

**MODUL PRAKTIKUM
PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR
MANUSIA**



OLEH:

Ns. Putri Eka Sudiarti, M.kep

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI
TA. 2022/2023**

VISI DAN MISI UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI

VISI: Menjadi Universitas yang Berkualitas dan Berorientasi Kewirausahaan di Asia Tenggara Tahun 2042

MISI:

1. Menyelenggarakan pendidikan yang berkualitas untuk mengembangkan IPTEK dan Kewirausahaan
2. Menyelenggarakan penelitian untuk pengembangan, penerapan keilmuan dan kewirausahaan.
3. Menyelenggarakan pengabdian kepada masyarakat untuk pengembangan, penerapan keilmuan dan kewirausahaan.
4. Menjalin jaringan kerjasama yang produktif dan berkelanjutan di tingkat lokal, nasional, dan internasional

VISI DAN MISI FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI

VISI: Menjadi Fakultas Ilmu Kesehatan Yang Menghasilkan Tenaga Kesehatan Yang Berkualitas Dan Beroreantasi Kewirausahaan Di Tingkat Nasional Pada Tahun 2032

MISI:

1. Menyelenggarakan pendidikan secara profesional dan berkualitas dibidang kesehatan dengan konsep *evidence based learning* dan *student centered learning*
2. Menyelenggarakan pendidikan dan pembelajaran untuk menghasilkan tenaga kesehatan yang berjiwa kewirausahaan
3. Menyelenggarakan penelitian di bidang kesehatan yang berkontribusi dalam pemecahan masalah kesehatan berbasis isu global
4. Menyelenggarakan pengabdian kepada masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
5. Menyelenggarakan dan mengembangkan jaringan kemitraan berdasarkan azas kerja sama untuk membangun kemajuan ilmu dibidang kesehatan

VISI DAN MISI PRODI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI

VISI: Menjadi Program Studi Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners yang Berkualitas di Bidang Keperawatan Yang Menghasilkan Sarjana Unggul dan Berorientasi Kewirausahaan Serta Mampu Bersaing Di Tingkat Nasional Menjelang Tahun 2027

MISI:

1. Menyelenggarakan pendidikan ilmu keperawatan yang bermutu sesuai dengan Tri Dharma Perguruan Tinggi
2. Menghasilkan tenaga keperawatan yang menguasai Iptek keperawatan dalam melaksanakan peran, fungsi tugasnya berdasarkan kode etik keperawatan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah dan manajemen keperawatan
3. Menerapkan hasil pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah dan manajemen keperawatan
4. Mengembangkan dan membina jaringan kemitraan dengan berbagai lembaga pendidikan keperawatan baik di dalam maupun luar negeri berdasarkan azas kerjasama untuk kemajuan ilmu keperawatan.

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur Kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang Telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga Modul ini dapat tersusun. Modul ini diperuntukkan bagi mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

Modul ini tentunya masih banyak memiliki kekurangan, oleh sebab itu saran dan masukan yang positif sangat kami harapkan demi perbaikan modul ini. Mudah-mudahan modul ini bisa memberikan manfaat bagi yang membacanya.

Bangkinang, Agustus 2021

Ns. Putri Eka Sudiarti,
M.Kep

DAFTAR ISI

VISI DAN MISI UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI.....	ii
VISI DAN MISI FAKULTAS ILMU KESEHATAN.....	iii
VISI DAN MISI PRODI S1 KEPERAWATAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vi
PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL	vii
TATA TERTIB PRAKTIKUM.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Deskripsi Mata Kuliah	1
B. Capaian Pembelajaran Lulusan	1
C. Strategi Perkuliahan	1
BAB II KEGIATAN PRAKTIK	3
A. PRAKTIK PEMENUHAN PERSONAL HIGYENE.....	3
B. PRAKTIK PEMENUHAN KEAMANAN DAN KENYAMANAN	25
C. PRAKTIK PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI	41
D. PRAKTIK PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT.....	84
E. PRAKTIK PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI	124
F. PRAKTIK PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS DAN LATIHAN	229
G. PRAKTIK PEMENUHAN KEBUTUHAN ISTIRAHAT DAN TIDUR	237
H. PRAKTIK PEMENUHAN KEBUTUHAN ELIMINASI URIN DAN FEKAL	247
LOG BOOK PELAKSANAAN PRAKTEK LABORATORIUM	241
DAFTAR PUSTAKA	242

PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL

A. Petunjuk Bagi Dosen

Dalam setiap proses pembelajaran, dosen berperan untuk :

1. Membantu mahasiswa dalam merencanakan proses belajar.
2. Membimbing mahasiswa dalam memahami konsep, analisa, dan menjawab pertanyaan mahasiswa mengenai proses belajar.
3. Mengorganisasikan kegiatan belajar kelompok.

