buah waskom atau ember (untuk tempat perlak kotor).

D. Pengkajian

1. Kebutuhan atau keinginan klien mencuci rambutnya atau keramas.
2. Pengetahuan klien mengenai prosedur keramas di tempat tidur.
3. Status neurologis, misal ada peningkatan tekanan intrakranial atau kontraindikasi lain yang berhubungan dengan kepala.
4. Kemampuan klien untuk menoleransi posisi telungkup atau berbaring miring.
5. Alergi klien terhadap kandungan *shampoo* dan
6. Memeriksa status/catatan klien yang berkenaan dengan kemungkinan risiko adanya kontraindikasi terhadap tindakan keramas dan mobilitasi.

E. Diagnosa Keperawatan

Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pembentukan debris rambut yang berlebihan dan ketidakadekuatan sirkulasi di area kulit kepala.

F. Perencanaan

1. Persiapkan semua peralatan yang dibutuhkan.
2. Kontrak waktu yang tepat dengan pasien.

G. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas.
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien.
3. Mempersiapkan alat-alat dan mengatur posisinya di samping tempat tidur.
4. Menutup pintu/ruang dan jendela untuk menjaga privacy klien.
5. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan.
6. Menurunkan penghalang tempat tidur klien pada tempat perawat berdiri. Mengatur posisi piring klien se nyaman mungkin.
7. Gandu selimut klien dengan selimut mandi dan letakkan selimut klien pada sisi tempat tidur klien yang lain atau di atas kursi. Memasang perlak kecil di atas bantal klien, kemudian handuk di atas perlak tersebut dengan posisi melebar. Letakkan handuk lain di sepanjang dada klien.
8. Letakkan perlak panjang di atas handuk dan di bawah kepala klien dengan terdibin dahulu menggingung bagian ujung dan tepi perlak (jingga menyerupai talang air). Ujung lain dari perlak dimasukkan ke dalam ember penampung. Perhatikan kenyamanan klien.
9. Tutup lubang telinga dengan kapas yang cukup tebal.
10. Dekatkan ember berisi air hangat. Periksa suhu dengan telapak tangan.
11. Basahi rambut sampai semua belahnya benar-benar terbasahi secara merata. Letakkan shampoo secukupnya pada telapak tangan dan basahi dengan sedikit air. Usapkan shampoo tersebut pada bagian kepala, gosok-gosok bagian kepala, angkat sedikit kepala untuk meratakan shampoo ke bagian belakang kepala klien. Bila kesulitan ambil waslap dan basahi dengan air, beri sedikit shampoo dan ratakan, kemudian usapkan ke bagian belakang kepala klien dengan menggunakan waslap tersebut. Lakukan masase kulit kepala dengan menggunakan ujung-ujung jari. Perhatikan kenyamanan dan kondisi klien selama tindakan berlangsung.
12. Bilas rambut dengan air bersih sampai bersih. Untuk bagian belakang kepala bisa dibersihkan dengan menggunakan waslap yang dibasahi air.
13. Bila perlu ulangi prosedur no. 12 s.d 13.
14. Bila sudah selesai, angkat perlak dari bawah kepala klien (letakkan pada ember atau waskom untuk perlak basah), kemudian tutup kepala dengan handuk. Ambil bantal kapas di tengah, duang ke bungkuk. Kerucutkan wajah, leher, bahu dan rambut.
15. Setelah kering, dengan dialasi handuk sisir rambut klien secara perlahan sampai benar-benar tersisir rapi.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

16. Merapikan klien dan tempat tidur klien.
17. Merapikan ruangan kembali, membuka tirai, pintu dan atau jendela.
18. Membersihkan dan mengembalikan alat-alat pada tempat semula.
19. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan.
20. Evaluasi dan dokumentasi.

H. Evaluasi

1. Klien menyatakan peningkatan rasa nyaman atau tidak setelah keramas,
2. Kulit kepala terasa hangat tidak, dengan waktu pengisian ulang kapiler cepat dan tidak ada iritasi.

I. Dokumentasi

1. Waktu pelaksanaan keramas,
2. Respon klien terhadap prosedur,
3. Kondisi rambut dan kulit kepala,
4. Semua temuan yang diperoleh pada saat tindakan.

3.4 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL ORAL HYGIENE

A. Definisi

Membersihkan gigi dan mulut secara menyeluruh pada klien yang terbaring di atas tempat tidur.

B. Tujuan

1. Menghilangkan kotoran (sisa-sisa makanan) dan bakteri dari gigi dan mulut klien.
2. Menghilangkan bau mulut yang berlebihan.
3. Meningkatkan relaksasi dan perasaan kenyamanan pada klien.
4. Meningkatkan nafsu makan klien.
5. Menghindarkan klien dari infeksi mulut (pada klien paska bedah mulut dan pada klien yang terpasang alat-alat medis).
6. Memberikan kesempatan pada perawat untuk mengkaji kondisi gigi dan rongga mulut klien.

C. Persiapan Alat

Trolley yang berisi:

1. 1 buah handuk mandi,
2. 1 buah gelas berisi air bersih atau air matang (boleh lebih),
3. 1 buah sedotan (bila diperlukan),
4. 1 buah sikat gigi,
5. Pasta gigi,
6. 1 buah kom kumur atau bengkok,
7. 1 buah perlak, dan
8. Sarung tangan (bila diperlukan).

D. Pengkajian

1. Keinginan dan kebutuhan klien akan perawatan mulut,
2. Memeriksa status/catatan klien tentang adanya hal-hal khusus yang berkenaan dengan kondisi gigi dan mulut klien,
3. Kebiasaan klien (metode dan frekuensi) untuk *oral hygiene*,
4. Pengetahuan klien tentang tujuan dan prosedur,
5. Penggunaan gigi palsu,
6. Keadaan dan kemampuan klien untuk memahami dan mengikuti instruksi,
7. Keadaan palatum, bagian dasar mulut, tenggorokan, pipi, lidah, gusi, dan gigi klien.

E. Diagnosa Keperawatan

1. Kerusakan membrane mukosa oral berhubungan dengan pembersihan mulut tidak adekuat,
2. Kerusakan gigi berhubungan dengan kurang pengetahuan mengenai kesehatan gigi.

F. Perencanaan

1. Siapkan semua peralatan yang dibutuhkan,
2. Kontrak waktu yang tepat dengan pasien.

G. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas klien
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan membersihkan gigi dan mulut pada klien
3. Mempersiapkan alat-alat dan mengatur posisinya di samping tempat tidur, memindahkan peralatan yang tidak diperlukan.
4. Menutup pintu/urai dan jendela untuk menjaga *privacy* klien.
5. Mencuci tangan dan memasang sarung tangan
6. Menurunkan penghalang tempat tidur klien pada tempat perawat berdiri. Memindahkan alat yang tidak diperlukan dari tempat tidur dan meletakkannya pada kursi disamping tempat tidur.
7. Mengatur tinggi tempat tidur dan membantu klien pada posisi berbaring yang nyaman.
8. Membantu klien bergeser ke posisi dekat perawat. Apabila pasien mampu untuk duduk, anjurkan klien untuk duduk.
9. Apabila pasien tidak mampu duduk, letakkan perlek di atas bantal dengan ujung perlek ditata lebih panjang pada posisi yang dekat dengan perawat dan alat.
10. Memasang handuk di atas dada klien dan meletakkan kom kumur atau bengkok disamping klien (diatas perlek)
11. Anjurkan klien untuk berkumur, bila tidak mampu berkumur langsung dari gelas gunakan sedotan
12. Anjurkan klien untuk membuang air kumur tadi ke bengkok atau kom kumur, bila klien tidak mampu menjangkarkannya dekatkan bengkok tersebut ke dekat mulut klien
13. Bila klien mampu untuk menggosok gigi sendiri, berikan sikat gigi yang sudah dibersihkan gigi secara umum!
 - a. Anjurkan klien untuk menggosok gigi diawali dari bagian depan, ke samping kiri atas dan bawah kemudian kanan atas dan bawah (atau sebaliknya), lanjutkan ke bagian dalam atas kanan dan kiri kemudian bagian bawah kanan dan kiri. Selama prosedur ini berlangsung, perhatikan kondisi klien!
 - b. Kumur dengan air bersih atau matang. Buang ke dalam bengkok.
 - c. Bila klien menginginkan atau dirasa perlu ulangi prosedur (a) sekali lagi dan lanjutkan dengan prosedur (b).
 - d. Setelah bersih, keringkan daerah mulut dan sekitarnya dengan handuk
14. Bila klien tidak mampu untuk menggosok gigi sendiri, bantu klien (seperti pada langkah 13.b-e) dengan *hau-hau*!
15. Membersihkan dan mengembalikan alat-alat pada tempat semula.
16. Merapikan ruangan kembali, membuka tirai, pintu dan atau jendela
17. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan
18. Evaluasi dan dokumentasi

H. Evaluasi

1. Asupan oral meningkat 10% sampai 50% atau tidak.
2. Membrane mukosa dan bibir atuh atau tidak
3. Rongga mulut dan gigi bersih atau tidak.

I. Dokumentasi

1. Tindakan perawatan yang dilakukan,
2. Respon klien terhadap prosedur,
3. Kondisi rongga mulut dan bibir

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

3.5 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN KUKU

A. Definisi

Melakukan cara perawatan kuku dengan cara merendam dan membersihkan kuku klien.

B. Tujuan

1. Kuku bersih dan permukaan kulit kaki utuh dan lembut.
2. Meningkatkan relaksasi dan perasaan kenyamanan pada klien.
3. Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien tentang metode perawatan kuku dengan benar.

C. Persiapan Alat

Trolley yang berisi:

1. 1 buah handuk,
2. 1 buah waslap,
3. 1 buah waskom,
4. Bengkok,
5. Pemotong kuku,
6. Papan penghalus/kikir kuku,
7. Air hangat,
8. Perlak kecil,
9. Sarung tangan bersih, dan
10. *Lotion*.

D. Pengkajian

1. Keinginan dan kebutuhan klien akan perawatan kuku,
2. Memeriksa status/catatan klien tentang adanya hal-hal khusus yang berkenaan dengan kondisi kuku (kaki dan tangan),
3. Kebiasaan klien (metode dan frekuensi) untuk melakukan perawatan kuku,
4. Pengetahuan klien tentang tujuan dan prosedur,
5. Penggunaan warna tambahan pada kuku,
6. Keadaan jari kaki dan tangan klien.

E. Perencanaan

1. Persiapkan semua peralatan yang dibutuhkan,
2. Kontrak waktu yang tepat dengan pasien.

F. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas klien.
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien.
3. Mempersiapkan alat-alat dan mengatur posisinya di samping tempat tidur.
4. Menutup pintu/tirai dan jendela untuk menjaga *privacy* klien.
5. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan (bila perlu).
6. Menurunkan penghalang tempat tidur klien pada tempat perawat berdiri. Mengatur posisi baring klien nyaman mungkin (bila klien bisa duduk berikan posisi duduk yang nyaman).
7. Memasang handuk di atas paha klien dan di atas handuk dipasang perlak. Letakkan waskom berisi air hangat di atas perlak.
8. Anjurkan klien untuk memasukkan jemari tangannya (tangan kanan dan kiri sekaligus) dan rendam selama \pm 3-5 menit. Bersihkan kuku jari tangan dengan lembut.
9. Angkat jari tangan dari rendaman dan letakkan di atas handuk. Angkat waskom dan perlak dari atas handuk. Keringkan jari tangan dengan handuk.
10. Setelah kering, angkat handuk dan pasang kembali perlak di atas paha klien dan letakkan bengkok di atas perlak.

11. Dengan pemotong kuku, potong kuku lurus memanjang, tampung potongan kuku tersebut ke dalam bungkuk. Bentuk kuku dengan papan penghalus/kikir. Lakukan tindakan pemotongan kuku ini pada kuku kedua tangan secara bergantian. Bila telah selesai angkat bungkuk dan perlak.
12. Bersihkan dengan lembut bagian dalam kuku jari tangan dengan waslap basah, keringkan dengan handuk.
13. Beri lotion bila kulit klien tampak kering dan apabila klien suka.
14. Ganti air hangat dan bila klien mampu untuk duduk, dekatkan kursi ke samping tempat tidur klien dan letakkan waskom yang sudah berisi air hangat yang para di atas kursi tersebut. Kemudian arjukkan klien untuk memasukkan kedua kakinya. Rendam jari kaki selama ± 5-10 menit. Selama perendaman berlangsung, bentangkan handuk di atas tempat tidur (di sisi yang paling dekat dengan tempat perendaman).
15. Bila klien tidak mampu untuk duduk, prosedur no. 13 dapat dilakukan dalam keadaan klien berbaring dalam posisi terlentang dengan kedua tungkai ditekuk. Terlebih dahulu membentangkan handuk di atas kasur, perlak diletakkan di atas handuk. Letakkan waskom di atas perlak, kemudian rendam jari kaki klien selama ± 5-10 menit. Tetap perhatikan kenyamanan klien.
16. Angkat jari kaki dari rendaman dan keringkan dengan handuk. Angkat singkirkan waskom dan perlak.
17. Lakukan prosedur sama seperti pada no. 10 s.d 13.
18. Merapikan klien dan tempat tidur klien.
19. Merapikan ruangan kembali, membuka tirai, pintu dan atau jendela.
20. Membersihkan dan mengembalikan alat-alat pada tempat semula.
21. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan.
22. Evaluasi dan dokumentasi

G. Evaluasi

1. Klien merasa lebih nyaman dan tidak seret/dibutuhkan perawatan kuku, dan
2. Nails/kuku dan bedak/kulitnya dalam keadaan baik.

H. Dokumentasi

1. Waktu pelaksanaan perawatan kuku
2. Respon klien terhadap prosedur, dan
3. Semua temuan yang diperoleh pada saat tindakan.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

3.6 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN PERINEAL

A. Definisi

Membersihkan daerah genitalia wanita bagian luar (vulva) atau genitalia pria bagian luar (penis dan skrotum) dengan menggunakan cairan anti septik.

B. Tujuan

1. Memberikan rasa nyaman.
2. Mencegah terjadinya infeksi dan mengontrol penyebaran infeksi daerah genitalia klien.
3. Mencegah kerusakan kulit dan
4. Mempertahankan kebersihan

C. Indikasi

1. Kulit setiap pagi & sore hari pada Ibu post partum
2. Pasien yang mengalami luka pada vulva & perineum
3. Sebelum pemasangan kateter
4. Sebelum pengambilan spesimen urine
5. Pasien yang memakai kateter tetap
6. Sewaktu waktu bila diperlukan

D. Persiapan Alat

1. Mangkuk / kom steril
2. Baskom cucu

3. Selimut mandi atau handuk mandi waslap sekali pakai atau biasa
4. Sabun
5. Kapas steril
6. Larutan savlon 1 %
7. Pinset steril
8. Alas bokong atau perlak
9. Sarung tangan
10. Bengkok

E. Pengkajian

Ada tanda-tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, functio laesa), nyeri, warna, bentuk, kelainan luka, lendir.

F. Diagnosa

1. Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat, trauma jaringan.
2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kurangnya pengetahuan

G. Implementasi

a. Pada wanita:

1. Menjelaskan pada pasien tentang maksud dan tujuan tindakan.
2. Menutup pinur, jendela dan korden untuk menjaga *privacy* klien.
3. Alat-alat didekatkan ke pasien.
4. Setelah mencuci tangan bantu klien melepaskan pakaian bawah dan memasang alas bokong atau perlak
5. Berikan posisi dorsal recumbent (observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital pada post partum)
6. Letakkan dengkok diantara ke dua kaki
7. Perawat memakai sarung tangan
8. Ambil kapas steril 5 buah dg menggunakan pinset kemudian letakkan ke alam kom yang berisi larutan savlon 1 %, tangan kanan memegang kapas sedangkan tangan kiri membuka labia mayora kemudian bersihkan vulva dengan cara:
 - a. Dimulai dari labia mayora kanan, labia mayora kiri, labia minora kanan, labia minora kiri kemudian vestibulum.
 - b. Satu kapas untuk satu kaki usapan, kapas yang kotor diletakkan dalam dengkok
 - c. Arah usapan adalah dari atas ke bawah bila perlu gunakan kapas baru dengan mengganti kapas menggunakan pinset.
9. Pakaian klien dipakaikan kembali.
- 10 Sarung tangan dilepas dan diletakkan dalam bengkok.
11. Alat-alat dibersihkan.
12. Kemudian mencuci tangan

b. Pada Pria:

1. Menjelaskan pada klien tentang tujuan tindakan.
2. Menutup pinur, jendela atau korden untuk menjaga *privacy* klien
3. Dekatkan alat-alat ke klien kemudian mencuci tangan.
4. Lepas selimut dan lipat ke arah kaki tempat tidur.
5. Melepaskan pakaian bawah klien lalu gunakan sarung tangan
6. Memasang perlak dibawah bokong klien.
7. Basahi waslap dan beri sedikit sabun kemudian bersihkan genitalia dengan waslap lembab mulai dari bagian meatus dan basuh dengan gerakan memutar ke arah penis, arah pembersihan mulai dari daerah yang paling sedikit terkontaminasi ke daerah paling banyak terkontaminasi untuk mencegah mikroorganisme masuk ke uretra.
8. Bersihkan scrotum dan perineum



Gambar 11. Posisi dorsal recumbent.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

9. Bilas dengan waslap tanpa sabun sampai bersih kemudian keringkan dengan handuk
10. Lepaskan sarung tangan dan letakkan dalam bungkuk
11. Kenakan pakaian bawah pasien dan berikan posisi yg nyaman
12. Menbereskan alat-alat
13. Lalu mencuci tangan

H. Evaluasi

Klien merasa lebih nyaman atau tidak setelah dilakukan perawatan perineal

I. Dokumentasi

1. Waktu pelaksanaan perawatan perineal
2. Respon klien terhadap prosedur, dan
3. Semua terman yang diperoleh pada saat tindakan.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

4.1 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN DEKUBITUS

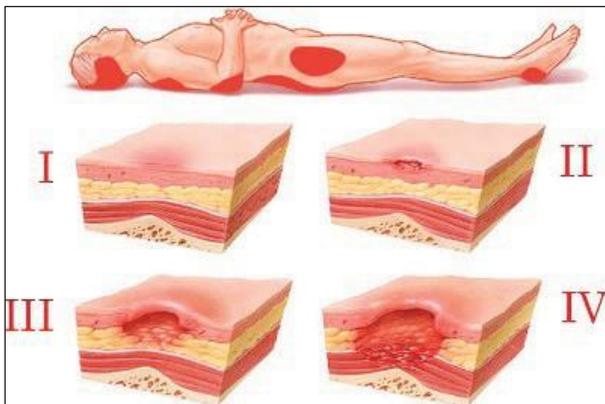
A. Definisi

Tindakan keperawatan untuk mempertahankan intake kulit. Dekubitus adalah kerusakan/kematian kulit sampai jaringan dibawah kulit, bahkan menembus otot sampai mengenai tulang akibat adanya penekanan pada suatu area secara terus menerus sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi darah setempat.

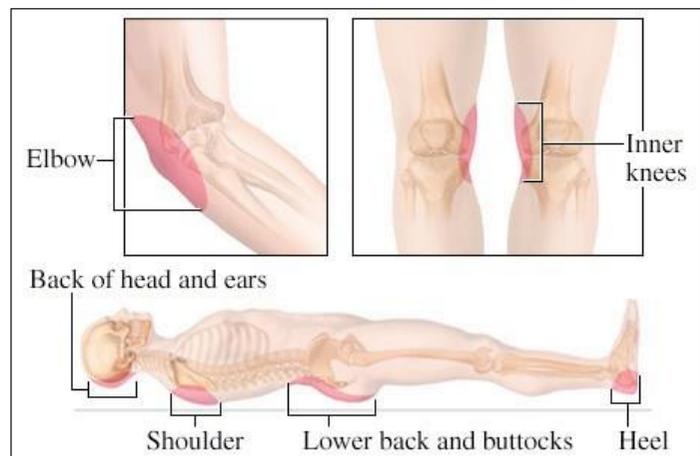
Karakteristik penampilan klinis dari dekubitus dapat dibagi sebagai berikut:

Tabel 3 Karakteristik penampilan klinis dari dekubitus.

Derajat I	Reaksi peradangan masih terbatas pada epidermis, tampak sebagai daerah kemerahan/eritema indurasi atau lecet.
Derajat II	Reaksi yang lebih dalam lagi sampai mencapai seluruh dermis hingga lapisan lemak subkutan, tampak sebagai ulkus yang dangkal, dengan tepi yang jelas dan perubahan warna pigmen kulit.
Derajat III	Ulkus menjadi lebih dalam, meliputi jaringan lemak subkutan dan menggaung, berbatasan dengan fascia dari otot-otot. Sudah mulai didapat infeksi dengan jaringan nekrotik yang berbau.
Derajat IV	Perluasan ulkus menembus otot, hingga tampak tulang di dasar ulkus yang dapat mengakibatkan infeksi pada tulang atau sendi.



Gambar 12. Derajat luka dekubitus.



Gambar 13. Area dengan risiko dekubitus yang tinggi.

B. Tujuan

1. Mencegah infeksi dari masuknya mikroorganisme ke dalam kulit membrane mukosa.
2. Mencegah bertambahnya kerusakan jaringan.
3. Mempercepat penyembuhan.
4. Membersihkan luka dari benda asing atau debris.
5. Drainase untuk memudahkan pengeluaran eksudat.
6. Mencegah penyebaran luka.
7. Mencegah pendarahan.
8. Mencegah eksoriasi sekitar kulit drain.

C. Indikasi

1. Pasien koma.
2. Pasien dengan tirah baring lama atau imobilisasi.

D. Persiapan Alat

Trolley yang berisi:

- a. Alat Steril, meliputi:
 1. 1 pasang sarung tangan steril,
 2. Korentang,
 3. 2 buah pinset anatomis,
 4. 1 buah pinset chirurgis,
 5. 1 buah gunting lurus,
 6. 1 buah gunting AJ,
 7. 3 buah cacing,
 8. Lidi kapas (bila diperlukan),
 9. Kasa steril, dan
 10. Kapas
- b. Alat Tidak Steril, meliputi:
 1. 1 pasang sarung tangan bersih,
 2. Larutan desinfektan dalam tempatnya,
 3. NaCl 0,9% (PZ),
 4. Larutan sabun,
 5. Alkohol 70%,
 6. Obat tabur atau salep untuk luka (sesuai dengan hasil kultur),
 7. Gunting palatan,
 8. Plester atau perban,
 9. Gunting plester
 10. PFI
 11. Bengkok,
 12. Tempat sampah infeksius, dan
 13. 2 buah ember (kon) berisi larutan klorin 0,5%.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

E. Pengkajian

1. Jenis dan lokasi luka
2. Warna, lebar, dan kondisi luka.
3. Larutan pengirigasi/jenis obat yang ditambahkan, dan
4. Status nyeri dan waktu terakhir pemberian obat nyeri

F. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan integritas kulit berhubungan dengan buruknya sirkulasi.
2. Risiko infeksi berhubungan dengan insisi terbuka pada tubuh klien.

G. Perencanaan

1. Cuci tangan.
2. Siapkan alat dan pengobatan/cara disinfektan sesuai kebutuhan

H. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas klien
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan perawatan luka pada klien dan keluarga.
3. Memeriksa alat-alat dan mengatur posisinya di samping tempat tidur, memindahkan peralatan yang tidak diperlukan.
4. Menjaga privacy klien dengan menutup pintu/tirai dan jendela.
5. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan bersih.
6. Membuka set rawat luka steril.
 - a. Mempersiapkan peralatan, kasa dan cara disinfektan sesuai kebutuhan.
 - b. Pertahankan kesterilan

7. Memposisikan area luka untuk mempermudah perawatan.
 - a. Memasang perlas dan dekatkan bengkok
 - b. Membuka perban luka yang lama secara hati-hati dengan pinset anatomis (ambil pinset dengan menggunakan korentang). Bila luka kering dan lengket dengan perban, guyur terlebih dahulu balutan luka tersebut dengan larutan PZ.
 - c. Setelah selesai, buang balutan luka kotor pada tempat sampah infeksius.
 - d. Letakkan kembali bengkok di dekat area luka klien dan lepaskan sarung tangan
 - e. Observasi kondisi luka.
8. Pada luka dekubitus yang akut
 - a. Ganti sarung tangan dengan yang steril.
 - b. Gunakan pinset atau tangan kanan dan bersihkan area 5 x 5 cm dari luka akut dengan kasa dan larutan sabun cair. Buang kasa kotor pada bengkok.

Note:

 - Saat membersihkan dengan larutan sabun, larutan tidak boleh mengenai area luka.
 - Pinset/tangan yang sudah ke pasien tidak boleh dipergunakan untuk mengambil kasa steril.
 - c. Bersihkan luka dengan menggunakan kasa PZ dengan metode swab. Buang kasa kotor pada bengkok.
 - d. Bila instruksi Dokter, angkat jahitan, lakukan dengan gunting Al.
 - e. Ulangi bersihkan luka dengan menggunakan kasa PZ dengan pinset dari arah dalam ke luar. Buang kasa kotor pada bengkok.
 - f. Luka dikeringkan dengan kasa kering dari arah dalam ke luar.
 - g. Pada luka yang ditutup dengan plester, bersihkan bekas plester dengan menggunakan kasa alkohol.
 - h. Luka diberi obat sesuai dengan advis Dokter dan ditutup dengan kasa steril (*Primary Dressing*).
 - i. Perhatikan kesterilan dalam melakukan tindakan.
 - j. Balutan ditutup dengan plester atau perban.
9. Pada luka dekubitus yang sudah kronis
 - a. Ganti sarung tangan dengan yang steril.
 - b. Gunakan pinset atau tangan kanan dan bersihkan area luka dengan kasa dan larutan sabun cair. Buang kasa kotor pada bengkok.

Note:

 - Saat membersihkan dengan larutan sabun, larutan boleh mengenai area luka.
 - Pinset/tangan yang sudah ke pasien tidak boleh dipergunakan untuk mengambil kasa steril.
 - c. Bersihkan luka dengan menggunakan kasa PZ sampai benar-benar bersih. Buang kasa kotor pada bengkok.
 - d. Luka dikeringkan dengan kasa kering dari arah dalam ke luar.
 - e. Pada luka yang ditutup dengan plester, bersihkan bekas plester dengan menggunakan kasa alkohol.
 - f. Luka diberi obat sesuai dengan advis Dokter dan ditutup dengan kasa steril (*Primary Dressing*).
 - g. Perhatikan kesterilan dalam melakukan tindakan.
 - h. Balutan ditutup dengan plester atau perban.
10. Membersihkan semua peralatan.

Note:

 - Rendam alat-alat dalam larutan clorin 0,5%.
11. Melepaskan sarung tangan dan mencuci tangan.
12. Merapikan klien dan tempat tidur klien. Membebaskan posisi yang nyaman.
13. Merapikan ruangan kembali, membuka tirai, pinur dan atau jendela.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

I. Evaluasi

Perdapat kerusakan integritas kulit atau tidak terdapat kerusakan integritas kulit pada klien akibat infeksi luka.

J. Dokumentasi

1. Lokasi, penampakan, dan jenis luka atau insisi.
2. Status balutan sebelumnya.
3. Larutan dan obat yang diberikan terhadap luka, dan
4. Penyuluhan yang diberikan kepada klien.

5.1 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL SUCTIONING ENDOTRACHEAL PADA KLIEN

A. Definisi

Suctioning Endotracheal adalah teknik menghisap sekret melalui pipa endotrakeal atau trakeostomi dengan menggunakan mesin penghisap.

B. Tujuan

1. Mempertahankan jalan napas terbuka untuk membantu pernapasan dan mempertahankan *continuous positive airway pressure*, dan
2. Memfasilitasi pembersihan sekret.

C. Indikasi

1. Klien tidak sadar,.
2. Klien dengan penurunan reflek batuk,
3. Klien dengan pemakaian ETT (*Endo Tracheal Tube*) dan ventilator,
4. Klien dengan pemakaian ETT (*Endo Tracheal Tube*) *post weaning* ventilator,
5. Klien dengan pemakaian *tracheostomy* dan ventilator, dan
6. Klien dengan pemakaian *tracheostomy post weaning* ventilator.

D. Kontraindikasi

1. Sianosis,
2. Bradikardi, aritmia (tergantung kasus), dan
3. Edema paru (tergantung kasus).

E. Komplikasi

1. Infeksi,
2. Bradikardi,
3. Hipoksia,
4. Trauma mukosa,
5. Bronkospasme,
6. Hipotensi sekunder, dan
7. Aspirasi.

F. Persiapan Alat

1. Mesin *suction* (portable atau *wall suction*) lengkap dengan manometer dan penampung sputum yang berisi desinfektan.
2. *Catheter suction* (steril atau *re-use*) sesuai ukuran:
 - a. Neonatus : 6 – 8 Fr
 - b. 6 bulan : 6 – 8 Fr
 - c. 18 bulan : 8 – 10 Fr
 - d. 24 bulan : 10 Fr
 - e. 2–4 tahun : 10 – 12 Fr
 - f. 4–7tahun 7– : 12 Fr
 - g. 10 tahun : 12 – 14 Fr
 - h. 10–12 tahun : 14 Fr
 - i. Dewasa : 14 – 16 Fr

3. 1 set alat steril yang terdiri dari:
 - a. 2 buah cacing
 - b. Kasa
4. Korentang,
5. Air steril (Aqquadest),
6. Larutan saxon,
7. Alkohol
8. Sarung tangan steril.
9. Kom steril (untuk tempat catheter suction *re-use*),
- 10 Handuk kecil,
- 11 Silco spray (bila ada),
12. Stetoskop,
13. Masker,
14. Bengkok dan
15. Ember berisi larutan chlorine 0,5%.

G. Pengkajian

1. Program dokter,
2. Kepatenan jalan napas,
3. Status ventilasi klien,
4. Stabilitas selang endotrakea,
5. Pengaturan alat yang terpasang pada klien, dan
6. Tingkat kesadaran klien

H. Diagnosa

1. Ketidakadekuatan pola napas berhubungan dengan paralisis otot.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan usaha batuk lemah,
3. Kecemasan berhubungan dengan ketidakmampuan untuk bernapas secara efektif.

I. Perencanaan

1. Cuci tangan,
2. Persiapkan alat sesuai kebutuhan.

J. Implementasi

1. Persiapan Klien:
 - a. Mengidentifikasi identitas klien. Menjelaskan prosedur, manfaat dan hal-hal yang perlu dilakukan klien pada saat penghisapan dilakukan
 - b. Siapkan posisi klien sesuai dengan letak sputum, bantu dengan fisioterapi nafas (yang sesuai dengan kebutuhan klien) dan atau berikan nebulisasi terlebih dahulu
 - c. Atur pelaksanaan *suctioning*: sebelum makan atau 2 jam setelah makan atau sesuai kebutuhan.
 - d. Letakkan handuk di bawah bantal atau di bawah dagu.
2. Persiapan Lingkungan:
 - a. Menjaga privasi klien dengan memasang penghalang atau menutup pintu.
 - b. Jauhkan dari sumber polusi
3. Pelaksanaan Tindakan:
 - a. Menpersiapkan alat-alat dan mengatur posisinya di samping tempat tidur.
 - b. Cek fungsi mesin suction dan atur tekanan.
 Kekuatan *regulator vacuum*:
 - 1) *Wall suction*:
 - Dewasa : 110 – 150 mmHg
 - Anak : 95 – 110 mmHg
 - Bayi : 50 – 95 mmHg

2) *Portable suction.*

- Dewasa : 10–15 mmHg
- Anak : 5–10 mmHg
- Bayi : 2–5 mmHg

- c. Mencuci tangan dan mengenakan masker
- d. Buka set steril, siapkan dalam cacing masing-masing diisi dengan larutan savlon dan air steril (aqua bidest).
- e. Bila menggunakan kateter *suction* yang masih dalam kemasan steril, buka dan dengan memperhatikan kesterilan letakkan pada area steril.
- f. Bila menggunakan kateter *suction re-use*, ambil kateter *suction* dari kom steril dengan menggunakan korentang dan letakkan pada area steril.

3) *CS*

- g. Gunakan sarung tangan steril pada tangan dominan dan tangan tidak dominan boleh tidak steril
- h. Dengan tangan dominan ambil kateter *suction* sesuai kebutuhan, ambil kasa steril dan basahi dengan alkohol.
- i. Javalakan mesin *suction* dengan tidak dominan.
- j. Bila CS *re-use* bersihkan bagian luar dan bagian dalam kateter tersebut dengan cara menghisapkan pada kasa basah atau pada aquabidest steril.
- k. Ambil selang penghubung mesin *suction* dengan tangan yang tidak dominan dan bubungkan dengan pangkal kateter.
- l. Lakukan oksigenasi.
- m. Masukkan CS sampai menyentun orina dengan posisi tidak menghisap
- n. Tarif CS 1 dan kemudian lakukan penghisapan secara intermiten dengan membuka dan menutup vein sampai menjadi tidak ada CS (tidak ada CS dalam CS).
- o. Lakukan oksigenasi (bisa sambil melakukan fisioterapi napas ulang dengan tangan yang tidak dominan)
- p. Bersihkan CS dengan kasa larutan savlon dan kemudian aquabidest steril.
- q. Ulangi tindakan penghisapan sampai sekret bersih.
- r. Sambil melakukan penghisapan perhatikan nadi dan SaO₂ klien.
- s. Saat penghisapan dilakukan motivasi klien untuk batuk efektif.
- t. Tetap perhatikan kesterilan CS selama tindakan
- u. Auskultasi kembali apakah sekret sudah benar-benar bersih
- v. Kalau perlu lakukan penghisapan di area hidung dan mulut klien bila tindakan akan segera diakhiri
- w. Bila sudah bersih masukkan CS ke dalam larutan desinfektan dan lepaskan sarung tangan
- x. Merapikan klien dan tempat tidur klien.
- y. Mengembalikan alat-alat pada tempat semula.
- z. Mencuci tangan

4. Evaluasi dan Dokumentasi

K. Evaluasi

1. Tidak ada atau terdapat bunyi napas bersih pada pemeriksaan auskultasi.
2. Apakah frekuensi napas klien dalam batas normal.
3. Klien tampak tenang atau tidak selama tindakan, dan
4. Tidak memperlihatkan atau memperlihatkan tanda-tanda keceremas.

L. Dokumentasi

1. Mengkaji kembali kebersihan jalan nafas klien,
2. Observasi adanya kopikasi perdarahan,
3. Observasi jumlah, konsistensi dan warna dari sekret.
4. Observasi SaO₂ dan hasil BGA (bila perlu)
5. Perubahan tanda vital yang signifikan,
6. Toleransi klien terhadap terapi.

7. Penggunaan oksigen sebelum terapi dan pemasangan kembali oksigen setelah terapi.
8. Catatan tindakan dan berbagai tindakan yang ada.

5.2 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN TERAPI OKSIGEN

A. Definisi

Berdasarkan metode pemberian terapi oksigen dibagi menjadi 3, sebagai berikut:

1. *Close system*

Pemberian terapi oksigen dengan jalan mengisolir udara bebas melalui pipa endotrakheal, tracheostomy atau masker ketat yang dihubungkan ke ventilator atau alat anestesi.

– Keuntungan

Konsentrasi O_2 bisa mencapai 100%

– Kerugian:

- a. Klien merasa tidak nyaman,
- b. Kemungkinan intoksikasi O_2 dan
- c. Bahaya jika terjadi kegagalan suplai O_2 .

2. *Open delivery system*

a. *Low flow system*

Sistem ini kecepatan aliran gas kurang dari volume inspirasi klien. Sebagian tidal volume ditarik dari udara ruangan. Oleh karena itu FiO_2 aktual yang diberikan kepada klien sudah diketahui secara pasti. FiO_2 berubah-ubah tergantung pola ventilasi dan tidal volume klien. Tidal volume ↑ maka FiO_2 ↑

Contoh alat:

- 1) Nasal kanul
- 2) *Simple face mask*
- 3) *Partial rebreathing mask*
- 4) *Non rebreathing mask*

b. *High flow system*

Kecepatan aliran gas memenuhi volume inspirasi

Contoh alat:

- 1) *Bag and mask*
- 2) Masker venturi

3. *High O_2 environment*

Pemberian terapi O_2 dengan cara meningkatkan kadar O_2 di lingkungan klien

Alat yang digunakan:

- 1) Tenda O_2 (O_2 tent)
- 2) *Head Boxes*
- 3) Inkubator

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

5.2.1. Nasal Kanul

A. Karakteristik

1. Terdapat 2 ujung masing-masing 1,5 cm (0,5 inch) yang menonjol keluar.
2. Tidak dapat meningkatkan konsentrasi $O_2 > 40\%$.

B. Perkiraan Konsentrasi O_2

1. 1L = 24 - 25 %
2. 2L = 27 - 29 %
3. 3L = 30 - 33 %
4. 4L = 33 - 37 %
5. 5L = 36 - 41 %
6. 6L = 39 - 45 %

C. Keuntungan

1. Murah dan mudah diberikan
2. Ringan dan relatif nyaman
3. Tersedia untuk beberapa kelompok usia,
4. Dapat digunakan dalam jangka waktu lama, dan
5. Klien masih bisa beraktivitas (makan, minum, berbicara)

D. Kerugian

1. Mudah lepas,
2. Aliran meningkat menyebabkan iritasi mukosa hidung dan faring,
3. Konsentrasi O_2 tergantung pada RR dan tidal volume.

E. Persiapan Alat

1. Sumber O_2 ,
2. Nasal kanul plastik,
3. Humidifier dan air,
4. *Flowmeter*, dan
5. *No smoking sign*

F. Perencanaan

1. Ukur vital sign, tingkat kesadaran dan BGA
2. Kaji adanya retensi O_2

G. Implementasi

1. Pasang tanda dilarang merokok pada pintu atau tempat yang mudah dilihat
2. Posisikan pasien kepala dan perannya sesuai umur
3. yakinkan humidifier terisi dengan air
4. Sambungkan konektor dengan sambungan luar humidifier.
5. Set *flow meter* sesuai kebutuhan dan rasakan aliran udaranya pada tangan
6. Pasang ujung nasal kanule pada hidung dan hengkarkan selangnya melingkari telinga menuju bawah dagu dengan rapi dan nyaman.

H. Follow Up

1. Catat *flow rate* yang digunakan dan respon klien,
2. Kaji lebih lanjut kondisi klien, SpO_2 dan BGA
3. Pastikan alat-alat masih berfungsi dengan baik,
4. Pastikan klien merasa nyaman Saat menggunakan NC.

5.2.2. Masker Venturi

A. Karakteristik

1. Masker plastik dengan 6 venturi konektor
2. Mencampur O_2 bebas dengan O_2 sumber.

B. Konsentrasi O_2

1. Orange = 10 lpm / 50 %
2. Merah = 8 lpm / 40 %
3. Hijau = 6 lpm / 35 %
4. Putih = 4 lpm / 31 %
5. Kuning = 4 lpm / 28 %
6. Biru = 4 lpm / 24 %

C. Keuntungan

1. Konsentraso O_2 dapat ditentukan dengan mengganti konektor sesuai dengan yang diinginkan
2. Ketepatan konsentras lebih baik,
3. Dapat digunakan pada klien dengan kecenderungan retensi CO_2 .

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

D. Kerugian

1. Mahal
2. Dibutuhkan waktu untuk mengganti konektor bila ingin merubah konsentrasi.
3. Konektor beresiko hilang, dan
4. Klien tidak bebas beraktivitas.

E. Persiapan Alat

1. Sumber O_2
2. *Flow meter*
3. Venturi masker with konektor
4. Bila menginginkan high humidity:
 - a. Sumber *compressed air source*
 - b. *Flow piece*
 - c. Humidifire dan air
 - d. Selang berukuran besar

F. Perencanaan

1. Ukur vital sign, tingkat kesadaran dan BGA
2. Kaji adanya retensi O_2

G. Implementasi

1. Pasang tanda dilarang merokok pada pintu atau tempat yang mudah dilihat.
2. Tunjukkan venturi masker dan terangkan prosedurnya
3. Set venturi masker sesuai kebutuhan FiO_2 .
4. Sambungkan selang masker dasar, sambungan ke humidifire.
5. Cek aliran udara tidak buntu.
6. Letakkan masker venturi pada hidung, mulut dan dagu klien bagian bawah dan pasang elastik strapnya.
7. Cek aliran udara tidak buntu.
8. Bila menggunakan high humidity:
 - a. Sambungkan humidifire dan sumber O_2
 - a. Pasang selang pada humidifire dan sambung tubing pada dasar konektor

H. Follow Up

1. Catat *flow rate* dan respon klien, Laporkan bila klien intolerance terhadap terapi.
2. Bila klien menunjukkan retensi CO_2 , lakukan BGA tiap 30 menit, selama 1-2 jam atau sampai $PaO_2 > 50$ mmHg dan $PaCO_2$ tidak meningkat. Monitor PH. Laporkan bila PH meningkat
3. Observasi tingkat kenyamanan klien.

5.2.3. Bag and Mask

A. Karakteristik

1. Terbuat dari karet yang empuk dan
2. Dikerjakan secara manual.

B. Keuntungan

1. Konsentrasi O_2 bisa mencapai 100 % dan tidak dipengaruhi pola nafas klien.
2. Bisa digunakan pada klien gagal nafas dan *cardiac arrest*.
3. Baik untuk menguras retensi CO_2 .
4. Bisa digunakan sebelum, selama dan sesudah *suction endotracheal*.

C. Kerugian

1. Dibutuhkan ketampilan untuk menggunakannya, dan
2. Harga mahal.

D. Persiapan Alat

1. Sumpit O_2
2. *Bag and mask*
3. O_2 Connecting tube
4. *Hand Shield*
5. Pelindung mata
6. Selang O_2
7. *Flow meter*
8. *No smoking sign*

E. Perencanaan

1. Persiapan klien:
 - a. Pada klien *cardiopulmonary arrest*:
 - Tentukan bahwa klien benar-benar mengalami *cardiopulmonary arrest*.
 - Gunakan teknik pencegahan saat membuka jalan nafas untuk mencegah injuri tulang leher.
 - b. Untuk *suctioning* atau pada klien dalam *transport situation*:
 - Lakukan observasi *heart rate*, tingkat kesadaran dan status *respiratory*.