B. Petunjuk Bagi Mahasiswa

Untuk memperoleh prestasi belajar secara maksimal, maka langkah-langkah yang perlu dilaksanakan dalam modul ini antara lain:

1. Bacalah dan pahami materi yang ada pada setiap kegiatan belajar. Bila ada materi yang belum jelas, mahasiswa dapat bertanya pada dosen.
2. Kerjakan setiap tugas diskusi terhadap materi-materi yang dibahas dalam setiap kegiatan belajar.
3. Jika belum menguasai level materi yang diharapkan, ulangi lagi pada kegiatan belajar sebelumnya atau bertanyalah kepada dosen.

TATA TERTIB PRAKTIKUM

1. Mahasiswa harus hadir 10 menit sebelum praktikum dimulai
2. Mahasiswa harus menggunakan pakaian laboratorium lengkap dengan name tag, bagi mahasiswa yang tidak menggunakan pakaian laboratorium tidak diperkenankan untuk mengikuti praktikum
3. Mahasiswa harus menyiapkan peralatan yang akan digunakan dalam praktikum
4. Selama praktikum mahasiswa tidak diperkenankan untuk :
 - a. Makan dan minum
 - b. Bersenda gurau
 - c. Mendiskusikan masalah yang tidak berkaitan dengan materi praktikum
 - d. Mengerjakan hal lain yang tidak berkaitan dengan praktikum
5. Seluruh mahasiswa harus ikut serta secara aktif dalam praktikum.
6. Setelah selesai praktikum mahasiswa harus mengembalikan alat-alat yang digunakan dalam keadaan utuh, dan bersih kepada penanggung jawab laboratorium. Jika terjadi kerusakan alat selama praktikum yang disebabkan oleh kelalaian mahasiswa, mahasiswa diwajibkan untuk mengisi formulir kesediaan mengganti, dan secepatnya mengganti alat tersebut.
7. Setelah praktikum mahasiswa wajib mengikuti test pasca praktikum.
8. Kehadiran mahasiswa dalam praktikum harus 100%. Apabila mahasiswa tidak dapat mengikuti praktikum karena sakit, atau alasan lain, diwajibkan untuk mengirimkan surat keterangan yang syah dan harus diserahkan dalam 1 minggu.
9. Mahasiswa juga harus segera lapor kepada penanggung jawab praktikum untuk merencanakan praktikum pengganti.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Deskripsi Mata Kuliah

Mata kuliah ini membahas tentang berbagai konsep, prinsip dan keterampilan klinis keperawatan untuk membantu memenuhi berbagai kebutuhan manusia yang mencakup kebutuhan aktivitas dan latihan; kebutuhan oksigenasi; kebutuhan cairan, elektrolit dan keseimbangan cairan-elektrolit; kebutuhan istirahat dan tidur; kebutuhan nutrisi; kebutuhan eliminasi; kebutuhan rasa nyaman; kebutuhan kebersihan dan perawatan diri. Pengalaman belajar meliputi pembelajaran di kelas dan di laboratorium keperawatan.

B. Capaian Pembelajaran Lulusan

Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran Pemenuhan Kebutuhan dasar Manusia, bila diberi kasus, mahasiswa mampu menguasai prinsip, konsep, teknik, dan prosedur pelaksanaan asuhan/ praktik keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok, untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang mencakup:

- a. Pemenuhan kebutuhan aktivitas dan latihan;
- b. Pemenuhan kebutuhan oksigenasi;
- c. Pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan keseimbangan cairan-elektrolit;
- d. Pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur;
- e. Pemenuhan kebutuhan nutrisi;
- f. Pemenuhan kebutuhan eliminasi;
- g. Pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dan aman;
- h. Pemenuhan kebutuhan kebersihan dan perawatan diri.

C. Strategi Perkuliahan

Pendekatan perkuliahan ini adalah pendekatan Student Center Learning. Dimana Mahasiswa lebih berperan aktif dalam proses pembelajaran. Metode yang digunakan lebih banyak menggunakan metode ISS (Interactive skill station) dan Problem base learning. Interactive skill station diharapkan mahasiswa belajar mencari materi secara mandiri menggunakan berbagai sumber kepustakaan seperti internet, expert dan lainlain,

yang nantinya akan didiskusikan dalam kelompok yang telah ditentukan. Sedangkan untuk beberapa pertemuan dosen akan memberikan kuliah singkat diawal untuk memberikan kerangka pikir dalam diskusi. Untuk materi-materi yang memerlukan keterampilan, metode yang akan dilakukan adalah simulasi dan demonstrasi.

BAB II

KEGIATAN PRAKTIK

A. PRAKTIK PEMENUHAN PERSONAL HIGYENE

1 Tujuan Pembelajaran Praktikum

- a. Mahasiswa mampu mempersiapkan alat secara lengkap
- b. Mahasiswa mampu melakukan tindakan personal Personal Higyene berupa memandikan pasien, mengemasasi pasien, oral higiyene dan gunting kuku secara sistematis dan setiap langkah dilakukan secara tepat.

2 Dasar Teori

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (Depkes 2000).

Menurut Potter. Perry (2005), Personal hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis, kurang perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya (dalam Tarwoto dan Wartonah 2006).

a. Memandikan Pasien

Memandikan pasien merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu mandi secara mandiri atau memerlukan bantuan, dengan cara membersihkan pasien dengan air dan sabun.

Tujuan :

- 1) Membersihkan kulit dan menghilangkan bau badan b. Memberikan rasa nyaman
- 2) Merangsang peredaran darah d. Sebagai pengobatan
- 3) Mencegah infeksi kulit
- 4) Mendidik pasien dalam kebersihan perseorangan

b. Mengeramasi pasien

Rambut yang sehat yaitu tidak mudah rontok dan patah, tidak terlalu berminyak dan terlalukering serta tidak berketombedan berketu. Tujuan bagi klien yang membutuhkan perawatan rambut dan kulit kepala meliputi sebagaiberikut:

- 1) Pola kebersihan diri klien normal
- 2) Klien akan memiliki rambut dan kulit kepala bersih yang sehat
- 3) Klien akan mencapai rasa nyaman dan harga diri
- 4) Klien dapat mandiri dalam kebersihan diri sendiri
- 5) Klien akan berpartisipasi dalam praktik perawatan rambut.

c. Oral hygiene

Oral hygiene merupakan tindakan untuk membersihkan dan menyegarkan mulut, gigi dan gusi (Clark, 2005). Menurut Taylor et al (2000), Oral hygiene adalah tindakan yang ditujukan untuk menjaga kontinuitas bibir, lidah dan mukosa membran mulut mencegah terjadinya infeksi rongga mulut dan melembabkan mukosa membran mulut dan bibir.

d. Gunting kuku

Kuku terdapat di ujung jari bagian yang melekat pada kulit yang terdiri dari sel-sel yang masih hidup. Bentuk kuku bermacam-macam tergantung dari kegunaannya ada yang pipih, bulat panjang, tebal dan tumpul (Depdikbud,1986:21). Guna kuku adalah sebagai pelindung jari, alatkecantikan, senjata, pengais dan pemegang (Depdikbud,1986:22). Bila untuk keindahan bagi wanita karena kuku harus relatif panjang, maka harus dirawat terutama dalam halkebersihannya. Kuku jari tangan maupun kuku jari kaki harus selalu terjaga kebersihannya karena kuku yang kotor dapat menjadisarang kuman penyakit yang selanjutnya akan ditularkan kebagian tubuh yang lain.