F. Implementasi

1. Sambungkan flow meter pada selang ke *resuscitation bag*.
2. Putar flow meter = *high flow* (12-15 L).
3. Sambungkan reservoir bag ke *resuscitation bag*.
4. Pakai sarung tangan dan pelindung mata.
5. Pada klien *cardiopulmonary arrest*:
 - a. Setelah jalan nafas dilidih dan *resuscitasi* tidak ada respon lakukan *ventilasi* dan berikan *respirasi*.
 - b. Bila nadi masih teraba lakukan pemberian O_2 sampai ada nafas spontan dan nadi dalam batas normal, bila terjadi henti jantung atau irama jantung abnormal lakukan pijat jantung.
6. Pada klien *preoksigenasi* dan *suctioning*:
 - a. Lakukan 10 – 15 x/m baging untuk menyediakan cadangan O_2 di paru.
7. Pada klien *transporting*:
 - a. Jika pemberian O_2 dilakukan saat *transporting* lakukan suction sebelum klien dipindahkan, monitor HR dan RR serta tingkat kesadaran selama tindakan.
 - b. Berikan ventilasi 12 – 15 x/m.

G. Follow Up

1. Pada klien *cardiopulmonary arrest* pastikan klien bernafas spontan dan HR teratur, identifikasi bila *bagging* diperlukan lagi.
2. Pada klien *suctioning* and *transporting* kembalikan / rapikan klien seperti keadaan semula.
3. Observasi adanya intoleransi terhadap prosedur.

5.2.4. Simple Face Mask

A. Karakteristik

1. Terbuat dari plastik aerosol, dan
2. Terdapat pengaman logam sebagai fiksasi di puncak hidung.

B. Estimasi Prosentase O_2

1. 5 lpm = 40 %
2. 6 lpm = 45-50 %
3. 8 lpm = 55-60 %

C. Keuntungan

1. Mudah didapat, penggunaan mudah
2. Dapat mengirim O_2 40 - 60 %

D. Kerugian

1. Menyekap wajah
2. Tidak memungkinkan untuk makan dan bicara (kecuali dibuka)
3. Perlu pengikat wajah
4. Harus 6 lpm untuk mendorong CO_2 dari masker

E. Persiapan Alat

1. Sumber O_2 ,
2. Humidifire dan air
3. Plastik aerosol
4. Selang O_2 ,
5. *Flow meter*,
6. *No smoking sign*,
7. Elemen pemanas humidifire (bila perlu).

F. Perencanaan

1. Persiapan klien.
 - a. Ukur VS, TK Kesadaran & SaO_2 / ABG
 - b. Observasi jumlah dan kekentalan sputum

G. Implementasi

1. Pasang *no smoking sign* di pintu atau tempat yang mudah dilihat
2. Tunjukkan masker dan terangkan prosedurnya
3. Yaitkan air humidifire tetap terisi sampai tanda batas
4. Sambungkan selang masker dengan humidifire pada elemen pemanas (bila menggunakan)
5. *Seck meter* di bagian akhir selang
6. Bila klien *Facipnoe* dan konsentrasi O_2 50 % atau lebih 2 humidifire dan flow meter dipasang bersama.
7. Setel flow rate sampai timbul uap air.
8. Pasang masker pada wajah dan pasang strap seaman dan se nyaman mungkin.
9. Bersihkan selang dari uap secara bertahap bila menggunakan elemen pemanas
10. Bila menggunakan elemen pemanas periksa suhu botol humidifire

H. Follow Up

1. Catat konsentrasi O_2 dan respon klien dan segera laporkan bila terjadi intoleransi pada terapi
2. Kaji kondisi klien dan alat-alat secara berkala.
3. Bila terjadi perubahan pada kondisi klien Observasi SaO_2 atau ABG.
4. Catat perubahan volume dan kekentalan produksi sputum

5.2.5. Partial Rebreathing Mask or Non Rebreathing Mask

A. Jenis dan Karakteristik

1. *Partial Rebreathing Mask*

Karakteristik:

- a. Fleksible
- b. Diengkapi kantong sebagai reservoir
- c. Tidak dilengkapi one way flap.
- d. Pada saat inspirasi klien bernafas dari masker dan bag, pada saat ekspirasi bag terisi oksigen dan gas buangan dan sebagian keluar melalui sisi samping masker.
- e. Konsentrasi O_2 50 – 75 %

2. *Non Rebreathing Mask*

Karakteristik:

- a. Mampu mengim O_2 100%.
- b. Mempunyai one way flap yang menutupi 1/3 jalan exhalasi untuk melindungi udara ruangan masuk saat inspirasi

- c. Oportunitas volume inspirasi klien akan disediakan oleh masker / reservoir dengan pengaliran O_2 mendekati 100 %.
- d. Digunakan pada klien hipoksia berat.

B. Persiapan Alat

1. O_2 sumber,
2. Masker O_2 ,
3. Reservoir,
4. Selang O_2 ,
5. Humidifire,
6. *Flow meter*, dan
7. *No smoking sign*.

C. Perencanaan

1. Ukur tanda vital dan tingkat kesadaran dan
2. Ukur SpO_2 ABG.

D. Implementasi

1. Pasang *No Smoking sign*.
2. Isi humidifire dengan air.
3. Sambungkan selang ke humidifire.
4. Sambungkan *flow meter*.
5. Tunjukkan masker dan terangkan prosedurnya.
6. Isi reservoir bag dengan O_2 kosong sebelumnya.
7. Pasang masker O_2 pada wajah klien.
8. Atur *flow meter*.
9. Tetap bersama klien untuk beberapa waktu untuk membuat klien nyaman dan observasi reaksinya.
10. Lepaskan secara periodik untuk mengeringkan wajah sekitar masker, beri bedak dan masase wajah sekitar masker.

E. Follow Up

1. Catat *flow rate* dan respon klien dengan segera serta toleransi klien terhadap alat.
2. Observasi perubahan kondisi klien
3. Observasi adanya kerusakan alat dan level air humidifire

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

5.3 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL NEBULIZING

A. Definisi

Pemberian obat ke dalam udara yang diinspirasi dengan menggunakan mesin uap.

B. Tujuan

1. Mengencerkan dahak sehingga lebih mudah dikeluarkan, dan
2. Melonggarkan jalan nafas.

C. Indikasi

1. Pasien tidak sadar
2. Pasien dengan penurunan kemampuan untuk batuk,
3. Pasien dengan atelektasis.

D. Persiapan Alat

1. Mesin Nebulizer,
2. Masker Nebulizer,
3. Obat-obatan (Bronkodilator, Mukolitik atau PZ),
4. Stetoskop,
5. Gelas berisi air hangat,

6. Handuk
7. Penampung sputum bertutup berisi desinfektan.
8. Tissue, dan
9. Bengkok.

E. Pengkajian

1. Status pernapasan, termasuk kondisi yang mendasari perlunya penggunaan obat nebulasi
2. Alergi obat atau sensitivitas terhadap lateks,
3. Kemampuan klien menggunakan nebulizer atau inhaler dosis terukur
4. Pengetahuan klien mengenai obat dan penggunaan nebulizer atau inhaler.

F. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan sumbatan jalan napas.
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan spasme jalan napas, dan
3. Ketidakefektifan persihan jalan napas berhubungan dengan produksi mukus yang berlebihan.

G. Perencanaan

1. Cuci tangan,
2. Cek order obat sesuai instruksi Dokter dan buku obat, dan
3. Persiapkan alat dan pengobatan sesuai kebutuhan

H. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas pasien.
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan tersebut pada klien dan keluarga.
3. Mempersiapkan alat-alat dan mengatur posisinya di samping tempat tidur, memindahkan peralatan yang tidak diperlukan
4. Mengevaluasi kemampuan klien dalam menggunakan alat.
5. Mencuci tangan
6. Cek fungsi dari alat nebulizer.
 - a. Masukkan obat dalam wadah penampung yang ada di alat nebulizer.
 - b. Sambungkan masker nebulizer dengan alat nebulizer.
 - c. Tekan tombol "on" pada alat nebulizer.
 - d. Dari masker akan mengeluarkan uap, anjurkan klien untuk menghirup uap tersebut pada saat inspirasi dan anjurkan klien untuk relaks dan bernafas biasa.
 - e. Lakukan sampai uap obat habis. Perhatikan kondisi klien pada saat nebulisasi, bila klien sesak nafas hentikan sementara dengan menekan tombol "off" pada alat
 - f. Jika klien ingin batuk berikan penampung sputum ke dekat pasien dan usap dengan tissue. Bila perlu bantu klien dengan fisioterapi nafas.
 - g. Berikan kesempatan pada klien jika klien ingin minum
7. Kaji kembali pola nafas klien termasuk suara nafas, penggunaan otot bantu nafas, irama dan kedalaman pernafasan.
8. Merapikan klien dan tempat tidur klien dan mengembalikan alat-alat pada tempat semula.
9. Mencuci tangan
10. Evaluasi dan dokumentasikan tindakan pada status klien.

I. Evaluasi

1. Klien menyatakan bahwa kondisi pernapasannya mengalami perbaikan atau tidak,
2. Klien tidak memperlihatkan atau memperlihatkan tanda dan gejala gawat napas, dan
3. Klien bisa mendemonstrasikan atau tidak bisa mendemonstrasikan penggunaan nebulizer atau inhaler dosis terukur

J. Dokumentasi

1. Nama, jumlah, dan rute obat yang diberikan
2. Tujuan pemberian pengobatan,

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

3. Data pengkajian yang relevan dengan tujuan pengobatan
4. Efek obat pada klien, dan
5. Pengetahuan tentang penggunaan obat atau teknik penggunaan obat secara mandiri

5.4 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL FISIOTERAPI NAFAS PADA KLIEN

A. Definisi

Kombinasi beberapa tindakan terapi pernafasan yang terdiri dari *clapping*, *vibrasi* dan *postural drainage*.

B. Jenis - jenis

1. *Clapping* (perkusi dada) adalah tindakan mengetuk dinding dada di atas daerah paru yang sekresinya akan didrainase.
2. *Vibrasi* adalah teknik fisioterapi nafas dengan memberikan getaran halus pada dinding dada, di atas daerah paru yang sekresinya akan didrainase.
3. *Postural drainage* adalah teknik pengaturan posisi tertentu untuk mengalirkan sekresi pulmonar pada area tertentu dari lobus paru.

C. Tujuan

1. Memodulasi sekresi *pulmonary*.
2. Mengeluarkan sekresi di jalan napas, dan
3. Menurunkan akumulasi sputum pada klien yang tidak sadar atau lemah.

D. Indikasi

1. Pasien tidak sadar
2. Pasien dengan penurunan kemampuan untuk batuk, dan
3. Pasien dengan

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

E. Kontraindikasi

1. Pasien dengan PTK.
2. Pasien dengan Trauma Medul Spinalis.
3. Pasien dengan Fraktur Costae, dan
4. Pasien dengan Post Op Bedah Thorak.

F. Persiapan Alat

1. Stetoskop,
2. *Hospital Bed* atau Kursi,
3. Gelas berisi air hangat,
4. Handuk,
5. Alat vibrator
6. Perampung sputum tertutup berisi desinfektan,
7. Tissue
8. Bengkok
9. Sarung tangan bersih, dan
10. Bantal, sesuai kebutuhan

G. Pengkajian

1. Pola nafas klien termasuk suara nafas, penggunaan otot bantu nafas, irama dan kedalaman pernafasan.
2. Program dokter tentang pembatasan aktivitas dan posisi.
3. Kemampuan untuk menoleransi perubahan posisi.
4. Toleransi terhadap fisioterapi sebelumnya.
5. Hasil radiografi dada terbaru, dan
6. Tanda-tanda vital.

H. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berubungan dengan sekret yang berlebihan,
2. Risiko infeksi bernubung dengan sekret yang menetes, dan
3. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan tujuan dan teknik fisioterapi dada.

I. Perencanaan

1. Cuci tangan, dan
2. Persiapkan peralatan yang dibutuhkan.

J. Implementasi

1. Mengidentifikasi klien.
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan tersebut pada klien dan keluarga.
3. Mempersiapkan alat-alat dan mengatur posisinya di samping tempat tidur, memudahkan peralatan yang tidak diperlukan.
4. Menjaga privacy klien dengan menutup pintu/tirai dan jendela.
5. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan.
6. *Postural Drainage*:
 - a. Atur posisi klien dengan meletakkan bantal atau dengan merubah tinggi rendah tempat tidur (klusur tempat tidur elektrik) sesuai letak sputum (kecuali terdapat kontraindikasi).
7. *Clapping*:
 - a. Letakkan handuk pada area yang akan dilakukan perkusi (clapping)
 - b. Anjurkan klien untuk menarik napas dalam.
 - c. Lakukan tepukan dengan tangan yang distingkatkan secara mantap selama 2-5 menit atau sesuai batas toleransi klien dengan kecepatan sedang sampai cepa sekali (2-5 x/defek).
 - d. Perhatikan kondisi klien selama tindakan.
8. *Vibrasi*:
 - a. Handuk diletakkan pada area yang akan dilakukan vibrasi
 - b. Posisikan telapak tangan mendatar atau gunakan alat vibrator (bila tersedia).
 - c. Lakukan vibrasi pada saat pasien ekspirasi
 - d. Ulangi sampai 3x, jika klien ingin batuk berikan penampung sputum ke dekat pasien dan usap dengan tissue.
 - e. Perhatikan kondisi klien selama tindakan
9. Berikan kesempatan pada klien jika klien ingin minum.
10. Tiga prosedur di atas (No. 6, 7, dan 8) dapat dilakukan bersamaan sekaligus (bila tidak terdapat kontraindikasi) atau kombinasi.
11. Lebih efektif apabila setelah prosedur di atas (No. 6, 7, dan 8) klien dianjurkan untuk baik efektif atau dilakukan *nebulizer* dan *suctioning* (pada klien yang reflek batuknya menurun atau dalam kondisi tidak sadar).
12. Kaji kembali pola nafas klien termasuk suara nafas, penggunaan otot bantu nafas, irama dan kedalaman pernafasan.
13. Merapikan klien dan tempat tidur klien dan mengembalikan alat-alat pada tempat semula.
14. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan

K. Evaluasi

1. Adakah bunyi napas tambahan diemula atau sebagian lapang paru pada pemeriksaan auskultasi,
2. Frekuensi pernafasan sudah dalam batas normal atau tidak,
3. Pernafasan klien tanpa atau disertai retraksi, dan
4. Mampu atau tidak klien batuk efektif.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

L. Dokumentasi

1. Bunyi napas sebelum dan sesudah prosedur,
2. Karakteristik pernapasan,
3. Perubahan tanda vital yang bermakna,
4. Warna, jumlah, dan konsistensi *secret*,
5. Kemampuan mengeluarkan sputum atau kebutuhan untuk pengisapan *secret*,
6. Toleransi terhadap terapi, dan
7. Penggantian sumber oksigen, jika dapat diterapkan.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

6.1 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MEMPERSIAPKAN INJEKSI DARI SEDIAAN VIAL

A. Definisi

1. Ampul
 - a. Merupakan kemasan obat tunggal yang berbentuk cair,
 - b. Volume obat 1 – 10 ml atau lebih,
 - c. Terbuat dari kaca, berbentuk botol kecil dan berleher,
 - d. Warna garis pada leher menunjukkan tempat tersebut mudah dipotong untuk membuka kemasan ampul tersebut.
2. Vial
 - a. Merupakan kemasan obat yang terbuat dari kaca atau plastik dengan tutup karet,
 - b. Terdapat logam pada bagian atas untuk melindungi tutup karet,
 - c. Vial berisi obat yang berbentuk cair atau obat kering. Jika obat tidak stabil dalam kondisi cair maka akan dikemas dalam bentuk kering seperti dalam bentuk serbuk kering,
 - d. Label pada vial biasanya menunjukkan jumlah pelarut yang digunakan untuk melarutkan serbuk tersebut sehingga memudahkan dalam hitungan dosis pemberian obat,
 - e. Berbeda dengan ampul, vial merupakan sistem tertutup sehingga diperlukan menyuntikkan udara ke dalam vial untuk memudahkan dalam mengaspirasi jumlah obat yang dibutuhkan.

B. Persiapan Alat

1. Ampul:
 - a. Spuit atau *syringe* steril,
 - b. *Needle*,
 - c. Kasa kecil atau kapas alcohol,
 - d. Obat kemasan ampul,
 - e. Gergaji ampul (bila tersedia),
 - f. Baki injeksi,
 - g. Sarung tangan bersih,
 - h. Bengkok (untuk sampah tidak tajam),
 - i. Container (untuk membuang ampul, jarum dan vial), dan
 - j. Lembar medikasi.
2. Vial:
 - a Spuit atau *syringe* steril,
 - b *Needle*,
 - c Kasa kecil atau kapas alkohol,
 - d Obat kemasan vial,
 - e Pelarut seperti: normal saline, aquabidest steril,
 - f Baki injeksi,
 - g Bengkok (untuk sampah tidak tajam),
 - h Container (untuk membuang ampul, jarum dan vial),
 - i Sarung tangan bersih, dan
 - j Lembar medikasi.

C. Pengkajian

1. Penampilan larutan (kejernihan, tidak ada sediment, warna yang sesuai dengan instruksi di label)
2. Mengidentifikasi tanggal kedaluwarsa obat.

D. Perencanaan

1. Cek order obat sesuai instruksi Dokter dan buku obat,
2. Siapkan alat dan obat sesuai kebutuhan

E. Implementasi

1. Menencin tangan dan gunakan sarung tangan.
2. Menyiapkan alat dan obat
3. Menyiapkan obat dari sediaan ampul:
 - a. Ketuk bagian atas leher ampul supaya obat yang terdapat pada bagian atas leher ampul turun dan masuk ke dalam badan ampul (atau dengan gerakan memutar ampul secara mantap)
 - b. Gunakan gergaji ampul (bila tersedia) untuk memudahkan proses pemotongan ampul atau gunakan kasa kecil untuk melindungi leher ampul, pegang bagian leher ampul (pada area yang berwarna/bergaris/bertanda) dengan rapat dan kuat
 - c. Patahkan leher ampul dengan cepat dan hati-hati.
 - d. Pegang dengan hati-hati ampul yang sudah dibuka atau letakkan ampul di atas permukaan yang rata
 - e. Masukkan jarum spuit pada ampul yang sudah terbuka dan aspirasi obat hingga obat masuk ke dalam spuit.
 - f. Lakukan aspirasi dengan tetap menjaga posisi ujung jarum tetap di bawah permukaan cairan untuk menghindari udara ikut teraspirasi
 - g. Jika udara masuk ke dalam spuit, ketuk-ketuk spuit hingga udara naik ke atas kemudian dorong udara keluar dari spuit
 - h. Ganti jarum spuit jika akan menyuntikkan obat tersuntik
4. Menyiapkan obat dari sediaan vial:
 - a. Jika vial berisi kemasan obat cair:
 - 1) Buka tutup logam hingga ujung karet terlihat. Jaga tutup karet tetap steril. Usap tutup karet dengan kapas alkohol setiap akan mengambil obat.
 - 2) Aspirasi udara masuk ke dalam spuit sama dengan volume obat yang akan diaspirasi.
 - 3) Injeksikan udara ke dalam vial (untuk obat-obat tertentu hal ini tidak boleh dilakukan).
 - 4) Aspirasi obat dengan cara tangan non dominan (ibu jari dan jari tengah) memegang vial dan tangan dominan menarik spuit.
 - 5) Jaga posisi ujung jarum selalu di bawah permukaan cairan obat.
 - 6) Keluarkan udara yang terdapat dalam spuit dengan mengentuk, ngetuk spuit.
 - 7) Keluarkan jarum dari vial
 - 8) Yakinkan udara tidak ada dalam spuit, keluarkan udara tersebut jika masih terdapat gelembung udara
 - 9) Ganti jarum spuit jika akan menyuntikkan obat pada jaringan kulit.
 - b. Jika vial berisi kemasan obat serbuk:
 - 1) Siapkan cairan pelarut (bila cairan pelarut dalam bentuk ampul lakukan seperti menyiapkan obat dari kemasan ampul).
 - 2) Isi spuit dengan pelarut dengan jumlah sesuai kebutuhan.
 - 3) Buka tutup logam obat kemasan vial hingga ujung karet terlihat. Jaga ujung karet tetap steril. Usap tutup karet dengan kapas alkohol setiap akan mengambil obat
 - 4) Masukkan pelarut ke dalam vial (desinfeksi vial terlebih dahulu). Lepaskan spuit dari vial
 - 5) Campurkan obat dengan cara menggosok-gosokkan pada telapak tangan.
 - 6) Setelah obat terlarut dengan baik, obat tersebut siap diambil ke dalam spuit (cara kerja sama dengan prosedur 5b-5i).
 - 7) Pasukan perhitungan dosis obat setelah diencerkan sesuai dengan advis Dokter.
 - 8) Ganti jarum spuit jika akan menyuntikkan obat pada jaringan kulit
5. Buang kemasan ampul, vial, jarum dan spuit pada tempat yang aman yang telah disediakan

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

F. Evaluasi

1. Klien dapat menerima atau tidak dapat menerima jumlah, jenis, dan dosis obat yang benar.
2. Klien ikut serta atau tidak ikut serta mempersiapkan obat secara akurat tanpa mengontaminasi obat yang masih tersedia pada ampul dan vial.

C. Dokumentasi

1. Nama obat.
2. Tanggal dan waktu obat dipersiapkan.
3. Dosis yang dipersiapkan.

6.2 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENCAMPURAN OBAT

A. Definisi

Merupakan pencampuran yang dilakukan jika 2 jenis obat tersebut memungkinkan untuk dicampur (tidak menimbulkan reaksi).

B. Tujuan

Memungkinkan penggabungan obat dari berbagai kemasan dalam satu spuit untuk pemberian parenteral.

C. Persiapan Alat

1. Obat dalam kemasan ampul (*single* atau *multi dose*).
2. Obat dalam kemasan vial.
3. Spuit/syringe steril (siapkan ukurannya sesuai dengan jumlah obat yang akan diaspirasi)
4. *Needle* (sesuai kebutuhan).
5. Kom utop yang berisi kapas.
6. Alkohol 70% untuk disinfektasi spuit.
7. Bald injeksi.
8. Bengkok (untuk sampah tidak tajam).
9. *Container* (untuk membuang ampul, jarum dan vial).
10. Sarung tangan bersih dan
11. Lembar medikasi

D. Pengkajian

1. Penampihan larutan (kejernihan, tidak ada sedimenta, warna yang sesuai dengan instruksi di label).
2. Mengidentifikasi tanggal kedaluwarsa obat, dan
3. Alergi klien terhadap obat
4. Kecocokan obat dengan medikasi dan cairan infus utama.

E. Diagnosa Keperawatan

Kurang pengetahuan berhubungan dengan prosedur pencampuran obat.

F. Perencanaan

1. Siapkan pengobatan sesuai dengan kebutuhan.
2. Cek order obat sesuai instruksi Dokter dan buka obat.

G. Implementasi

1. Vial-Ampul.
 - a. Mencuci tangan dan gunakan sarung tangan.
 - b. Menyiapkan alat dan obat
 - c. Aspirasi obat dari vial terlebih dahulu (prosedur sama dengan menyiapkan obat dari vial).
 - d. Dengan spuit dan jarum yang sama, aspirasi obat dari ampul (prosedur sama dengan menyiapkan obat dari ampul).
 - e. Yakinkan udara tidak ada di dalam spuit, kevakuman udara tersebut jika masih terdapat gelembung udara.
 - f. Cauti jarum spuit jika akan menyuntikkan obat pada jaringan kulit.
 - g. Buang kemasan ampul, vial, jarum dan spuit pada tempat yang aman yang telah disediakan.

2. Vial-Vial.
 - a. Mencuci tangan dan gunakan sarung tangan.
 - b. Menyiapkan alat dan obat.
 - c. Aspirasi udara dalam spuit sejumlah sama dengan volume obat yang akan diambil dari vial A.
 - d. Masukkan udara ke dalam vial A dengan posisi jarum suntik tidak menyentuh permukaan cairan obat dalam vial. Tarik spuit dari vial A.
 - e. Aspirasi udara dalam spuit sejumlah sama dengan volume obat yang akan diambil dari vial B.
 - f. Masukkan udara ke dalam vial B dengan posisi jarum suntik tidak menyentuh permukaan cairan obat dalam vial, kemudian aspirasi obat ke dalam spuit sesuai kebutuhan. Tarik spuit dari vial B.
 - g. Dengan spuit dan jarum yang sama, aspirasi obat dari vial A. Lakukan aspirasi dengan hati-hati dan tidak mendorong spuit ke dalam vial A dan obat dari vial B tidak masuk ke dalam vial A. Tarik spuit dari vial A.
 - h. Yakinkan udara tidak ada di dalam spuit, ketuarkan udara tersebut jika masih terdapat gelembung udara.
 - i. Ganti jarum spuit jika akan menyuntikkan obat pada jaringan kulit.
 - j. Buang kemasan vial, jarum dan spuit pada tempat yang aman yang telah disediakan.
3. Ampul-Ampul.
 - a. Mencuci tangan dan gunakan sarung tangan.
 - b. Menyiapkan alat dan obat.
 - c. Aspirasi obat dari ampul A. Dengan spuit dan jarum yang sama aspirasi obat dari ampul B (prosedur sama dengan menyiapkan obat dari ampul).
 - d. Yakinkan udara tidak ada di dalam spuit, ketuarkan udara tersebut jika masih terdapat gelembung udara.
 - e. Ganti jarum suntik jika akan menyuntikkan obat pada jaringan kulit.
 - f. Buang kemasan ampul, jarum dan spuit pada tempat yang aman yang telah disediakan.

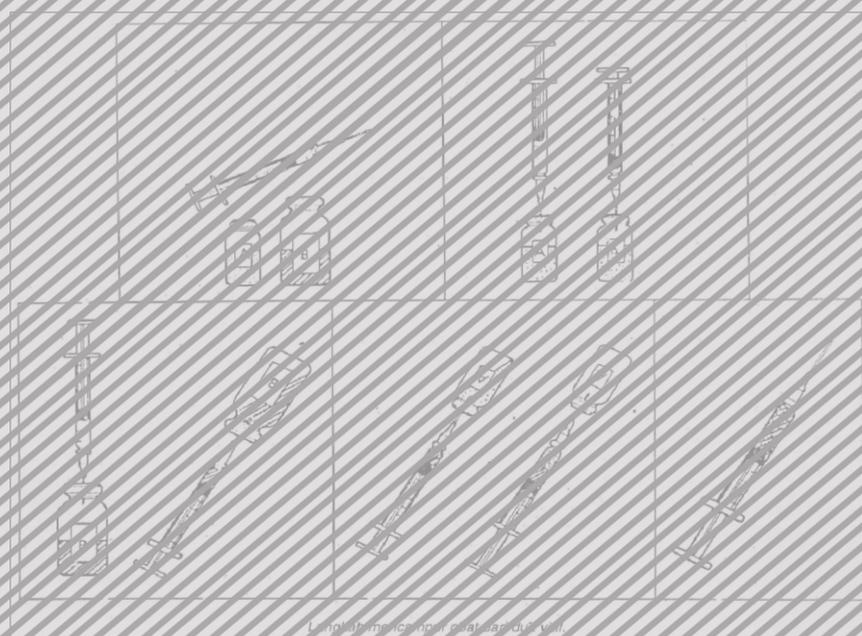
Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

H. Evaluasi

Klien bisa mendemonstrasikan atau tidak bisa mendemonstrasikan cara mencampurkan obat tetapi perlu pengajaran kembali tentang proses pengambilan obat kedua tanpa kontaminasi.

I. Dokumentasi

1. Nama dan dosis obat yang dicampur.
2. Area yang digunakan untuk injeksi dan temuan abnormal di area kulit.
3. Penyulahan tentang bagaimana cara mencampur obat.



Gambar 14. Pencampuran obat.

6.3 STANDAR PROSEDUR OPERASI PELAKSANAAN INJEKSI (INTRAVENA, INTRAMUSCULAR, INTRACUTAN, DAN SUBCUTAN)

6.3.1. Intravena

A. Definisi

Injeksi yang dilakukan dengan menyuntikkan obat ke dalam pembuluh darah vena.

B. Tujuan

Memberikan obat secara intermiten melalui jalur intravena untuk mendapatkan berbagai efek terapeutik.

C. Teknik Pemberian

1. Bolus (suntikan langsung)
2. Per Drop

D. Tempat Penyuntikan

1. Vena langsung,
2. *W line*,
3. Dipasukkan ke dalam cairan infus, atau
4. Disambungkan dengan infus set.

E. Persiapan Alat

Trolley yang berisi:

1. Obat dan kemasan ampul atau vial,
2. Spuit/syringe steril,
3. Needle (No. 21-23 sesuai kebutuhan diperlukan apabila obat yang disiapkan dalam bentuk vial dan akan diinjeksi melalui ampul dan vial),
4. Kori tutup yang bersih/kapas
5. Alkohol spray (atau bisa diganti dengan alkohol swab),
6. Tourniket,
7. Baki ineksi,
8. Perlek,
9. Bengkok (untuk sampul tidak tajam),
10. Container (untuk membuang ampul, jarum dan vial),
11. Sarung tangan bersih, dan
12. Lembar medikasi

F. Pengkajian

1. Catatan Program Pengobatan Yang Lengkap
2. Kondisi Area I.v, Termasuk Keapatanan Dan Adanya Perubahan Warna, Edema, Dan Nyeri,
3. Tampilan Cairan I.v Utama, Misalnya Adanya Obat Yang Dicampurkan, Perubahan Warna, Endapan,
4. Tanggal Kadaluwarsa Obat Yang Akan Dicampur, Dan
5. Kondisi Selang

G. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko infeksi berhubungan dengan rusaknya integritas kulit,
2. Nyeri berhubungan dengan trauma jaringan sekunder.

H. Perencanaan

1. Cuci tangan,
2. Cek order obat sesuai instruksi Dokter dan buku obat, dan
3. Persiapkan alat dan pengobatan sesuai kebutuhan.

I. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas klien
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien dan keluarga.
3. Mempersiapkan alat-alat dan mengatur posisinya di samping tempat tidur.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

4. Menjaga privasi klien dengan menutup tirai atau pintu.
5. Mencuci tangan dan gunakan sarung tangan
6. Menyiapkan alat dan obat
7. Apabila injeksi bolus pilih tempat penyuntikan (area vena yang akan ditusuk). Angkat lengan dan bila menghalangi area vena yang akan ditusuk).
8. Pasang pernak. Posisikan klien dalam posisi yang nyaman dan rileks. Bila vena sudah ditentukan, taraskan lengan, pasang tourniket dan anjurkan klien untuk mengepalkan tangan sampai vena benar-benar dapat dilihat dan diraba.
9. Siapkan spuit yang sudah berisi obat, bila masih terdapat udara di dalam spuit, maka udara tersebut harus dikeluarkan.
10. Bersihkan tempat penyuntikan dengan kapas alkohol. Mengusap sekali searah atau secara sirkuler arah ke luar sekitar 5 cm.
11. Letakkan kapas alkohol pada tangan non dominan. Buka tutup spuit dan pegang spuit dengan tangan dominan (antara ibu jari dan telunjuk). Penanarkan area steril lokasi penyuntikan.
12. Tusukkan jarum spuit ke dalam vena dengan posisi jarum seaduk dengan vena.
13. Setelah jarum masuk ke dalam vena, pindahkan tangan non dominan ke bagian ujung spuit untuk memegang spuit (memfiksasi spuit agar posisi jarum tidak bergerak) dan tangan dominan pindah ke bagian plunger untuk mengaspirasi
14. Lakukan aspirasi dengan cara menarik plunger spuit. Bila darah sudah terhisap, lepaskan tourniket dan masukkan obat secara perlahan-lahan ke dalam vena.
15. Setelah obat masuk semua, letakkan kapas pada area insersi dengan sedikit penekanan, segera cabut spuit, tutup dan buang di tempat pembuangan spuit yang tersedia.
16. Angkat pernak dan kembalikan klien pada posisi yang nyaman
17. Buang spuit dan jarum ke tempat pembuangan alat yang sudah ditentukan.
18. Merapikan klien dan tempat tidur klien. Mengembalikan alat-alat pada tempat semula.
19. Melepaskan sarung tangan dan mencuci tangan.
20. Evaluasi dan dokumentasikan tindakan pada status klien.
21. Observasi respons klien terhadap penyuntikan hingga 30 menit kemudian.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

J. Evaluasi

1. Apakah area IV bebas dari kemerahan, inflamasi, atau nyeri
2. Terdapat efek terapeutik atau tidak terdapat efek terapeutik yang dirasakan oleh klien.

K. Dokumentasi

1. Nama, jumlah, dan rate obat yang diberikan.
2. Tujuan pemberian obat.
3. Data pengkajian yang relevan dengan rumah pengobatan
4. Temuan pengkajian yang berhubungan dengan area IV
5. Efek terapeutik obat pada klien, dan
6. Penyediaan informasi mengenai obat.

6.3.2. Intramuscular

A. Definisi

Injeksi im dilakukan dengan menyuntikkan obat pada jaringan otot. Vaskularisasi pada otot lebih baik daripada sub kutan sehingga absorpsi pada jaringan otot akan lebih cepat. Absorpsi obat cair pada IM akan terjadi sekitar 10-30 menit sedangkan secara SC bisa mencapai 30-60 menit.

Jarum yang dipergunakan adalah no. 21-23 (1,5 inci) sedangkan untuk klien kurus digunakan jarum dengan ukuran yang lebih kecil dan lebih pendek. Untuk klien anak menggunakan jarum ukuran 1 inci. Sudut penyuntikan 90° dengan melewati lapisan SC hingga masuk ke lapisan otot dalam. Ineksi IM lebih toleran terhadap jumlah volume lebih dibandingkan ineksi secara SC sehingga bisa disuntikkan obat 4 ml atau lebih.

Gunakan teknik *Z-Track* saat menyuntik yaitu dengan cara meregangkan kulit area penyuntikan, dengan urutan:

1. Untuk menghindari tusukan panya mencapai SC
2. Untuk menghindari berpindahnya obat dari lokasi IM
3. Untuk menghindari rasa sakit

Gunakan teknik kunci udara dengan memasukkan ± 1 ml udara ke dalam spuit sebelum penyuntikan. Teknik ini dapat mencegah obat masuk ke dalam jaringan SC, sehingga iritasi pada area sub kutan dapat dihindari.

B. Tujuan

Mendistribusikan obat ke jaringan otot



Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

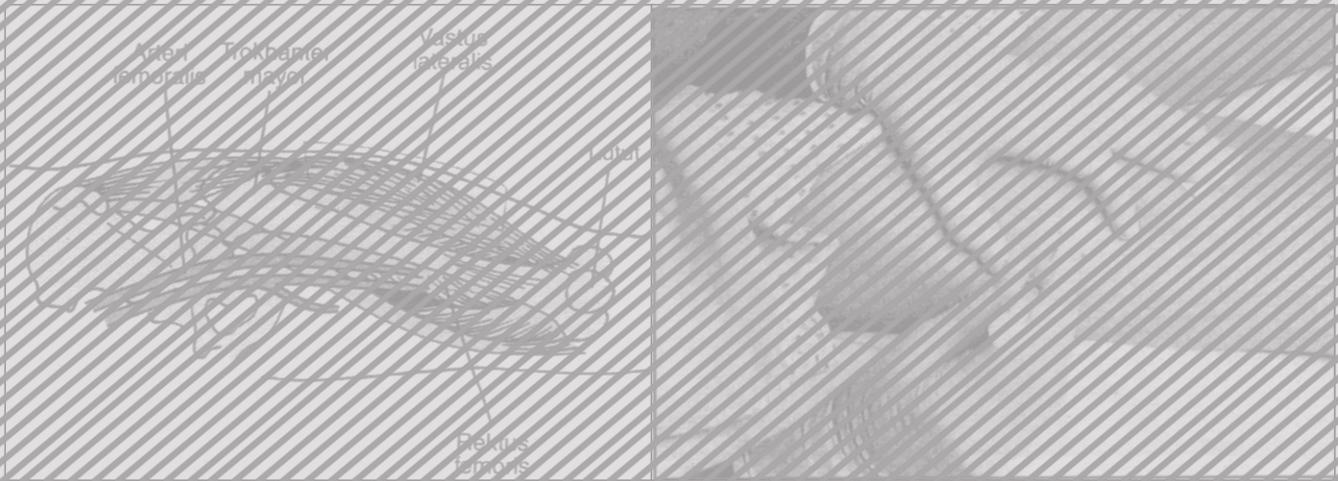
C. Lokasi Penyuntikan Im

1. Otot Deltoid



Gambar 16. Lokasi penyuntikan IM otot deltoid.

2. Otot Vastus Lateralis



Gambar 17. Lokasi penyuntikan IM otot vastus lateralis.

3. Otot Ventre Gluteal



Gambar 18. Lokasi penyuntikan IM otot ventrogluteal.

4. Otot Dorsal Gluteal



Gambar 19. Lokasi penyuntikan IM otot dorsal gluteal.

D. Persiapan Alat

Trolley yang berisi:

1. Obat dari kemasan ampul atau vial
2. Spuit/syringe steri
3. Needle (no. 21-23 sesuai kebutuhan)
4. Kori tutup yang berisi kapas.
5. Alkopol spray (atau bisa diganti dengan alkohol swab),
6. Baki infeksi,
7. Perlek,
8. Bungkuk (untuk sampah tidak tajam),
9. Container (untuk membuang ampul, jarum dan vial)
10. Sarung tangan bersin, dan
11. Lembar medikasi.

E. Pengkajian

1. Program obat,
2. Lokasi injeksi terakhir klien,
3. Alergi obat,
4. Struktur area injeksi, misal adanya memar, nyeri tekan, kerusakan kulit, nodus, atau edema.

F. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan insisi abdomen,
2. Ansietas berhubungan dengan nyeri akibat prosedur invasif.

G. Perencanaan

1. Cuci tangan
2. Cek order obat sesuai instruksi Dokter dan buka obat
3. Persiapkan alat dan pengobatan sesuai kebutuhan

H. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas pasien
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien dan keluarga
3. Mempersiapkan alat-alat dan mengatur posisinya di samping tempat tidur.
4. Menjaga privasi klien dengan menutup tirai atau pintu.
5. Mencuci tangan dan gunakan sarung tangan
6. Menyiapkan alat dan obat
7. Pilih tempat penyuntikan (misal: area Deltoid ⊕ dengan menggantung lengan baju).
8. Kaji area perivaskular: tidak terdapat lesi, tidak mengalami infeksi, bukan pada penonjolan tulang dan jaringan dibawahnya tidak terdapat saraf dan pembuluh darah
9. Posisi injeksi: pilih posisi yang nyaman untuk klien. Posisi injeksi dapat dilakukan dengan perivaskular:
 - a. Deltoid:
Posisi duduk atau berbaring dengan lengan fleksi, rileks atau diletakkan di atas abdomen.
 - b. Vastus Lateralis:
Posisi *flat, supine* dengan lutut sedikit fleksi.
 - c. Ventro Gluteal:
Posisi tengkurap atau *Sims* (miring) dengan lutut fleksi.
 - d. Dorsal Gluteal:
Posisi tengkurap atau *Sims* (miring) dengan lutut fleksi.
10. Pasang perisai (bila diperlukan). Lakukan teknik *Z-pack* (apabila klien gerak, regangkan kulit, apabila klien kurus cubit otot) dengan tangan non dominan.
11. Bersihkan tempat penyuntikan dengan kapas alkohol. Mengusap sekali searah atau secara sirkuler arah ke luar sekitar 5 cm.
12. Letakkan kapas alkohol pada tangan non dominan. Buka tutup spuit dan pegang spuit dengan tangan dominan (antara ibu jari dan telunjuk). Pertahankan area steril lokasi penyuntikan
13. Tusukkan jarum spuit dengan sudut 90°. Setelah jarum masuk ke dalam jaringan kulit, pindahkan tangan non dominan ke bagian bawah spuit untuk memegang spuit (memfiksasi spuit agar posisi jarum tidak bergerak) dan tangan dominan pindah ke bagian plunger untuk mengaspirasi
14. Dengan tangan dominan aspirasi spuit untuk memastikan jarum tidak menusuk pembuluh:
 - a. Jika tidak terdapat darah pada saat spuit diaspirasi, maka ineksikan obat tersebut dengan kecepatan 10 ml/detik.
 - b. Jika terdapat darah, segera cabut spuit dengan meletakkan kapas alkohol (yang dipegang dengan tangan non dominan) di ujung spuit (untuk menahan darah ke luar).
15. Setelah jarum tercabut, usap area penyuntikan dengan kapas alkohol dengan sedikit menekan

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

16. Apabila akan melakukan penyuntikan ulang:
 - a. Ganti obat dan spuitnya dengan yang baru.
 - b. Tentukan kembali area penyuntikan di lokasi IM yang lain (seperti pada prosedur no. 7-9).
 - c. Lakukan prosedur penyuntikan (sama dengan prosedur no. 10-14).
17. Setelah obat masuk ke dalam jaringan, cabut spuit dan usap area penyuntikan dengan kapas alkohol dengan sedikit menekan.
18. Tutup spuit dan buang di tempat yang disediakan.
19. Angkat perlek danembalikan klien pada posisi yang nyaman.
20. Buang kemasan obat (vial/ampul), jarum dan spuit pada tempat yang aman yang telah disediakan.
21. Merapikan linen dan tempat pada klien. Mengembalikan alat-alat pada tempat semula.
22. Melepaskan sarung tangan dan mencuci tangan.
23. Evaluasi dan dokumentasikan tindakan pada status klien.
24. Observasi respons klien terhadap penyuntikan hingga 30 menit kemudian.

I. Evaluasi

1. Terdapat atau tidak terdapat kemerahan, edema, atau nyeri di area injeksi.
2. Efek terapeutik dapat dirasakan atau tidak dapat dirasakan oleh klien.

J. Dokumentasi

1. Nama, rumah, dan rute obat yang diberikan.
2. Tujuan pemberian obat.
3. Data pengkajian yang relevan dengan tujuan pengobatan.
4. Temuan pengkajian yang berhubungan dengan area IM.
5. Efek terapeutik obat pada klien, dan
6. Penyuluhan/informasi mengenai obat.