3 Alat dan Bahan

- Memandikan pasien
 - a. Baskom mandi 2 buah yang berisikan air dingin dan air hangat
 - b. Pakaian pengganti

- c. Kain penutup
- d. Handuk dan waslap
- e. Tempat untuk pakaian kotor
- f. Skrin (sampiran)
- g. Sabun
- Mengeramasi pasien
 - a. Handuk 2 buah
 - b. Talang
 - c. Kain pel
 - d. Baskom berisi air hangat
 - e. Gayung
 - f. Shampoo dalam tempatnya
 - g. Sisir
 - h. Kain kassa dan kapas
 - i. Ember kosong
 - j. Sarung tangan bersih
 - k. Celemek untuk petugas
- Oral Higiene
 - a. Tissue
 - b. Gelas kumur berisi air matang hangat
 - c. Sikat gigi dan pastanya
 - d. Sarung tangan bersih
 - e. Bengkok
 - f. Perlak dan alasnya/handuk kecil
- Menggunting Kuku
 - a. Pengalas atau perlak
 - b. Gunting kuku
 - c. Handuk
 - d. Bengkok berisi lisol 5%
 - e. Baskom berisi air hangat (37-40°C)
 - f. Sabun
 - g. Sikat kuku

- h. Sarung tangan bersih
- i. Kertas



4 Petunjuk Umum





- a. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
- b. Baca dan pelajari dengan baik modul praktikum yang diberikan
- c. Ikuti petunjuk yang terdapat pada modul
- d. Tanyakan kepada dosen bila ada hal-hal yang tidak dipahami atau kurangdimengerti



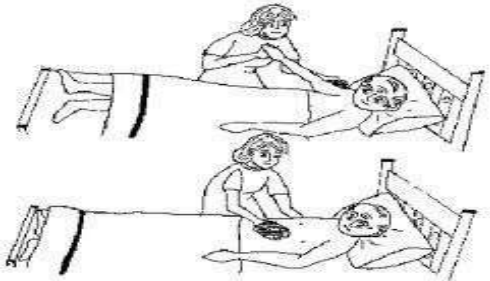
5 Keselamatan Kerja

- a. Pusatkan perhatian pada pekerjaan yang dilakukan
- b. Susun dan letakkan peralatan atau bahan pada tempat yang mudah dijangkau
- c. Pakailah alat dan bahan sesuai fungsinya
- d. Perhatikan setiap langkah

6 Langkah Kerja

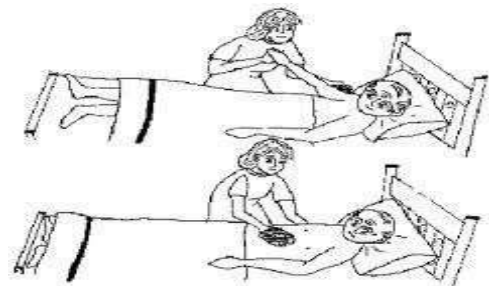
No	Langkah Pengerjaan dan key Point	Ilustrasi gambar
1	Menyiapkan alat dan bahan Key Point : pastikan air tidak terlalu panas atau dingin (hangat)	
2	Menyapa pasien atau keluarga dan memperkenalkan diri	

3	<p>Informed consent:</p> <p>Menjelaskan tujuan tindakan yang dilakukan</p>	
4	<p>Menjaga privasi pasien : tutup sampiran</p>	
5	<p>Cuci tangan efektif 7 langkah, mengguankan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan</p>	
6	<p>Mengganti selimut klien dengan selimut mandi</p>	

7	Melepas pakaian atas klien	
8	<p>Membasuh Muka</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membentangkan perlak kecil dan handuk kecil di bawah kepala • Menawarkan pasien menggunakan sabun atau tidak • Membersihkan muka, telinga dengan waslap lembab lali di keringkan • Menggulung perlak dan handuk 	
9	<p>Membasuh Lengan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menurunkan selimut mandi kebagian perut klien • Memasang handuk besar diatas dada klien secara melintang dan kedua tangan klien diletakkan diatas handuk • Membasahi tangan klien dengan waslap air bersih, disabun, kemudian dibilas dengan air hangat (lakukan mulai dari ekstremitas terjauh klien) 	



10 **Membasuh Dada Dan Perut**





- Melepas pakaian bawah klien dan menurunkan selimut hingga perut bagian bawah, kedua tangan diletakkan diatas bagian kepala, membentangkan handuk pada sisi klien
- Membasuh ketiak dan dada serta perut dengan waslap basah, disabun, kemudian dibilas dengan air hangat dan dikeringkan, kemudian menutup dengan handuk