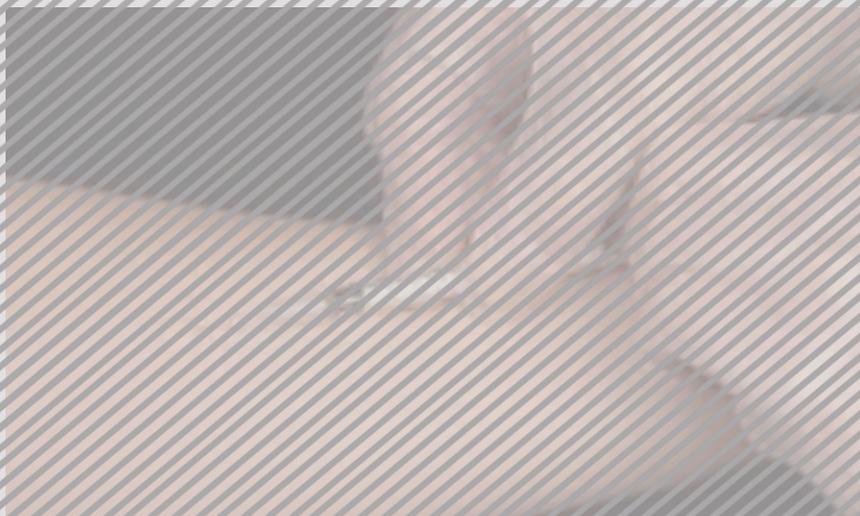
Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

6.3.3. Intracutan

A. Definisi

Injeksi ini dilakukan dengan menyuntikkan obat di bawah permukaan kulit. Menggunakan jarum ukuran kecil (14-16 inci) atau jarum khusus *Tuberculin Test* dengan sudut penyuntikan 5-15° pada permukaan kulit yang terang, sedikit rambut, tidak ada lesi dan edema.

Jumlah cairan yang disuntikkan adalah 0,01-0,1 ml. Contoh: 1 gram Ampisilin diencerkan 5 cc aquabidest. Ambil larutan tersebut 0,1 ml kemudian diencerkan hingga 1 ml. Masukkan obat secara intra dermal / intra cutan 0,01-0,1.



Gambar 26. Injeksi Intracutan

13. Hasil yang tepat adalah terdapat undulasi pada tempat penyuntikan.
14. Parik spuit, usap dengan kapas alkohol tetapi tidak boleh di tekan.
15. Berikan tanda pada kulit dengan menggunakan spidol taban air. Anjurkan klien untuk tidak mengasap, menggosok atau menggaruk area penyuntikan.
16. Tutup spuit dan buang di tempat yang disediakan.
17. Angkat pernak dan kembalikan klien pada posisi yang nyaman.
18. Buang kemasan ampul, jarum dan spuit pada tempat yang aman yang telah disediakan.
19. Merapikan klien dan tempat tidur klien. Mengembalikan alat-alat pada tempat semula.
20. Melepaskan sarung tangan dan mencuci tangan.
21. Evaluasi dan dokumentasikan undakan pada status klien.
22. Cek kembali area penyuntikan dan kaji respons klien setelah 15 menit penyuntikan (untuk *skin test*).

H. Evaluasi

Klien memperlihatkan atau tidak memperlihatkan tanda-tanda reaksi lokal atau sistemik.

I. Dokumentasi

1. Nama alergen atau toksik, toksik, area injeksi, dan rute pemberian,
2. Indikator reaksi sistemik atau lokal kalau ada,
3. Temuan abnormal di area kulit lokal,
4. Hasil observasi setelah 15 menit pemberian,
5. Penyuluhan mengenai informasi obat atau teknik injeksi.

6.3.4. Subcutan

A. Definisi

Injeksi yang diberikan dengan menyuntikkan obat pada jaringan lemak dengan sudut 45°. Untuk klien yang gemuk bisa dengan sudut 90°. Pada klien yang kurus sebaiknya di abdomen bagian atas. Pada area lokasi penyuntikan yang tidak terdapat lesi, tidak ada infeksi, bukan pada area penonjolan tulang dan jaringan dipawahnya tidak terdapat saraf dan pembuluh darah.

Obat yang diberikan secara SC biasanya bersifat isotonik, non iritatif, larut dalam air dan ditoleransi hingga 0,5-1 ml. Contoh obat yang diberikan secara SC adalah Insulin, Tetanus Toxoid (TT), Epinephrine, obat-obat alergi dan heparin (dapat diabsorpsi dengan baik melalui SC dan IM)

Lokasi penyuntikan SC adalah deltoid, abdomen, paha dan scapula (lihat di gambar 21) untuk tempat yang umum digunakan untuk injeksi SC dan perhatikan rotasi dari injeksi SC).



Gambar 21. Injeksi Subcutan

B. Tujuan

Memasukkan obat ke jaringan subkutaneus untuk diabsorpsi. Pada area sub kutan terdapat sedikit sirkulasi darah sehingga obat akan diabsorpsi secara lambat (tidak secepat apabila injeksi diberikan secara intra muskular (IM)).

C. Persiapan Alat

Tray yang berisi:

1. Obat dari kemasan ampul atau vial
2. Spuit/syringe steril (1-3 ml),
3. Needle (no. 25-27 sesuai kebutuhan)
4. Boks tutup yang berisi kapas
5. Alkohol spray (atau bisa diganti dengan alkohol swab),
6. Baki injeksi,
7. Perlak,
8. Bungkusan untuk sampah tidak tajam),
9. Container (untuk membuang ampul, jarum dan vial),
10. Sarung tangan bersih, dan
11. Lembar medikasi.

D. Pengkajian

1. Catatan program pengobatan yang lengkap,
2. Lokasi injeksi terakhir kali
3. Alergi obat,
4. Struktur area injeksi, misal adanya memar, nyeri tekan, kerusakan kulit, nodul, edema, kemerahan, lesi ramban, atau gigitan.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

E. Diagnosa Keperawatan

1. Kurang Pengetahuan Berhubungan Dengan Prosedur Teknik Pemberian Injeksi.
2. Risiko Ketidakepatuhan Berhubungan Dengan Kompleksitas Atau Kekronisan Regimen Yang Diprogramkan.

F. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas pasien
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien dan keluarga
3. Mempersiapkan alat-alat dan mengatur posisinya di samping tempat tidur.
4. Menjaga privasi klien dengan menutup tirai atau pintu.
5. Mencuci tangan dan gunakan sarung tangan.
6. Menyiapkan alat dan obat.
7. Pilih tempat penyuntikan (misal: area Deltoid @ dengan mengimung lengan baju).
8. Klien area penyuntikan tidak terdapat lesi, tidak mengalami infeksi, bukan pada peninjolan tulang dan jaringan dibawahnya tidak terdapat saraf dan pembuluh darah
9. Posisikan klien nyaman dengan siku fleksi dan letakkan lengan di atas permukaan abdomen (untuk area deltoid) Pasang perlak (apabila klien berbaring)
10. Bersihkan tempat penyuntikan dengan kapas alkohol. Mengusap sekali searah atau secara sirkuler arah ke luar sekitar 2 cm.
11. Letakkan kapas alkohol pada tangan non dominan. Buka tutup spuit dan pegang spuit dengan tangan dominan (antara ibu jari dan telunjuk).
12. Dengan tangan non dominan regangkan permukaan kulit (apabila pasien gemuk), cubit area penyuntikan (apabila pasien kurus). Pertandakan area steril lokasi penyuntikan.
13. Tusukkan jarum spuit dengan sudut 45° atau 90° (sesuaikan dengan ukuran jarum). Setelah jarum masuk ke dalam jaringan kulit, putarkan tangan non dominan ke bagian bawah spuit untuk memegang spuit (memfiksasi spuit agar posisi jarum tidak bergerak) dan tangan dominan pindah ke bagian plunger untuk mengaspirasi

14. Dengan tangan dominan aspirasi spuit untuk memastikan jarum tidak menusuk pembuluh:
 - a. Jika tidak terdapat darah pada saat spuit diaspirasi, maka injeksikan obat tersebut.
 - b. Jika terdapat darah, segera caput spuit dengan meletakkan kapas alkohol (yang dipegang dengan tangan non dominan) di ujung spuit untuk menahan darah ke luar.
15. Setelah jarum tercabut, usap area penyuntikan dengan kapas alkohol dengan sedikit menekan.
16. Apabila akan melakukan penyuntikan ulang,
 - a. Ganti obat dan spuitnya dengan yang baru.
 - b. Tentukan kembali area penyuntikan di lokasi SC lain (seperti pada prosedur no. 7-8).
 - c. Lakukan prosedur penyuntikan (sama dengan prosedur no. 9-14).
17. Setelah obat masuk ke dalam jaringan, caput spuit dan usap area penyuntikan dengan kapas alkohol dengan sedikit menekan.
18. Tutup spuit dan buang di tempat yang disediakan.
19. Angkat pernak danembalikan klien pada posisi yang nyaman.
20. Buang kemasan obat (vial/ampul), jarum dan spuit pada tempat yang aman yang telah disediakan.
21. Merapikan klien dan tempat tidur klien. Mengembalikan alat-alat pada tempat semula.
22. Melepaskan sarung tangan dan mencuci tangan.
23. Evaluasi dan dokumentasikan tindakan pada status klien.
24. Observasi respons klien terhadap penyuntikan hingga 30 menit kemudian.

G. Evaluasi

1. Klien melakukan dapat melakukan injeksi insulin sendiri dengan keakuratan 100% atau tidak dalam satu minggu setelah menerima instruksi.
2. Klien dapat mendemonstrasikan atau tidak dapat mendemonstrasikan kepatuhan terhadap regimen pengobatan pada pemeriksaan kontrol (*check-up*) 6 minggu setelah pulang dari rumah sakit.

H. Dokumentasi

1. Nama, dosis, dan rute obat injeksi.
2. Pengkajian dan data laboratorium yang relevan untuk tujuan pengobatan.
3. Efek obat.
4. Penyaluran tentang obat atau teknik injeksi.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

6.4 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN OBAT KULIT TOPIKAL

A. Definisi

Suatu tindakan pemberian medikasi melalui jaringan luar tubuh, yaitu kulit dengan menggunakan sediaan obat dalam bentuk salep, krim, losion, aerosol, sprai, atau serbuk.

B. Tujuan

1. Mempertahankan hidrasi lapisan kulit
2. Melindungi permukaan kulit
3. Mengurangi iritasi kulit lokal
4. Mengatasi infeksi, abrasi, atau iritasi

C. Persiapan Alat

1. Agen topikal yang dibutuhkan (salep, krim, losion, aerosol, sprai, atau serbuk)
2. Kasa steril
3. Handsecon
4. Handsecon steril (Optional)
5. Aplikator berujung kapas
6. *Tongkat spatel*
7. Baskon dengan air hangat, waslap, handuk, dan sabun basah
8. Kasa bantun
9. Penutup plastic
10. Plester

D. Pengkajian

1. Inspeksi kondisi kulit klien (apakah ada luka, memar, iritasi, infeksi, ruam, dll)
2. Kaji manifestasi yang dirasakan klien (waspada adanya tanda-tanda infeksi)
3. Kaji integritas kulit dan turgor klien
4. Telah psanan um medis tentang kebutuhan medikasi topical pada klien, apakah sesuai dengan manifestasi yang muncul pada pasien
5. Pasukan nama obat, dosis, waktu, dan tempat pemberian telah sesuai

E. Diagnosa Keperawatan

1. Kerasakan integritas kulit berhubungan dengan trauma
2. Resiko infeksi perhubungan dengan invasi mikroorganisme

F. Perencanaan

1. Cuci tangan
2. Persiapkan peralatan yang dibutuhkan
3. Persiapkan medikasi yang akan diberikan

G. Implementasi

1. Mengidentifikasi klien. Pastikan label obat sesuai dengan klien
2. Atur peralatan disamping tempat tidur klien
3. Menjaga privacy klien dengan menutup pintu/ tirai dan tenda
4. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan
5. Posisikan klien dengan nyaman. Lepaskan pakaian atau linen tempat tidur, pertahankan area yang tidak digunakan tertutup
6. Inspeksi kondisi kulit secara menyeluruh. Cuci area yang sakit, lepaskan semua debris dan kulit yang mengering. Pastikan area yang sakit kering dan bersihkan dengan alkohol
7. Kenungkan atau biarkan area kering klien udara
8. Apabila kulit masih kering dan mengeras gunakan agen topical saat kulit masih basah
9. Gunakan sarung tangan bila ada indikasi
10. Oleskan agen topical

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

Krim, Salep, dan Losion mengandung Minyak

1. Letakkan 1 sampai 2 sendok the obat di telapak dan lunakkan dengan menggosokkan lembut diantara kedua tangan
2. Manakala obat telah lunak dan lembut, usapkan merata diatas permukaan kulit, lakukan gerakan memanjang searah pertumbuhan bulu
3. Jelaskan pada klien bawah kulit dapat terasa perminyak setelah pemberian

Salep Antiangina (Nitroglycerin)

1. Berikan beberapa inci salep yang diinginkan diatas kertas pengukur
2. Kenakan sarung tangan sekali pakai bila diperlukan
3. Oleskan salep pada permukaan kulit dengan memegang tepi atau bagian belakang kertas pembungkus dan menempatkan salep diatas kulit. Jangan menggosok atau masase salep pada kulit
4. Tutup salep dan tapis dengan penutup plastic dan plester dengan aman (tidak menjadi keharusan)

Sprai Aerosol

1. Kocok kemasan dengan keras
2. Baca label untuk jarak yang dianjurkan untuk memegang sprai menjauh area biasanya (15 sampai 30 cm)
3. Bila isher atau bagian atas dada harus disemprot, minta klien untuk memalingkan wajah dari arah sprai
4. Semprotkan obat dengan merata pada bagian yang sakit (pada beberapa kasus penyemprotan ditetapkan waktunya selama beberapa detik)

Losion mengandung Suspensi

11. Kocok kemasan dengan kuat
12. Oleskan sejumlah kecil losion pada kasa balutan atau balutan kecil dan oleskan pada kulit dengan menekan merata searah pertumbuhan bulu
13. Jelaskan pada klien bahwa area akan terasa dingin dan kering

Serbuk

11. Pastikan bahwa permukaan kulit kering secara menyeluruh
12. Regangkan dengan baik bagian lipatan kulit seperti di antara ibu jari dan atau bagian bawah tangan
13. Bubukkan sedikit area kulit dengan dispenser sehingga area tertutup dengan serbuk halus, lapisan tipis
14. Tump area kulit dengan balutan bila di perbaiki untuk dipertahankan integritas kulitnya
15. Bantu klien untuk posisi nyaman kenakan kembali pakaian, dan tutup dengan linen tempat tidur sesuai dengan keinginan
16. Buang peralatan yang basah pada wadon yang disediakan dan cuci tangan

H. Evaluasi

1. Kaji kondisi kulit setelah diberikan agen topical apakah ada reaksi alergi seperti kemerahan pada kulit, rasa gatal, hingga rasa panas
2. Tanyakan pada klien apakah telah nyaman dengan pemberian agen topical dan dressing yang diberikan
3. Tanyakan pada klien apakah ada daerah kulit yang lain yang menjadi indikasi pemberian agen topical
4. Kaji pemahaman klien apakah yang tidak boleh dilakukan pada area kulit yang mendapat agen topical seperti tidak boleh melakukan masase, tidak boleh menghapus agen topical, tidak boleh membasahi area tersebut.

I. Dokumentasi

1. Lakukan tindakan sesuai dengan prosedur yang berlaku
2. Dokumentasikan luas luka ruam pada kulit klien
3. Dokumentasikan kondisi kulit sekitar luka klien
4. Catat respon klien setelah diberikan agen topical
5. Catat apakah terdapat respon alergi pada klien
6. Dokumentasikan kapan tindakan selanjutnya harus dilakukan

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

6.5 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN OBAT MATA

A. Definisi

Suatu tindakan pemberian obat pada mata yang dilakukan untuk mengobati kondisi mata yang mengalami trauma, iritasi, dan gangguan yang lain.

B. Tujuan

1. Mendilatasi pupil untuk pemeriksaan struktur internal mata
2. Melemahkan otot lensa mata untuk pengukuran retraksi lensa
3. Menghilangkan iritasi lokal
4. Mengobati gangguan mata
5. Meminyaki kornea dan konjungtiva

C. Persiapan Alat

1. Seduan obat dalam kemasan
2. Kapas dipr (bola kapas) atau ush
3. Baskom cuci dengan air hangat
4. Penutup mata, eye patch (tidak memadi keharusan)
5. Sarung tangan

D. Pengkajian

1. Inspeksi kondisi mata klien (apakah terdapat tanda-tanda iritasi, infeksi, perdarahan, pembengkakan, dll)
2. Kaji simetrisitas mata kanan dan kiri (adakah nistagmus, deflasi mata)

3. Kaji manifestasi yang dirasakan klien (apakah terdapat sensasi nyeri, panas, dll)
4. Kaji fungsi mata klien dengan melakukan pemeriksaan visus
5. Telaah pesanan tim medis tentang kebutuhan medikasi mata pada klien, apakah sesuai dengan manifestasi yang muncul pada pasien
6. Pasukan nama obat, dosis, waktu, dan tempat pemberian telah sesuai

E. Diagnosa Keperawatan

Perubahan sensori persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan; gangguan status organ ditandai dengan kebutaan lapang pandang progresif

F. Perencanaan

1. Cuci tangan
2. Persiapkan peralatan yang dibutuhkan
3. Persiapkan medikasi yang akan diberikan
4. Periksa gelang idenitas klien dan tanyakan nama klien apakah sesuai
5. Jelaskan prosedur pemberian obat yang akan dilakukan

G. Implementasi

1. Identifikasi klien, pastikan sesuai dengan label obat yang akan diberikan
2. Atur peralatan disamping tempat tidur klien
3. Menjaga privacy klien dengan menutup pintu/ tirai, dan jendela
4. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan
5. Posisikan klien telentang dengan leher mendongak (hiperekstensi)
6. Bila terdapat kotoran (belek) pada mata klien drainase di sepanjang kelopak mata atau kantong dalam, basuh dengan perlahan. Basuh semua kotoran yang sudah mengering dan sulit dibuang dengan memakai lap bersih dan lembab. Bila terdapat beak pada mata selanjutnya, minta klien untuk menggerakkan bola mata dalam kearah kanan
7. Pegang bola kapas atau tisu yang bersih pada tangan non-dominan di atas tulang pipi klien tepat dibawah kelopak mata bawah
8. Dengan bola kapas atau tisu di bawah kelopak mata bawah dengan ibu jari atau jari telunjuk di atas tulang orbita
9. Minta klien untuk melihat pada langit-langit
10. Teteskan obat tetes mata:
 - a. Dengan tangan dominan anda di dahi klien, pegang penetes mata yang telah terisi obat kurang lebih 1 sampai 2 cm (0,5 sampai 0,75 inch) diatas sakus konjungtiva
 - b. Teteskan sejumlah obat yang dibutuhkan klien (telah dengan rekomendasi tim medis) kedalam sakus konjungtiva
 - c. Bila klien berkedip atau menutup mata atau bila tetesan jatuh ke pinggiran luar kelopak mata, minta prosedar
 - d. Bila memberikan obat yang menyebabkan efek sistemik, hindangi jari anda dengan sarung tangan atau tisu bersih dan berikan tekanan lembut pada duktus nasolacrimal klien selama 30 – 60 detik
 - e. Setelah meneteskan obat tetes minta klien untuk menutup mata dengan perlahan
11. Memasukkan salep mata:
 - a. Pegang aplikator salep di atas pinggir kelopak mata, pencet urde sehingga memberikan aliran tipis sepanjang tepi dalam kelopak mata bawah pada konjungtiva
 - b. Minta klien untuk melihat ke bawah
 - c. Berikan aliran tipis sepanjang kelopak mata atas pada konjungtiva dalam
 - d. Biarkan klien memejamkan mata dan menggosok mata secara perlahan dengan gerakan sikular menggunakan bola kapas
12. Bila terdapat kelebihan obat pada kelopak mata, dengan perlahan usap dari bagian dalam keluar kantung.
13. Bila klien mempunyai penutup mata, pasang penutup mata yang bersih di atas pada mata yang sakit sehingga seluruh mata terlindungi. Plester dengan aman tanpa memberikan tekanan pada mata

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

14. Lepaskan sarung tangan, cuci tangan, dan buang peralatan yang sudah terpakai
15. Catat obat, konsentrasi, jumlah tetesan/waktu pemberian, dan mata (kiri atau kanan)

H. Evaluasi

1. Kaji kondisi mata setelah diberikan medikasi apakah ada reaksi alergi seperti kemerahan pada mata dan area sekitarnya, rasa gatal, hingga rasa panas
2. Tanyakan pada klien apakah telah nyaman dengan pemberian medikasi
3. Tanyakan pada klien apakah mata sisi lainnya mengalami kondisi yang sama?
4. Kaji pemahaman klien apakah yang tidak boleh dilakukan pada area mata yang mendapat medikasi seperti tidak boleh mengucek/nyucek mata, tidak boleh membasahi mata, dan lain-lain

I. Dokumentasi

1. Lakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan, waktu, dan obat yang diberikan
2. Dokumentasikan fungsi mata klien
3. Dokumentasikan kondisi mata klien
4. Catat respon klien setelah diberikan medikasi
5. Catat apakah terdapat respon alergi pada klien
6. Dokumentasikan kapan tindakan selanjutnya harus dilakukan

6.6 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN INHALER DOSIS TERUKUR

A. Definisi

Sebuah tindakan pengobatan yang diurungkan untuk mengembalikan perubahan-perubahan patofisiologi pertukaran gas sistem kardio pulmoner ke arah yang normal kembali dengan menggunakan alat bantu pernapasan.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

B. Tujuan

1. Sebagai media bronkodilator
2. Untuk mencairkan sekret yang ada di saluran pernapasan
3. Sebagai media pemberian medikasi dosis tinggi melalui jalan napas

C. Indikasi

Penggunaan terapi inhalasi ini diindikasikan untuk pengobatan asma, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), bronkiektasis, keadaan atau penyakit lain dengan sputum yang kental dan lengket

D. Persiapan Alat

1. Inhaler dosis terukur dengan obat dalam kaleng kecil
2. Aerochamber (tidak menjadi keharusan)
3. Pisau (tidak menjadi keharusan)
4. Air untuk memocot mulut, khususnya setelah menggunakan inhaler steroid

E. Pengkajian

1. Inspeksi napas klien
2. Auskultasi suara napas klien (bila tidak darurat)
3. Kaji kebutuhan dosis medikasi klien

F. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan bronkospasme
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan peningkatan kerja napas

G. Perencanaan

1. Cuci tangan
2. Persiapkan peralatan yang dibutuhkan
3. Persiapkan medikasi yang akan diberikan
4. Pastikan inhaler dapat berfungsi dengan mencoba alat tekan inhaler

H. Implementasi

1. Berikan klien kesempatan untuk memanipulasi inhaler dan kalengnya. Jelaskan dan peragakan cara memasang kaleng dengan inhaler
2. Jelaskan apa yang dimaksud dengan dosis terukur dan ingatkan klien tentang kelebihan penggunaan inhaler, termasuk efek samping obat
3. Jelaskan langkah- langkah penggunaan dosis obat inhaler (peragakan tahap- tahapnya bila mungkin).
 - a. Lepaskan penutup dan pegang inhaler tegak, genggam dengan ibu jari dan dua jari berikutnya (jari telunjuk dan jari tengah)
 - b. Kecok inhaler
 - c. Dongakkan kepala sedikit kebelakang dan hembuskan napas
 - d. Posisikan inhaler dalam salah satu dari cara berikut ini:
 - i. Buka mulut, letakkan inhaler dengan jarak 0,5 cm (1-2 inci) dari mulut
 - ii. Sambungkan spacer ke mouthpiece inhaler
 - iii. Letakkan mouthpiece inhaler atau spacer di mulut
 - e. Tekan kebawah inhaler guna melepaskan obat (sekarai sapuan) sambil menghirup perlahan
 - f. Napas perlahan selama 2 sampai 3 detik
 - g. Tahan napas selama kurang lebih 10 detik
 - h. Ulangi semprotan sesuai instruksi, tunggu 1 menit antara setiap semprotan
4. Bila diresepkan dua MDI, tunggu 5 sampai 10 detik antara inhalasi
5. Jelaskan bahwa mungkin klien merasa ada sensasi tersedak pada tenggorokan yang disebabkan oleh droplet obat pada faring atau lisa
6. Perintahkan klien untuk membuang kaleng obat dan membersihkan inhaler dengan air hangat

I. Evaluasi

Evaluasi esher dan kemampuan klien setelah menggunakan inhaler sesuai rencana

J. Dokumentasi

Catat pada catatan perawat isi atau keterampilan yang diajarkan dan kemampuan klien menggunakan inhaler.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

6.7 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN SUPOSITORIA REKTAL

A. DEFINISI

Pemberian obat suppositoria adalah cara memberikan obat dengan memasukkan obat melalui anus atau rektum



Cambar 22 Pemberian obat suppositoria

B. Tujuan

1. Untuk memperoleh efek obat lokal maupun sistemik.
2. Untuk melunakkan feses sehingga mudah untuk dikeluarkan.

C. Indikasi

1. Klien dengan konstipasi, dan
2. Klien dengan penyakit hemorrhoid.

D. Persiapan Alat

1. Obat supositoria rectal
2. Jelly pelumas
3. Sarung tangan
4. Tissue
5. Perlak
6. Bengkok

E. Pengkajian

Cek kembali order pengobatan, mengenai jenis pengobatan, waktu, jumlah dan dosis.

F. Diagnosa

Konstipasi berhubungan dengan pola defekasi tidak teratur.

G. Perencanaan

1. Siapkan alat
2. Cuci tangan

H. Implementasi

1. Identifikasi obat, dosis, obat apa, dosis, nama
2. Jaga privasi dan mintalah klien untuk berkecambah terlentang dan lutut
3. Atur posisi klien berbaring melakukan posisi simas dengan kaki atas fleksi kedepan dan pinggul supinasi eksternal.
4. Tutup dengan selimut mandi dan ekspose hanya pada area permeal saja.
5. Pakai sarung tangan
6. Buka supositoria dari kemasannya dan beri pelumas pada ujung buanya dengan jelly. Beri pelumas sarung tangan pada jari telunjuk dari tangan dominan
7. Minta klien untuk menarik nafas dalam melalui mulut dan untuk mereleksasikan sphincter ani.
8. Regangkan bokong klien dengan tangan non dominan, dengan jari telunjuk masukkan supositoria ke dalam anus melalui sphincter ani dan mengenai dinding rectal 10 cm pada orang dewasa dan 5 cm pada bayi dan anak - anak. Tarik jari anda dan bersihkan area anus klien. Anjurkan klien untuk tetap berbaring terlentang atau piring selama 5 menit
9. Bila supositoria mengandung laksatif atau pelunak feses, letakkan tombol pemanggil dalam jangkauan klien sehingga klien dapat mencari bantuan untuk mengambing pispot atau ke kamar mandi.
10. Lepaskan sarung tangan, buang ditempat semestinya.
11. Cuci tangan
12. Kaji respon klien.
13. Dokumentasikan semua tindakan.

I. Evaluasi

Evaluasi respon klien.

J. Dokumentasi

Cara mengenai nama obat, rute pemberian, waktu, jumlah, dosis dan nama perawat

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

7.1 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN INFUS (IV-LINE)

A. Definisi

Memasang selang infus dengan membuat line (jalur) melalui pembuluh darah dengan memasukkan *venflon*, *abocath* atau *surflo* (jarum kaku dan tajam yang dilapisi plastik).

B. Tujuan

1. Memberikan cairan pada klien,
2. Memberikan nutrisi parenteral pada klien, dan
3. Memberikan obat-obatan (intravena per drip atau bolus) pada klien.

C. Indikasi

1. Pasien tidak sadar,
2. Pasien *pre* dan *post* operasi besar,
3. Pasien dengan pemberian infus dan obat-obatan (intravena per drip atau bolus), dan
4. Pasien dengan kehilangan cairan atau darah.

D. Persiapan Alat

Trolley yang berisi:

1. *Venflon*, *abocath* atau *surflo* sesuai dengan ukuran yang dibutuhkan:
 - a. Dewasa : 14–20
 - Untuk bedah mayor menggunakan No. 16
 - Untuk transfusi menggunakan No. 18
 - b. Anak-anak : 22–24
 - c. Infant : 24–25
2. Infus set (makro/mikro) atau Blood set,
3. Cairan infus atau obat yang sesuai dengan kebutuhan klien,
4. *Needle Wing* (bila diperlukan),
5. Standar infus,
6. Tourniket,
7. Perlak,
8. Kapas alkohol dalam tempatnya,
9. Larutan antiseptik dalam tempatnya,
10. Kasa steril dalam tempatnya,
11. Sarung tangan bersih,
12. Plester,
13. Bengkok, dan
14. Gunting.

E. Pengkajian

1. Alasan rasional pemasangan infus pada klien,
2. Program jenis cairan dan kecepatan aliran cairan dan atau tempat IV yang khusus,
3. Status kulit pada tangan dan lengan,
4. Kemampuan klien untuk mencegah pergerakan tangan atau lengan selama prosuderal,
5. Alergi terhadap plester, iodin, atau antibiotik, dan
6. Pengetahuan klien tentang terapi IV.

F. Diagnosa Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan buruknya asupan oral.
2. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

G. Perencanaan

1. Persiapkan jenis cairan sesuai dengan kebutuhan pasien.
2. Pilihlah *venflon*, *abocath* atau *surflo* sesuai dengan ukuran yang dibutuhkan.

H. Implementasi

1. Pengkajian:
 - a. Mengkaji kebutuhan klien untuk pemasangan infus (*iv-line*).
 - b. Cek kembali instruksi dokter, menentukan/mengidentifikasi jenis, jumlah dan waktu cairan, obat atau darah yang akan diberikan.
 - c. Mengkaji apakah klien membutuhkan pengambilan spesimen darah.
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan pemasangan infus (*iv-line*) pada klien dan atau keluarga.
3. Memeriksa alat-alat dan mengaturnya di samping tempat tidur.
4. Menjaga *privacy* klien dengan memasang sampiran atau menutup pintu/tirai dan jendela.
5. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan.
6. Tentukan area pemasangan (dengan memilih vena yang tepat dan benar, motivasi klien untuk mengepalkan tangan). Letakkan perik di bawah tangan yang akan dipasang infus dan dekatan bengkok pada klien.
7. Pasang infus set ke cairan.
 - a. Memeriksa plasuk infus set dengan benar.
 - b. Tetap melindungi ujung selang tetap dalam kondisi steril.
 - c. Pasang klem roll sekitar 2-4 cm di bawah bilik drip (*chamber*) dan pindahkan klem roll pada posisi "0".
 - d. Menyambungkan infus set dengan cairan infus dengan posisi cairan infus mengarah ke atas.
 - e. Menggantungkan cairan infus di standar infus.
 - f. Mengisi bilik drip dengan cara menekan dan lepaskan, biarkan terisi $\frac{1}{2}$ sampai $\frac{1}{2}$ penuh.
 - g. Mengisi selang infus dengan cairan.
 - h. Menutupi ujung selang dengan tutup (tetap petahankan kesterilan).
 - Pastikan selang infus tidak berisi udara.
8. Pasang tourniket 10-12 cm di atas tempat penusukan.
9. Desinfeksi vena dengan teknik yang benar memakai larutan antiseptik dan kemudian dihapus dengan alkohol dengan cara:
 - a. Memutar atau
 - b. Ke bawah dengan satu kali usapan.
10. Buka kateter *venflon/ abocath/ surflo* dan periksa apakah terdapat kerusakan.
11. Memusukkan apocath ke dalam vena yang dipilih:
 - a. Bagian yang runcing menyentuh kulit klien.
 - b. Kemiringan jarum dengan sudut 20° .
12. Perhatikan:
 - a. Perhatikan adanya darah dalam kompartemen darah pada *abocath*, bila ada maka *needle* sedikit demi sedikit dicabut dan kateter dimasukkan perlahan-lahan.
 - b. Tekan kateter dengan satu jari dan lepaskan searah *needle* dari kateter.
 - c. Lepas atau longgarkan tourniket.
 - d. Sambungkan kateter dengan selang infus.
 - e. Buka klem selang infus dan observasi apakah cairan infus menetes dengan lancar.
 - f. Observasi ketepatan insersi.
 - Apabila tampak bengkok:
 - Tarik kateter dari vena.
 - Ulangi prosedur pemasangan infus.
 - g. Memasang plester pada ujung kateter tapi tidak menyentuh area penusukan untuk fiksasi.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

- n. Oleskan antiseptik di area yang dimasuki kateter, tutup dengan kasa steri kering.
 - o. Fiksasi dengan plester secara benar untuk mempertahankan keamanan kateter agar tidak tercabut.
 - p. Mengatur tetesan infus sesuai dengan kebutuhan klien.
 - q. Beri etiket pada selang infus dan kateter:
 - Tanggal, bulan, jam pemasangan
 - Nama perawat yang memasang
 - r. Pada botol infus uliskan:
 - Lamanya pemberian cairan/jam (mulai jam ...s/d.)
 - Frekuensi, cairan yang ke berapa?
 - Banyaknya tetesan/menit yang diberikan
13. Merapikan klien dan tempat tidur klien.
14. Membersihkan dan mengembalikan alat-alat pada tempat semula.
15. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan.
16. Evaluasi dan dokumentasikan tindakan pada status klien

k. Evaluasi

Tempat insersi IV bersih dan kering, tanpa nyeri, kemerahan, dan pembengkakan atau tidak

j. Dokumentasi

Mencatat tindakan yang telah dilakukan:

1. Respon pasien,
2. Waktu pemasangan infus,
3. Vena yang dipasang,
4. Cairan dan tetesan yang diberikan
5. Nomor tindakan
6. Perawat yang memasang.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

7.1.1 Pengaturan Kecepatan Aliran IV

A. Definisi

Menghitung kecepatan infus untuk mencegah ketidaktepatan pemberian cairan.

B. Tujuan

1. Mencegah terjadinya kolaps kardiovaskular dan sirkulasi pada klien dehidrasi dan syok.
2. Mencegah kelebihan cairan pada klien

C. Persiapan Alat

1. Kertas dan pensil, dan
2. Jam dengan jarum detik.

D. Perencanaan

1. Membaca program dokter dan ikuti enam benar untuk memasukkan larutan yang benar.
2. Mencari tahu kalibrasi dalam tetesan per milliliter dari set infuse (sesuai petunjuk pada bungkus)
 - a. Tetes mikro (mikrodrip): 1 cc = 60 tetes
 - b. Tetes makro (makrodrip)
 - 1 cc = 15 tetes
 - 1 cc = 20 tetes

3. Memilih salah satu rumus berikut:

Milliliter per jam:

$$(\text{cc}) \text{ cc/jam} = \frac{\text{Jumlah total cairan infuse}}{\text{Lama waktu penginfusan (jam)}}$$

Tetes per menit.

$$\frac{\text{Jumlah total cairan infuse (cc)} \times \text{factor tetesan}}{\text{Lama waktu pemberian cairan}}$$

E Implementasi

1. Mencuci tangan
2. Memakai sarung tangan
3. Cairan IV biasanya dipesankan untuk periode 24 jam, yang menunjukkan seberapa lama tiap liter cairan harus diberikan.
4. Tentukan kecepatan per jam dengan membagi volume dengan jam.

Contoh:

$$\frac{1000 \text{ ml}}{8 \text{ jam}} = 125 \text{ ml/jam}$$

8 jam

Atau apabila 3 L diprogramkan untuk 24 jam:

$$\frac{3000 \text{ ml}}{24 \text{ jam}} = 125 \text{ ml/jam}$$

24 jam

Setelah kecepatan per jam ditetapkan, hitung kecepatan per menit berdasarkan faktor tetesan dari set infus.

Contoh:

Mikrodrip

$$\frac{125 \text{ ml} \times 60 \text{ tts/menit}}{60 \text{ menit}} = \frac{7500 \text{ tts}}{60 \text{ menit}} = 125 \text{ dt/menit}$$

Makrodrip

$$\frac{125 \text{ ml} \times 15 \text{ tts/menit}}{60 \text{ menit}} = \frac{1875 \text{ tts}}{60 \text{ menit}} = 31,32 \text{ tts/menit}$$

5. Kemudian setelah selesai menentukan kecepatan aliran dengan menampung tetesan pada pink drip selama satu menit, hitung jumlah tetesan per menit, dan tentukan laju aliran per jam atau per liter per jam.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

H Jika Menggunakan *Infuse Pump*

6. Sambungkan kabel power ke mesin dan sumber listrik, kemudian nyalakan tombol power.
7. Lakukan *priming* pada set infus, pastikan tidak ada udara di sepanjang selang.
8. Posisikan *roller klem* di bawah pump. Buka pintu pump, geser klem yang terletak di bawah lalu pasang set infus dan pastikan posisi set infus dalam posisi lurus, tutup kembali pintu pump.
9. Atur kecepatan tetesan (D-RATE) sesuai order dengan menekan tombol "RATE/LIMIT". Display terbaca D-Rate ml/h
10. Atur batasan cairan/delivery limit (max 9 999 ml), dengan menekan tombol "RATE/LIMIT". Display terbaca D-Limit ml/h
11. Buka *roller klem* dan IV set (hubungkan IV set dengan IV cateter), lalu tekan tombol "START".

Note.

Bila ingin mengubah urutan tetesan dan tekan angka yang diinginkan sesuai kebutuhan

^^ : Puluhan naik ^ : Satuan naik

vv : Puluhan turun v : Satuan turun

Bila jumlah cairan yang diinginkan sudah tercapai, maka lampu "COMPLETION" akan menyala. Pada situasi ini, mesin masih berjalan dengan kecepatan minimum (1 ml/jam), untuk menjaga kepatenan IV kateter di dalam vena

12. Kaji kepatenan sistem ketika alarm berbunyi
13. Memeriksa kecepatan ml setiap jam.
14. Mendokumentasikan pada catatan perawat mengenai larutan dan waktu.



Gambar 23. Infus pump

F. Evaluasi

Tempat insersi IV bersih dan kering, tanpa nyeri, kemerahan, dan pembengkakan atau tidak.

G. Dokumentasi

Mencatat tindakan yang telah dilakukan:

1. Respon pasien,
2. Cairan dan tetesan yang diberikan.

7.1.2 Penggantian Cairan Intravena

A. Definisi

Melaksanakan pemberian terapi cairan melalui intravena.

B. Tujuan

Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh, elektrolit, vitamin, protein, kalori dan nitrogen pada klien yang tidak mampu mempertahankan masukan yang adekuat melalui mulut.

C. Persiapan Alat

1. Cairan infus pengganti
2. Alkohol swab
3. Jari tangan

D. Perencanaan

Membaca program dokter dan ikuti etas benar untuk memastikan larutan yang benar.

E. Implementasi

1. Pastikan kebutuhan klien akan penempatan botol cairan infus dan cek cairan infus sesuai (benar : benar nama pasien, tanggal, dan golongan darah) sesuai buku petunjuk.
2. Sampaikan salam.
3. Jelaskan prosedur kepada pasien.
4. Dekatkan alat ke samping tempat tidur, jaga kesterilan alat.
5. Buka plastic botol cairan.
6. Matikan klien infus set, ambil botol yang terpasang
7. Ambil botol yang baru, buka tutupnya, kemudian swab dengan alkohol swab tusukkan alat penusuk pada infus set ke mulut botol infus dari arah atas dengan posisi botol tegak lurus
8. Gantung kantong botol cairan
9. Periksa adanya udara di selang, dan pastikan bilik drip terisi cairan
10. Atur kembali tetesan sesuai program
11. Evaluasi respon pasien dan amati area sekitar penusukan infus
12. Bereskan alat
13. Sampaikan salam
14. Cuci tangan
15. Dokumentasikan tindakan

F. Evaluasi

Tempat insersi IV bersih dan kering, tanpa nyeri, kemerahan, dan pembengkakan atau tidak.

G. Dokumentasi

1. Respon pasien,
2. Cairan dan tetesan yang diberikan.

7.2 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN TRANSFUSI DARAH

A. Definisi

Transfusi darah adalah suatu pemberian darah lengkap atau komponen darah seperti plasma, sel darah merah, kemasam atau trombosit melalui IV.

B. Tujuan

1. Meningkatkan volume sirkulasi darah setelah pembedahan, trauma atau perdarahan
2. Meningkatkan jumlah sel darah merah dan untuk mempertahankan kadar hemoglobin pada klien yang mengalami anemia berat
3. Memberikan komponen seluler yang terpilih sebagai terapi pengganti (misal: faktor pembekuan plasma untuk membantu mengontrol perdarahan pada klien yang menderita hemofilia)

C. Indikasi

1. Pasien dengan kehilangan darah dalam jumlah besar (operasi besar, perdarahan postpartum, kecelakaan, luka bakar berat, penyakit kekurangan kadar Hb atau penyakit kelainan darah).
2. Pasien dengan syok hemoragi
3. Anemia pada perdarahan akut setelah didahului penggantian volume dengan cairan
4. Anemia kronis jika Hb tidak dapat diingkatkan dengan cara lain
5. Gangguan pembekuan darah karena defisiensi komponen.
6. Plasma loss atau hipalbuminemia jika tidak dapat lagi diberikan plasma substitute atau larutan albumin.

D. Persiapan

a. Persiapan Alat

1. Unit darah lengkap, PRC atau komponen lainnya
2. Set pemberian darah dengan filter 170/260µ
3. Filter darah tambahan, jika perlu,
4. Pompa IV jika perlu,
5. 250 ml saline normal untuk infus
6. Pang infus,
7. Set infus yang mampu terdiri dari jumlah atau batas 20G
8. Kapas alikali
9. Plester dan
10. Sarung tangan

b. Persiapan pasien

1. Cek gelang pengenal klien
2. Baringkan klien ke posisi yang nyaman, baik duduk atau berbaring
3. Pasangkan lokasi IV dan jaga privasi klien

c. Persiapan Perawat

1. Pertahankan *Universal Precaution*

E. Pengkajian

1. Cek program dokter.
2. Cek formulir permintaan dan label kantong darah, cek nama, identitas, nomor identifikasi, golongan darah, kelompok rh, no darah donor dan no kadaluwarsa

F. Perencanaan

1. Pasang jalur intravena.
2. Jika klien sedang diberikan infus larutan IV, periksa apakah jarumnya sesuai untuk transfusi darah (20 G atau lebih besar)
3. Jika klien tidak sedang diberikan larutan infus, maka harus dilakukan fungsi vena.

G. Implementasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur.
2. Berikan privasi klien.
3. Cuci tangan dan pertahankan universal precaution
4. Persiapkan perlengkapan infus
 - a. Pastikan filter darah di dalam bingkai tetes sesuai untuk komponen darah yang akan ditransfusikan. Sambungkan slang darah ke filter darah, jika perlu
 - b. Pasang sarung tangan

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

- c. Tutup semua klem
 - d. Tusukkan spike ke wadah larutan salin
 - e. Gantungkan Wadah IV pada tiang infus, sekitar 1m di atas lokasi pungsi vena
5. Alirkan cairan kedalam slang
 - a. Buka klem atas pada slang salin normal, dan mengisi bilik tetes sampai merendam filter.
 - b. Kecek ruang filter untuk mengeluarkan udara dalam filter
 - c. Buka klem aliran utama, dan isis slang dengan salin
 - d. Pump kedua klem.
 6. Mulai alirkan larutan salin.
 - a. Jika larutan IV yang sedang digunakan tidak cocok dengan darah, hentikan infus.
 - b. Sambungkan slang darah yang terisi salin normal ke kateter intravena
 - c. Buka klem wadah salin dan klem aliran utama, lalu atur kecepatan aliran.
 - d. Infuskan sejumlah kecil larutan untuk memastikan tidak ada masalah dengan aliran atau lokasi pungsi vena
 7. Dapatkan komponen darah yang tepat untuk klien
 8. Siapkan kantong darah
 - a. Bolak-balikkan kantong darah perlahan beberapa kali untuk menzampur sel dengan plasma.
 - b. Buka port pada kantong darah dengan menarik penutupnya.
 - c. Tusukkan spike pada set Y ke port kantong darah
 - d. Gantungkan kantong darah
 9. Lakukan transfusi darah.
 - a. Tutup klem atas yang berada di bawah wadah larutan salin.
 - b. Buka klem atas yang berada di bawah kantong darah. Darah akan mengalir mengisi bilik tetes yang terisi dengan larutan salin. Setelah mengisi bilik tetes, pompa akan mengisi kembali bilik tetes dengan darah. (Ketuk filter untuk mengeluarkan sisa udara yang ada dalam filter)
 - c. Atur kembali kecepatan aliran dengan menggunakan klem aliran utama
 10. Observasi klien dengan cermat
 - a. Alirkan darah secara lambat pada 15 menit pertama, yaitu 20x/menit
 - b. Perhatikan reaksi merugikan, seperti menggigil, muntah, mual, mual, mual, atau takikardi.
 - c. Ingatkan klien untuk segera memanggil perawat jika ada gejala tidak wajar selama transfusi
 11. Dokumentasi

H. Evaluasi

1. Pantau klien 15 menit setelah transfusi dimulai, periksa tanda-tanda vital klien
2. Kaji TTV setiap 30 menit atau lebih sering bergantung pada status kesehatan.

I. Dokumentasi

1. Catat awal transfusi darah
2. Tanda-tanda vital,
3. Golongan darah,
4. No unit darah, no urut, lokasi pungsi vena, ukuran jarum, dan kecepatan tetesan.
5. Nama perawat dan waktu.

8.1 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN NGT

A. Definisi

Pemasangan selang (*tube*) dari rongga hidung sampai ke lambung.

B. Tujuan

1. Pemenuhan nutrisi dengan memberikan makanan cair,
2. Memasukkan obat-obatan cair atau obat-obatan padat yang sudah dihaluskan, dan
3. Kumbah lambung.

C. Indikasi

1. Pasien tidak sadar.
2. Pasien dengan masalah saluran cerna bagian atas (misal: stenosis esofagus, tumor pada mulut, tumor pada faring atau tumor pada esofagus),
3. Pasien dengan kesulitan menelan,
4. Pasien paska bedah pada mulut, faring atau esofagus,
5. Pasien yang mengalami hematemesis, dan
6. Pasien yang mengalami IFO (Intoksikasi Fosfat Organik).

D. Persiapan Alat

1. NGT (Feeding Tube) sesuai ukuran:
 - a. Dewasa : 16-18 Fr
 - b. Anak-anak : 9-10 Fr
 - c. Bayi : 6 Fr
2. 1 buah handuk kecil,
3. 1 buah perlak,
4. *Jelly* atau *lubricant*,
5. Sarung tangan bersih,
6. Spuit 10 cc,
7. Plester atau hipafix,
8. Benang wol (bila ada),
9. Gunting,
10. Tongue Spatel,
11. Penlight atau senter,
12. Stetoskop, dan
13. Bengkok.

E. Pengkajian

1. Cek instruksi dokter,
2. Kaji apakah pasien kooperatif,
3. Tentukan alat-alat yang tersedia,
4. Status gastrointestinal, mual, muntah, diare, bunyi usus, distensi abdomen dan lingkaran perut.

F. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan disfagia,
2. Mual berhubungan dengan ketiadaan peristaltik usus.

G. Perencanaan

1. Cuci tangan
2. Kumpulkan alat-alat
3. Rencanakan segala bantuan yang diperlukan
4. Tentukan tube yang diperlukan

H. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas pasien
2. Cek kembali instruksi Dokter.
3. Menjelaskan prosedur dan tujuan pemasangan NGT pada klien dan keluarga.
4. Mengatur posisi peralatan di samping tempat tidur, memindahkan peralatan yang tidak diperlukan.
5. Menjaga *privacy* klien dengan memasang penghalang atau menutup pintu.
6. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan
7. Berdiri di samping klien, di sisi yang sama dengan lubang hidung yang akan diinsersi dan dekatkan alat alat
 - a. Atur klien dalam posisi *Fowler* (kecuali ada kontraindikasi) dengan meletakkan bantal di belakang kepala dan bahu.
 - b. Pasang perlak di atas bantal dan handuk di atas dada
 - c. Letakkan bengkok di atas dada
8. Tentukan panjang selang yang akan dimasukkan dan beri tanda dengan plester. Terdapat 2 metode:
 - a. Diukur dari ujung hidung ke daun telinga lalu ke prosesus xiphoides.
 - b. Diukur dari ubun-ubun besar ke ujung hidung lalu ke prosesus xiphoides.
9. Beri tahu pada selang yang akan dipasang.
10. Instruksikan klien bila dalam keadaan sadar, bila klien tidak sadar, lakukan pemeriksaan lubang hidung (klien mungkin merasa ingin muntah).
 - a. Bila terasa ada tahanan masukkan selang sambil diputar (jangan dipaksakan).
11. Bila sudah terasa melewati batas kerongkongan, minta klien untuk membuka mulut dan lidat dengan bantuan *tongue spatel* dan senter apakah selang melingkar di dalam kerongkongan atau mulut.
 - a. Bila iya tarik kembali selang, ajarkan klien isurakat kemudian tes selang dengan jelly dan pasang pada lubang hidung yang lain dengan cara yang sama.
 - b. Bila tidak, fleksikan kepala klien dan masukkan selang sampai melewati nasofaring. Saat dimasukkan, ajarkan klien untuk menelan (bila pasien sadar)
12. Masukkan terus selang sampai panjang yang telah ditentukan.
 - a. Perhatikan bila klien batuk, baik dan sirosis.
13. Setelah selang terpasang sesuai panjang yang telah ditentukan, ajarkan klien untuk rileks, kemudian lakukan tes untuk mengetahui apakah posisi selang NGT sudah benar, dengan cara sebagai berikut:
 - a. Masukkan udara 10-15 cc dengan spuit ke dalam lambung (lakukan *airable check*).
 - b. Aspirasi cairan lambung dengan spuit (bila perlu lakukan pemeriksaan pH cairan lambung).
14. Fiksasi selang dengan plester yang telah disediakan atau dengan benang.
15. Merapikan klien dan tempat tidur klien
16. Membersihkan dan mengembalikan alat-alat pada tempat semula
17. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan.
18. Evaluasi dan dokumentasikan tindakan pada status klien.

I. Evaluasi

1. Perhatikan kenyamanan pasien,
2. Ada atau tidak adanya iritasi pada lubang hidung,
3. Ada atau tidak terdapat mual, muntah, dan regurgitasi.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

I. Dokumentasi

1. Tanggal dan jam pemasangan selang,
2. Tipe dan ukuran tube yang digunakan
3. Jumlah, warna, dan karakteristik retensi
4. Pelaksanaan penghisapan (jumlah cairan yang keluar) atau waktu dimulainya pemberian makan melalui selang dan kecepataannya.

8.1.1 Pemberian Makanan Melalui NGT

A. Definisi

Pemberian makanan / nutrisi yang dibutuhkan pasien melalui selang (*tube*).

B. Tujuan

1. Penemuan nutrisi dengan memberikan makanan cair,
2. Memasukkan obat-obatan cair atau obat-obatan padat yang sudah dibubarkan, dan
3. Kambuh lambung.

C. Indikasi

1. Pasien tidak sadar.
2. Pasien dengan masalah saluran cerna bagian atas (anisaki stenosis esofagus, tumor pada mulut, tumor pada faring atau tumor pada esofagus),
3. Pasien dengan kesulitan menelan,
4. Pasien pasca bedah pada mulut, faring atau esofagus,
5. Pasien yang mengalami hematemesis, dan
6. Pasien yang mengalami IFO (Intoksikasi Fosfat Organik).

D. Persiapan

1. 1 buah perlek,
2. Formula makanan yang diresepkan,
3. Sarung tangan bersih,
4. Spuit 60 cc
5. Stetoskop, dan
6. Bengkok

E. Pengkajian

1. Cek instruksi Dokter.
2. Cek jadwal pemberian makanan atau obat.
3. Kaji posisi selang NGT.
4. Auskultasi bising usus
5. Palpasi abdomen.

F. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan disfagia.
2. Mual berhubungan dengan ketiadaan peristaltik usus.

G. Perencanaan

1. Cuci tangan
2. Kumpulkan alat-alat

H. Implementasi

1. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien dan keluarga
2. menyiapkan alat-alat dan mengatur posisinya di samping tempat tidur
3. Mencuci tangan.
4. Berdiri di samping klien dan dekatkan alat-alat.
5. Atur klien dalam posisi Fowler (kecuali terdapat kontraindikasi) dengan meletakkan bantal dibelakang kepala dan bahu.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

6. Pasang perlek di atas bantal, ussue di atas dada dan bengkok di samping klien
7. Dengan spuit ambil residu lambung (atau buka penutup selang dan biarkan residu mengalir dengan sendirinya), kepalahan ukur dan buang.
8. Bila residu lambung >50 cc, warna residu kehitaman atau warna dan bentuk residu lambung sama dengan warna makanan pada pemberian sebelumnya, segera lapori pada Dokter.
9. Bila residu <50 cc, warna tidak kehitaman, lanjutkan dengan pemberian makanan.
10. Letakkan ujung selang di atas kepala klien dan sambungkan ujung selang dengan spuit 50 cc atau dengan corong.
11. Biarkan makanan masuk ke lambung secara lambat sesuai gaya gravitasi
12. Setelah selesai tutup kembali ujung selang.
13. Merapikan klien dan tempat tidur klien.
14. Membersihkan dan mengembuskan alat-alat pada tempat semula
15. Mencuci tangan.
16. Dokumentasikan tindakan pada status klien.

I. Evaluasi

1. Perhatikan kenyamanan pasien,
2. Ada atau tidak adanya iritasi pada lubang hidung,
3. Ada atau tidak terdapat mual, muntah, dan regurgitasi

J. Dokumentasi

1. Tanggal dan jam pemberian sonde.
2. Jumlah, warna dan karakteristik retensi.
3. Jumlah dan jenis pemberian makan serta pasukan penempatan slang, kepatenan slang, respons klien dalam pemberian makanan.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

8.1.2. Irigasi Slang Nasogastrik

A. Defnisi

Pengaliran melalui selang (*tube*).

B. Tujuan

Mempertahankan patensi slang nasogastrik

C. Indikasi

Pasien yang mengalami distensi abdomen setelah terpasang slang nasogastrik dan pasien yang mengalami obstruksi slang nasogastrik

D. Persiapan Alat

1. 1 buah perlek,
2. Air biasa 30 ml
3. Sarung tangan bersih
4. Spuit 50 cc, dan
5. Bengkok

E. Perencanaan

1. Cuci tangan
2. Kumpulkan alat-alat

F. Implementasi

1. Pasukan penempatan slang.
2. Sambungkan spuit ke ujung slang NG.
3. Aspirasi perlahan untuk mendapatkan isi lambung.
4. Ambil 30 ml air biasa dengan spuit.
5. Lipat atau klem bagian proksimal slang untuk menghubungkan sisi drainase atau alat penghisap. Lepaskan slang penghisap dan letakkan di perlek

6. Masukkan ujung spuit irigasi ke dalam ujung slang NG.
7. Lepaskan klem atau lipatan slang. Pegang spuit dengan ujung mengarah ke lantai, injeksikan air biasa perlahan tetapi pasti (jangan memaksa).
8. Bila tahanan terjadi, periksa adanya lipatan slang. Miringkan klien dan coba lagi.
9. Setelah memasukkan air biasa, aspirasi segera untuk menarik cairan. Ukur volume yang didapat.
10. Hubungkan kembali slang NG ke penghisap.
11. Lepaskan dan buang sarung tangan dan buang bahan telah terpakai. Catat prosedur irigasi dalam catatan perawat.
12. Dokumentasi

G. Evaluasi

1. Perhatikan kenyamanan pasien.
2. Ada atau tidak terdapat mual, muntah, dan regurgitasi.

H. Dokumentasi

1. Jumlah, warna, dan karakteristik rensi yang diambil.
2. Jumlah air biasa yang dimasukkan.

8.1.3 Melepas Slang Nasogasrik

A. Definisi

Melepas slang NG setelah terapi dihentikan.

B. Persiapan Alat

1. Handuk atau perlak
2. Sarung tangan bersih

C. Perencanaan

1. Cuci tangan
2. Kumpulkan alat-alat

D. Implementasi

1. Jelaskan prosedur pada klien.
2. Tempatkan perlak atau handuk di bawah dagu, di atas dada klien.
3. Lepaskan plester dari batang hidung.
4. Beri tahu klien untuk mengambil napas panjang dan menahannya.
5. Tarik slang dengan mantap dan perlahan saat klien menahan napas. (Jangan tarik terlalu perlahan atau terlalu cepat)
6. Buang slang kemudian cuci tangan.
7. Bersihkan hidung klien dan dokumentasi.

E. Evaluasi

Evaluasi adanya distensi abdomen atau udak mual atau muntah. Adanya tanda atau gejala ini dapat mengindikasikan perlunya pemasangan ulang slang.

F. Dokumentasi

Catat waktu pelepasan slang dan volume akhir sekresi yang terkumpul di dalam sistem drainase.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

9.1 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN KATETER

A. Definisi

Memasukkan selang kateter melalui uretra ke dalam kandung kemih.

B. Tujuan

1. Mengurangi retensi urin.
2. Mengosongkan vesika urinaria sebelum dan selama operasi.
3. Memberikan kenyamanan pada klien dengan inkontinensia.
4. Pengambilan bahan pemeriksaan.
5. Pengukuran *urine output* pada klien dalam kondisi kritis.
6. Tindakan irigasi.

C. Indikasi

1. Pasien tidak sadar.
2. Pasien dengan tindakan operasi besar.
3. Pasien dengan retensio urine.
4. Pasien dengan inkontinensia urine.
5. Pasien dengan cedera medula spinalis, degenerasi neuromuskular.

D. Kontraindikasi

1. Pasien dengan ruptur uretra.
2. Pasien dengan stenosis uretra.

E. Persiapan Alat

Trolley yang berisi

1. 1 bak instrument steril yang berisi:
 - a. 2 buah duk steril (salah satunya duk bolong),
 - b. 2 buah cucing,
 - c. Pinset anatomis.
2. Kassa,
3. Kateter sesuai ukuran:
 - a. Dewasa (wanita) : 14-16 Fr
 - b. Dewasa (pria) : 18-20 Fr
 - c. Anak-anak : 8-10 Fr
4. Urine bag,
5. Jelly/lubricant,
6. 1 pasang sarung tangan steril,
7. 1 pasang sarung tangan bersih,
8. S spuit 10 cc,
9. S spuit 5 cc (pada pasien pria digunakan untuk memasukkan jelly),
10. Aquabidest,
11. Plester atau hipafix,
12. Gunting,
13. Kapas savlon steril dalam tempatnya,
14. Larutan antiseptik: betadine,

15. Perban,
16. Perlak,
17. Bengkok,
18. Sampiran,
19. Baskom berisi air hangat, dan
20. Waslap.

F. Pengkajian

1. Kaji latrien dan instruksi dokter,
2. Tentukan / identifikasi apakah klien akan menggunakan indwelling catheter atau straight catheter,
3. Kaji apakah ada dibutuhkannya pengumpulan spesimen urin.
4. Status kandung kemih (distensi sebelum pemasangan kateter)
5. Abnormalitas genitalia atau kelenjar prostat,
6. Riwayat penyakit terdahulu.
7. Riwayat alergi.

G. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan distensi kandung kemih,
2. Retensi urin berhubungan dengan disfungsi neuromuskular

H. Perencanaan

1. Cuci tangan
2. Pilih type dan ukuran kateter yang spesifik
3. Siapkan peralatan yang akan dibutuhkan.

I. Implementasi

1. Menginformasikan ke klien
2. Menjelaskan prosedur dan tujuan pemasangan kateter urin pada klien dan atau keluarga.
3. Mempersiapkan alat-alat dan mengatur posisinya di samping tempat tidur, memindahkan peralatan yang tidak diperlukan
4. Menjaga privasi klien dengan memasang sampiran atau menutup pintu.
5. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan bersih
6. Atur posisi klien:
 - a. Klien anak atau klien tidak sadar butuh bantuan
 - b. Klien dewasa (wanita): posisi dorsal recumbent dengan lutut fleksi
 - c. Klien dewasa (pria): posisi supine
 - d. Selimuti bagian atas klien
7. Pasang perlak, kenakan sarung tangan dan cuci area genital perianal dengan waslap dan air hangat.
 - a. Keringkan kemudian lepaskan sarung tangan dan cuci tangan
8. Buka set steril (buka set kateter dan letakkan dalam kondisi steril.
 - a. Siapkan jelly pada selimbar kasa steril
 - b. Untuk klien wanita: siapkan kapas saylon steril dalam cacing steril, pada klien pria : siapkan tampon antiseptik dalam cacing steril.
 - c. Buka spuit, urine bag dan letakkan dalam keadaan steril.
 - d. Dalam cacing yang lain, siapkan aquabidest steril
9. Kenakan sarung tangan steril
10. Lakukan perineal hygiene atau vulva hygiene.
11. Pasang duk steril sebagai berikut
 - a. Pada pria: gunakan duk di atas paha klien tepat di bawah penis, kemudian urupkan duk lubang di atas penis dengan dengan celahnya di atas penis.
 - b. Pada wanita: letakkan duk di atas tempat tidur di antara paha klien. Sisipkan tepi duk tepat di bawah bokong klien (perhatikan kesterilan). Ambil duk lubang steril dan tutupkan duk di atas perineum klien.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

12. Masukkan kateter sampai urin mengalir. Ketika urin mengalir, pindahkan tangan non dominan dari labia atau penis ke kateter 2 cm dari meatus untuk menahan kateter agar tidak terdorong ke luar.
 - a. Tangan dominan menghubungkan ujung kateter ke urine bag. Jika menggunakan foley catheter isi balon kateter dengan cairan aquabidest.
13. Plester kateter.
 - a. Pada pria: area inguinal
 - b. Pada wanita: area paha
14. Gantung urine bag pada tempatnya.
15. Merapikan linen dan tempat tidur klien.
16. Membersihkan dan mengembalikan alat-alat pada tempat semula.
17. Melepaskan sarung tangan.
18. Merapikan ruangan kembali, membuka tirai, pintu dan atau jendela.
19. Mencuci tangan.
20. Melaporkan dan mencatat pada status klien penemuan-penemuan penting atau data abnormal.

J. Evaluasi

1. *Indwelling catheter* masuk secara benar, *straight catheter* masuk dan dilepas tanpa menimbulkan rasa sakit.
2. Klien nyaman atau tidak dengan terpasangnya kateter.
3. Klien mengatakan nyeri pada abdomen bawah telah berkurang atau tidak dalam 1 jam setelah pemasangan kateter.

K. Dokumentasi

1. Tanggal dan waktu pemasangan.
2. Tipe dan ukuran kateter.
3. Spesimen/bahan urine yang didapat.
4. Jumlah, warna, dan konsistensi urin.
5. Respon klien terhadap prosedur.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

9.2 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN ENEMA

A. Definisi

Suatu tindakan memasukkan cairan ke dalam rectum dan kolon melalui anus.

B. Tujuan

1. Mengurangi rasa tidak nyaman akibat distensi abdomen.
2. Merangsang peristaltik usus untuk kembali normal.
3. Mengembalikan pola eliminasi yang normal.
4. Membersihkan dan mengosongkan isi kolon untuk pemeriksaan diagnostik atau untuk persiapan prosedur pembedahan.

C. Indikasi

Klien dengan gangguan eliminasi (konstipasi)

D. Persiapan Alat

1. Set alat enema.
2. Handuk mandi.
3. Handsoen bersih.
4. Pot.
5. Alas / perlak.
6. Vaseline / jelly.
7. Kora air hangat, sabun, dan waslap.
8. Tissue.
9. Nierbeken / bingkok.