11 **Membasuh Punggung**




- Memiringkan pasien kearah perawat
- Membentangkan handuk di belakang punggung hingga bokong
- Membasahi punggung hingga bokong dengan waslap, disabun, kemudian dibilas dengan air hangat dan dikeringkan
- Memberi bedak pada punggung
- Mengembalikan ke posisi terlentang, kemudian membantu pasien mengenakan pakaian



<p>12 Membasuh Kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengeluarkan kaki pasien dari selimut mandi dengan benar • Membentangkan handuk dibawah kaki tersebut, menekuk lutut • Membasahi kaki mulai dari pergelangan sampai pangkal paha, disabun, dibilas dengan air bersih, kemudian dikeringkan • Melakukan tindakan yang sama untuk kaki yang lain 	
<p>13 Membasuh Daerah Lipat Paha Dan Genital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membentangkan handuk dibawah bokong, kemudian selimut mandi bagian bawah dibuka • Membasahi daerah lipat paha dan genital dengan air, disabun, dibilas, kemudian dikeringkan • Mengangkat handuk, membantu mengenakan pakaian bawah klien • Merapikan klien, ganti selimut mandi dengan selimut tidur 	

15	Mengevaluasi hasil tindakan : menanyakan respon pasien	
16	Berpamitan dengan pasien	
17	Mencuci tangan	
18	Mendokumentasikan kegiatan yang telah dilakukan Key Point : Catat waktu, tindakan yang dilakukan, tanda tangan	




MENGERAMASI PASIEN






No	Langkah Pengerjaan dan key point	Ilustrasi gambar
1	Menyiapkan alat dan bahan <i>Key Point :</i> Pastikan air tidak terlalu panas atau dingin (hangat)	
2	Menyapa pasien atau keluarga dan memperkenalkan diri	
3	Menjelaskan tujuan tindakan yang dilakukan	
4	Menjaga privasi pasien : tutup sampiran	
5	Cuci tangan efektif 7 langkah, mengguankan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	
6	Mengenakan sarung tangan dan celemek	

7	Mengganti selimut klien dengan selimut mandi	
8	Mengatur posisi tidur pasien dengan kepala dipinggir tempat tidur	
9	Memasang handuk dibawah kepala	
10	Memasang ember dialasi kain pel	
11	Memasang talang dengan ujung berada didalam ember	
12	Menutup dada dengan handuk sampai ke Leher	
13	Menyisir rambut	
14	Menutup lubang telinga dengan kapas dan mata dengan kain kassa/sapu tangan pasien	
15	Menyiram dengan air hangat, menggosok (memijit-mijit) kulit kepala dan rambut dengan shampoo	





16	Membilas rambut dengan air hangat sampai Bersih	
17	Melepas kapas penutup lubang telinga dan kain kassa penutup mata	
18	Mengangkat talang, mengeringkan rambut dengan handuk	
19	Menyisir rambut	
20	Meletakkan kepala pada bantal yang telah dialasi handuk kering	
21	Merapikan pasien, ganti selimut mandi dengan selimut tidur	
22	Membersihkan alat	
23	Mengevaluasi hasil tindakan : menanyakan respon pasien	
24	Berpamitan dengan pasien	
25	Cuci tangan efektif 7 langkah, menggunakan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	
26	Mendokumentasikan kegiatan yang telah dilakukan Key Point : Catat waktu, tindakan yang dilakukan, tanda tangan	

ORAL HIGYENE




No	Langkah Pengerjaan dan key point	Ilustrasi gambar
1	Menyiapkan alat dan bahan	
2	Menyapa pasien atau keluarga dan memperkenalkan diri	
3	Menjelaskan tujuan tindakan yang dilakukan	
4	Menjaga privasi pasien : tutup sampiran	
5	Cuci tangan efektif 7 langkah, mengguankan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	


6	Memasang perlak dan alasnya/handuk dibawah dagu pasien	 
7	Memakai sarung tangan	
8	Membantu pasien untuk berkumur sambil	
9	Menyiapkan bengkok	
10	Membantu menyiapkan sikat gigi dan pastanya	
11	Membantu pasien menyikat gigi bagian depan, samping dan dalam	




<p>12 Membantu pasien untuk berkumur sambil menyiapkan bengkok</p>	
<p>13 Mengulangi membantu pasien menyikat gigi bagian depan, samping dan dalam</p>	
<p>14 Membantu pasien untuk berkumur sambil menyiapkan bengkok</p>	
<p>15 Mengeringkan bibir menggunakan tissue</p>	

<p>16 Merapikan pasien dan memberikan posisi nyaman mungkin</p>	
<p>17</p>	<p>Membereskan alat</p>
<p>18</p>	<p>Mengevaluasi hasil tindakan : menanyakan respon pasien</p>
<p>19</p>	<p>Berpamitan dengan pasien</p> 
<p>20 Cuci tangan efektif 7 langkah, mengguankan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan</p>	
<p>21 Mendokumentasikan kegiatan yang telah dilakukan</p> <p>Key Point : Catat waktu, tindakan yang dilakukan, tanda tangan</p>	

MENGGUNTING KUKU

No	Langkah Pengerjaan dan key point	Ilustrasi gambar
1	Menyiapkan alat dan bahan	
2	Menyapa pasien atau keluarga dan memperkenalkan diri	
3	Menjelaskan tujuan tindakan yang dilakukan	
4	Menjaga privasi pasien : tutup sampiran	
5	Cuci tangan efektif 7 langkah, mengguankan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	
6	Mengenakan sarung tangan dan celemek	
7	Dekatkan alat ke pasien	
8	pasang pengalas di bawah tangan	

9	rendam kuku dengan air hangat, jika kotor kuku di sikat. Keringkan dengan handuk	
10	letakkan tangan di atas bengkok yang berisi lisol	
11	potong kuku, setelah selesai letakkan gunting kuku di atas bengkok	
12	kikir kuku agar rata	
13	lepaskan sarung tangan dan letakkan di dalam bengkok	
14	Merapikan pasien dan memberikan posisi senyaman mungkin	
15	Membersihkan alat	

16	Mengevaluasi hasil tindakan : menanyakan respon pasien	
17	Berpamitan dengan pasien	
18	Cuci tangan efektif 7 langkah, menggunakan sabun, dibawah air mengalir dan dikeringkan	
19	Mendokumentasikan kegiatan yang telah dilakukan Key Point : Catat waktu, tindakan yang dilakukan, tanda tangan	

7 Evaluasi Praktikum

- Mahasiswa mampu mempersiapkan alat secara lengkap
- Mahasiswa mampu melakukan tindakan personal Personal Higiene berupa memandikan pasien, mengeramasi pasien, oral hygiene dan gunting kuku secara sistematis dan setiap langkah dilakukan secara tepat.
- Mahasiswa memperhatikan tingkat kenyamanan pasien dan privasinya selama prosedur
- Mahasiswa wajib berlatih dengan menggunakan panduan modul praktikum padajam praktikum mandiri

**FORMAT PENILAIAN KETERAMPILAN MEMANDIKAN PASIEN
PRODI S1 KEPERAWATAN UNIVERSITAS PAHLAWAN**

NAMA :
NIM :
KELAS :

No	Askep Yang Dinilai	Skor			Bobot (%)	Bobot (%)
A	Tahap Pre Interaksi (5)					
1	eriksa catatan dan rencana perawatan untuk berbagai informasi yang berhubungan dengan kemampuan pasien untuk berpartisipasi selama dilakukan prosedur, seperti diagnosa medis dan gangguan aktivitas serta dapatkan prioritas tindakan yang ada pada pasien sesuai dengan gejala yang ada.				1	
2	Menyiapkan alat				1	
3	Cuci tangan				1	
4	Mengecek suhu air				2	
B	Tahap orientasi (15)					
1	Berikan salam dengan menyebut nama pasien dan keluarga				5	
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan				5	
3	Menjaga privasi				5	
C	Tahap kerja (65)					
1	Perawat menggunakan baju pelapis, sarung tangan dan masker jika di perlukan				3	
2	Berikan kesempatan keluarga untuk menanyakan prosedur tindakan				3	
3	Menanyakan keluhan dan gejala spesifik yang ada pada pasien				3	
4	Memulai tindakan dengan cara yang baik				3	
5	Tawarkan pispot/urin pada pasien jika pasien ingin menggunakan				3	
6	Atur tinggi tempat tidur dan posisi pasien				3	
7	Ganti selimut pasien dengan selimut mandi, letakkan handuk sesuai prosedur memandikan klien				3	
8	Mulai aktifitas memandikan dengan benar untuk urutan berikut: a. Membersihkan mata (3) b. Membersihkan wajah (3) c. Lepaskan pakaian pasien dengan cara yang benar (3) d. Membersihkan lengan dan aksila (3) e. Membersihkan jari (3) f. Membersihkan dada (3) g. Membersihkan perut, umbilikus (3) h. Membersihkan tungkai dan kaki (3) i. Membersihkan punggung dan bokong (3) j. Membersihkan area genitalia (3)				30	
9	Berikan kesempatan pada pasien untuk membersihkan sendiri area genitalia jika pasien menginginkan				3	
10	Menjaga privasi selama kegiatan memandikan pasien				4	
11	Bantu pasien berpakaian dan bersisir				5	
12	Mengganti alas kasur dan Merapikan tempat tidur serta posisi pasien				3	
D	Tahap Terminasi (10)					