10. Skort.
11. Plastik sampah.

E. Pengkajian

1. Mengkaji kembali program/instruksi medis dan tujuan dilakukannya enema.
2. Mengkaji status kesehatan klien.
3. Mengkaji daerah anus, bokong, dan kulit sekitarnya (luka, lecet, hemorroid atau adanya fistula).
4. Mengkaji kemampuan klien untuk mengontrol sphincter ani eksternal.
5. Mengkaji adanya indikator konstipasi (nyeri, rasa keras pada abdomen bagian bawah, lubang anus yang menyempit).
6. Mengkaji pola defekasi dan terakhir kali klien defekasi.
7. Mengkaji tanda-tanda vital klien sebelum dilakukan prosedur.
8. Mengkaji adanya kontraindikasi atau kemungkinan adanya komplikasi pemberian enema, seperti pada klien dengan gangguan jantung.
9. Mengkaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang prosedur dan tujuan tindakan enema.

F. Diagnosa

Konstipasi berhubungan dengan pola defekasi tidak teratur

G. Perencanaan

Siapkan alat dan obat tangan.

H. Implementasi

1. Mencuci tangan.
2. Memakai skort.
3. Memakai handscoon bersih.
4. Mengukur suhu rektal.
 - a. Suhu (37°C untuk anak-anak dan $40,5 - 45^{\circ}\text{C}$ untuk dewasa)
 - b. Jumlah cairan (150 - 250 ml untuk usia infan, 250 - 350 ml untuk anak usia toddler, 300 - 500 ml untuk anak usia sekolah, 500 - 750 ml untuk anak usia remaja, dan 750 - 1000 untuk usia dewasa)
5. Memasang perlatif anus dibawar bokong klien.
6. Menyiapkan pot pada posisi yang mudah dijangkau oleh perawat.
7. Mengatur posisi tidur klien yang tepat. Bantu klien pada posisi miring (sinis) dengan lutut kanan fleksi. Pada anak-anak dapat juga ditempatkan pada posisi dorsal rakanaben.
8. Menyambungkan kanul rektal dengan selang irigator (selang masih terklem).
9. Mengolesi ujung kanul dengan vaseline / jelly sepanjang 3 - 4 inci atau 7,5 - 10 cm.
10. Mengeuarkan udara yang terdapat dalam selang irigator dengan cara mengeluarkan cairan sampai selang irigator bebas udara kemudian selang irigator di klem kembali.
11. Membuka bokong klien sampai lubang anus terlihat jelas, sambil mengemukakan klien untuk rileks dengan menarik napas dalam.
12. Memasukkan kanul ke dalam rektum melalui anus mengarah ke umbilikus secara hati-hati sepanjang .
infan - 2,5 - 4 cm, anak-anak = 5 - 6,5 cm, dewasa = 7,5 - 10 cm.
13. Mengatur ketinggian irigator.
Tinggi Rendah : 30 cm dari anus
Tinggi Tinggi : 30 - 45 cm dari anus.
14. Membuka klem dan mengalirkan cairan paknah / enema kedalam kolon dengan kecepatan 75 - 100 ml/menit, sambil mengemukakan klien untuk menahan hingga keseluruhan cairan masuk.
15. Apabila klien mengeluh kram abdomen atau cairan keluar dari anus, rendahkan ketinggian irigator.
16. Mengklem selang irigator setelah semua cairan masuk kedalam kolon.
17. Meletakkan kertas tissue pada kanul kemudian cabut secara perlahan-lahan dan masukkan ke dalam plastik sampah.
18. Mengemukakan klien untuk menahan cairan tetap didalam kolon selama 5 - 10 menit dengan posisi tetap berbaring di tempat tidur.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

19. Menjelaskan kepada klien bahwa perasaan tidak nyaman adalah hal yang normal.
20. Bila klien merasa ada keinginan untuk defekasi, menganjurkan klien untuk buang air besar di kamar mandi, bila tidak memungkinkan bantu klien buang air besar di tempat tidur dengan menggunakan pot.
21. Mengobservasi karakteristik cairan yang keluar (jumlah, warna dan konsistensi feses).
22. Membersihkan daerah anus, bokong dan kulit disekitarnya dengan menggunakan tisu dan wastlap dan sabun, kemudian mengeringkannya dengan handuk.
23. Mengebak kembali pakaian dan merapihkan klien.
24. Memberikan posisi yang nyaman menurut klien.
25. Membereskan alat-alat.
26. Mencuci tangan.

I. Evaluasi

1. Mengevaluasi respon klien sebelum, selama, dan sesudah pelaksanaan prosedur enema.
2. Mengevaluasi karakteristik cairan yang keluar (jumlah, warna dan konsistensi feses).
3. Menjamin sampai cairan yang keluar menjadi bening, jika tujuan pemberian natrium enema adalah untuk pemeriksaan diagnostik atau persiapan pembedahan.

J. Dokumentasi

1. Mencatat tanggal dan waktu pemberian enema.
2. Mencatat jenis dan jumlah cairan yang diberikan.
3. Mencatat karakteristik, jumlah, warna cairan dan feses yang keluar.
4. Mencatat bila ada komplikasi yang terjadi selama dan sesudah pemberian enema.
5. Mencatat tingkat toleransi klien terhadap prosedur yang dilakukan.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

10.1 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL *SUPPORTING AXILLARY CRUTCH WALKING* (KRUK)

A. Definisi

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk berlatih dengan menggunakan kruk.

B. Tujuan

1. Memfasilitasi mobilitas dan aktifitas klien,
2. Meningkatkan harga diri dengan mengurangi ketergantungan, dan
3. Mengurangi stress fisik pada sendi penahan berat badan dan cedera skeletal.

C. Indikasi

Pasien dengan gangguan ekstremitas bawah.

D. Persiapan Alat

1. Kruk berujung karet dan berukuran sesuai dengan klien,
2. Sabuk pengaman, dan
3. Sepatu.

E. Pengkajian

1. Diagnosa medis,
2. Jenis kruk dan gaya berjalan yang di indikasikan,
3. Status neuromuscular (tonus otot, kekuatan, dan rentang pergerakan lengan, tungkai dan tubuh, pola berjalan, kesejajaran tubuh saat berjalan, kemampuan mempertahankan keseimbangan).

F. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko cedera berhubungan dengan perubahan mobilitas,
2. Risiko disfungsi neurovascular perifer berhubungan dengan kompresi mekanika (Kruk Aksila),
3. Defisit pengetahuan mengenai prinsip dan teknik penggunaan kruk berhubungan dengan defisit tingkat pendidikan klien dan keluarga klien.

G. Perencanaan

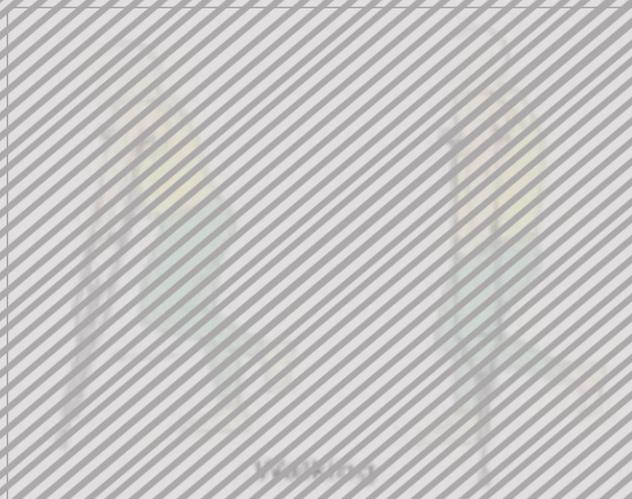
1. Cuci tangan
2. Persiapkan peralatan sesuai kebutuhan
3. Kontrak waktu dengan klien

H. Implementasi

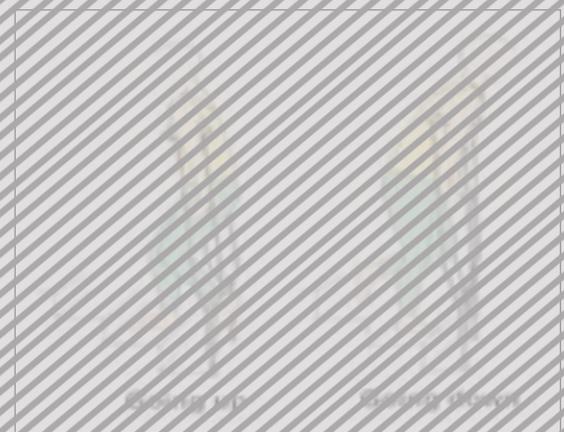
1. Mengidentifikasi identitas pasien.
2. Cuci tangan.
3. Menjelaskan prosedur dan tujuan pada klien dan atau keluarga.
4. Bantu klien menggunakan sepatu yang nyaman.
5. Ukur klien untuk mendapatkan kruk yang pas dengan aksila:
 - a. Jika klien tidak stabil, minta klien berbaring.
 - b. Luruskan ujung kruk sekitar 15 cm ke samping dan ke depan setiap kaki.
 - c. Pastikan siku klien fleksi sekitar 30 derajat saat lengan memegang hand-grips.
 - d. Jarak antara bntalan kruk dengan ketiak sekitar 5 cm.
 - e. Ukur jarak antara 5 cm di bawah ketiak dengan 15 cm di depan dan samping kaki untuk menentukan panjang kruk.

6. Secara perlahan bantu klien ke posisi duduk.
*note, perhatikan adanya pusing, berputing-puting, dan penurunan orientasi.
7. Pakai sabuk pengaman.
8. Instruksikan klien menitik beratkan pada hand-grips, bukan pada bantalan krak.
9. Demonstrasikan teknik gaya berjalan.
 - a. Gaya berjalan empat titik:
Majukan krak kanan, kemudian kaki kiri ke depan, kemudian krak kiri, kemudian kaki kanan.
 - b. Gaya berjalan tiga titik.
Majukan kedua krak dan ekstremitas yang cedera pada saat bersamaan, kemudian majukan/langkahkan ekstremitas yang tidak cedera.
 - c. Gaya berjalan dua titik.
Majukan krak kanan dan kaki kiri bersamaan, kemudian kaki kiri dan krak kanan.
 - d. Swing through / gerakan betayun.
Majukan kedua krak saat bersamaan dan ayunkan tubuh ke depan sampai sejajar krak atau melewati posisi krak.
10. Demonstrasikan klien untuk menaiki tangga.
 - a. Naik:
 - Dahulukan kaki yang tidak cedera.
 - Di ikuti krak dan kaki yang cedera secara bersamaan.
 - b. Turun.
 - Didahului oleh krak dan kaki yang cedera.
 - Kemudian di ikuti oleh kaki yang tidak cedera.
11. Demonstrasikan untuk duduk dan berdiri.
 - a. Duduk.
 - Klien di posisi pada tengah depan kursi dengan aspek posterior kaki menyentuh kursi.
 - Klien memegang kedua truk dengan tangan berlawanan dengan tungkai yang cedera. Bila kedua tungkai sakit, krak diarah pada tangan klien yang lebih dominan.
 - Klien meraih kursi dengan tangan yang lain dan duduk dengan posisi yang nyaman.
 - b. Berdiri.
 - Klien meraih kursi dengan tangan .
 - Klien memegang kedua truk dengan tangan.
 - Klien mencoba berdiri perlahan-lahan dengan tumpuan pada *hand-grips*.
12. Cuci tangan.
13. Evaluasi dan Dokumentasi.

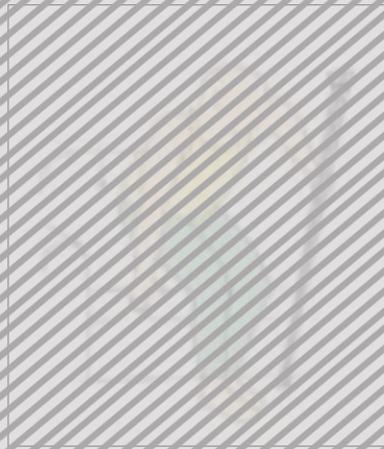
Halaman Tidak Dapat Ditampilkan



Gambar 24. Teknik gaya berjalan dengan menggunakan krak.



Gambar 25. Demonsrasi klien untuk menaiki tangga.



Gambar 26. Demonstrasi berdiri

I. Evaluasi

1. Klien terjatuh atau tidak saat menggunakan kruk,
2. Klien bisa atau tidak bisa mendemonstrasikan teknik yang tepat dalam manuver berjalan menggunakan kruk.

J. Dokumentasi

1. Pola gaya jalan yang digunakan,
2. Tinggi ukuran kruk,
3. Jarak jalan maksimal yang dapat ditempuh klien,
4. Toleransi klien terhadap penggunaan kruk dengan kenyamanan.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

10.2 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL RANGE OF MOTION (ROM)

A. Definisi

Melakukan latihan pergerakan rentang gerak sendi (ROM) sesuai dengan rentang gerak sendi penuh tanpa menyebabkan ketidaknyamanan.

B. Tujuan

1. Mempertahankan mobilitas dan kadar fungsi sendi dan otot saat ini.
2. Mencegah atropi dan kontraktur muskuloskeletal.
3. Memfasilitasi sirkulasi dan mencegah komplikasi vasculat akibat imobilisasi.

C. Indikasi

Klien dengan imobilitas.

D. Persiapan Alat

Tidak ada peralatan yang dibutuhkan kecuali sarung tangan jika kemungkinan terjadi kontak dengan cairan tubuh klien.

E. Pengkajian

1. Diagnosa medis.
2. Program dokter mengenai pembatasan aktivitas khusus.
3. Rentang pergerakan saat ini di setiap area.
4. Kemampuan fisik dan mental klien untuk melakukan aktivitas.
5. Riwayat faktor yang mengontraindikasi atau membatasi jenis atau jumlah latihan.

F. Diagnosa Keperawatan

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi.
2. Risiko kecurangan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas fisik.
3. Risiko disuse syndrome berhubungan dengan program imobilisasi.

G. Perencanaan

Kontrak waktu dengan klien.

H. Implementasi

1. Mengidentifikasi identitas pasien.
2. Cuci tangan.
3. Menjelaskan prosedur dan tujuan pada klien dan atau keluarga.
4. Mempersiapkan alat-alat dan mengatur posisinya di samping tempat tidur.
5. Memaga *privacy* klien dengan memasang sampiran atau menutup pintu/urai dan jendela.
6. Atur tinggi tempat tidur senyaman mungkin dan rendahkan penyangga tempat tidur sisi kita bekerja.
7. Mulai dari atas dan teruskan ke bawah pada satu sisi tubuh pada satu waktu.
 - a. Kepala
 - Bila memungkinkan posisikan duduk, dengan gerakan:
 - Rotasi: putarkan kepala ke kanan dan kiri.
 - Flexi dan ekstensi: gerakkan kepala menventuli dada kemudian sedikit didengarkan.
 - Flexi lateral: gerakkan kepala ke samping kanan dan kiri hingga telinga dan bahu bersentuhan.
 - b. Leher
 - Rotasi: Putar leher 1/2 lingkaran, kemudian berhenti dan lakukan pada arah yang berlawanan.



Gambar 27. ROM kepala dan leher

8. Tibia
 - a. Flexi dan ekstensi: undukkan tubuh ke depan, luruskan tubuh dan sedikit renggangkan ke belakang.
 - b. Flexi lateral: Rebahkan tubuh ke samping kiri @ istirahat @ rebahkan ke samping kanan.
9. Flexi dan ekstensi pergelangan tangan
 - a. Atur posisi lengan klien memahui sisi tubuh dengan siku menekuk dengan tangan.
 - b. Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan satu tangan yang lain memegang pergelangan klien.
 - c. Tekuk tangan pasien kedepan sejauh yang memungkinkan.



Gambar 28. ROM flexi dan ekstensi pergelangan tangan

10. Flexi dan ekstensi siku:

- Atur lengan pasien memuai sisi tubuh klien dengan telapak tangan mengarah ke tubuh klien.
- Letakkan tangan diatas siku klien dan pegang tangan klien dengan tangan lain.
- Pekuk siku klien sehingga tangan klien mendekat ke bahu
- Kembalikan ke posisi semula.



Gambar 29. ROM Flexi dan ekstensi siku.

11. Pronasi dan supinasi lengan bawah:

- Atur lengan bawah memuai sisi tubuh dengan siku menekuk.
- Letakkan tangan diatas siku klien dan pegang tangan klien dengan tangan lain.
- Putar lengan bawah klien sehingga telapak tangan klien menghadap ke arah klien.
- Kembali ke posisi semula.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan



Gambar 30. ROM pronasi dan supinasi lengan bawah.

12. Flexi bahu:

- Atur posisi tangan klien disisi tubuhnya.
- Letakkan satu tangan di atas siku klien dan pegang tangan klien dengan tangan lainnya.
- Angkat lengan klien pada posisi awal.
 - Abduksi dan aduksi bahu:
 - Atur posisi lengan klien di samping badan.
 - Letakkan satu tangan di atas siku, pegang tangan klien dengan tangan lainnya
 - Gerakkan tangan klien memuai tubuh ke arah perawat.
 - Kembalikan ke posisi semula.

2) Rotasi bahu:

- Atur posisi lengan klien menjauhi tubuh dengan siku menekuk.
- Letakkan satu tangan atas klien dekat siku dan pegang tangan klien dengan tangan yang lain.
- Gerakkan tangan bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah.
- Kembalihkan lengan ke posisi awal.
- Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.
- Kembalihkan ke posisi semula.



Gambar 31. ROM flexi bahu.

13. Flexi dan ekstensi jari:

- Pegang jari-jari klien dengan satu tangan sementara tangan yang lain memegang kaki erat-erat.
- Bengkokkan jari-jari ke bawah.
- Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang.
- Kembalihkan ke posisi semula.

Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

14. Inersi dan eversi kaki:

- Pegang seluruh bagian atas kaki klien satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan satu tangan lainnya.
- Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki yang lain.
- Kembalihkan ke posisi semula.
- Putar kaki ke luar sehingga bagian telapak kaki meniarahi kaki lainnya.
- Kembalihkan ke posisi semula.



Gambar 32. ROM Inersi dan eversi kaki.

15. Flexi dan ekstensi pergelangan kaki:

- Letakkan satu tangan pada telapak kaki klien dan satu tangan lainnya di atas pergelangan kaki, jaga kaki lurus dan rileks.

- b. Teguk pergelangan kaki, arahkan jari kaki ke dada klien.
 - c. Kembalikan ke posisi semula.
 - d. Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada klien
16. Rotasi pangkal paha:
- a. Letakkan satu tangan pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut.
 - b. Putar kaki menjauhi dada
 - c. Putar kaki mengarah ke pengas.
 - d. Kembalikan ke posisi semula.
17. Abduksi dan aduksi pangkal paha.
- a. Letakkan satu tangan ke bawah lutut klien dan satu tangan pada umpit
 - b. Jaga posisi kaki klien lurus, angkat kaki 8 cm dari tempat tidur gerakkan kaki menjauhi badan klien
 - c. Gerakkan kaki mendekati badan klien
 - d. Kembalikan ke posisi semula.



Halaman Tidak Dapat Ditampilkan

- 18. Observasi sendi-sendi dan wajah / ekspresi klien untuk tanda-tanda kecapekkan atau nyeri selama gerakan
- 19. Kembalikan klien pada posisi nyaman
- 20. Pasang pelindung pada bed klien.
- 21. Cuci tangan
- 22. Evaluasi dan dokumentasi

I. Evaluasi

- 1. Rentang pergerakan klien saat ini bisa dipertahankan atau tidak, dan
- 2. Adakan tanda atau gejala komplikasi akibat imobilisasi

J. Dokumentasi

- 1. Area dilakukannya latihan ROM,
- 2. Area rentang pergerakan yang terbatas dan tingkat keterbatasan,
- 3. Area rentang pergerakan pasif versus aktif,
- 4. Laporan nyeri atau ketidaknyamanan, dan
- 5. Intoleransi fisiologis terhadap aktivitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Altman, G. B., Buschel, P. & Coxon, V., 2000. *Delmar's Fundamental & Advance Nursing Skills*. New York: Thomson Learning.
- Duffield, C., Forbes, J., Fallon, A. & Roche, M., 2005. Nursing Skill Mix And Nursing Time: The Role of Registered Nurses And Clinical Nurse Specialist. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 23(2), pp. 14 - 21.
- Gordon, M., 1994. *Nursing Diagnosis: Process and Application*. 3rd edition ed. Missouri: Mosby.
- Jacob, A., R, R. & Tarachnand, J. S., 2014. *Buku Ajar: Clinical Nursing Procedures Jilid 1*. 2nd ed. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Jacob, A., R, R. & Tarachnand, J. S., 2014. *Buku Ajar: Clinical Nursing Procedures Jilid 2*. 2nd ed. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Perry, A. G. & Potter, P. A., 1991. *Basic Nursing Theory And Practice*. 2nd ed. Missouri: Mosby.
- Perry, A. G. & Potter, P. A., 1998. *Clinical Nursing Skills & Techniques*. 4th ed. Missouri: Mosby.
- Potter, P. A. & Perry, A. G., 2010. *Fundamental Keperawatan Buku 3*. Edisi 7 ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Schub, E. & Heering, H., 2016. Clinical Competencies: Assesing. *Nursing Practice & SKill* .
- Thompson, J. M. et al., 1993. *Clinical Nursing*. Missouri: Mosby.