1	Akhiri dan simpulkan kegiatan				2	
2	Evaluasi perasaan pasien/keluarga				3	
3	Kontrak kegiatan selanjutnya				3	
4	Bereskan alat dan cuci tangan				2	
E	Dokumentasi (5)					
1	Catat tindakan dan respon pasien dan keluarga				5	
	Total					

**) Critical point* Harus dilakukan semua

Keterangan skor:

0= Tidak dilaksanakan

1=Dilakukan tidak sempurna

2=Melakukandengan sempurna

B. PRAKTIK PEMENUHAN KEAMANAN DAN KENYAMANAN

MENCUCI TANGAN

Mencuci tangan adalah menggosok air dengan sabun secara bersama-sama seluruh kulit permukaantangan dengan kuat dan ringkas kemudian dibilas dibawah aliran air.

Tujuan cuci tangan :

- Supaya tangan bersih
- Membebaskan tangan dari kuman dan mikroorganisme
- Menghindari masuknya kuman kedalam tubuh
- Mencegah penularan melalui kontak

1. Waktu yang tepat untuk cuci tangan :

- Sebelum dan sesudah makan
- Setelah buang air besar
- Setelah bermain
- Sebelum dan sesudah melakukan tindakan

2. Alat dan Bahan

Mencuci Tangan

- a. Tempat mencuci tangan dengan air mengalir
- b. Sabun
- c. Alat pengering

3. Petunjuk Umum

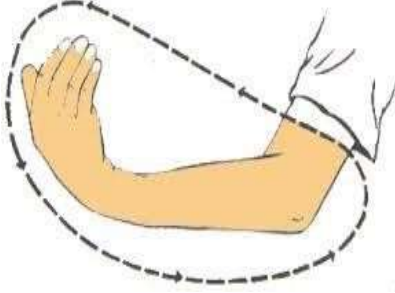


- a. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
- b. Baca dan pelajari dengan baik modul praktikum yang diberikan
- c. Ikuti petunjuk yang terdapat pada modul
- d. Tanyakan kepada dosen bila ada hal-hal yang tidak dipahami atau kurang dimengerti

4. Keselamatan Kerja

- a. Pusatkan pertanyaan pada pekerjaan yang dilakukan
- b. Susun dan letakkan peralatan atau bahan pada tempat yang mudah dijangkau
- c. Pakailah alat dan bahan sesuai fungsinya
- d. Perhatikan setiap langkah

5. Langkah Kerja

Mencuci tangan

No	Langkah Pengerjaan dan key point	Ilustrasi gambar
1	Gulung lengan baju sampai atas pergelangan tangan , lepaskan cincin, jam tangan dan perhiasan tangan lain	
2	Basahi tangan sampai sepertiga lengan dibawah air mengalir	
3	Ambil sabun kira-kira 5 ml,ratakan pada tangan yang telah dibasahi	
4	Gosok telapak tangan	

5	Kemudian Punggung Tangan	
6	Setelah itu gosok sela-sela jari tangan	
7	Kemudian Kuku-kuku tangan	
8	Kemudian Buku-buku tangan	
9	Kemudian Ibu jari tangan	
10	Dan kemudian seluruh tangan	

1. Evaluasi Praktikum

- a. Mahasiswa mampu mempersiapkan alat secara lengkap
- b. Mahasiswa mampu melakukan pencegahan terhadap infeksi secara sistematis dan setiap langkah dilakukan secara tepat.
- c. Mahasiswa wajib berlatih dengan menggunakan panduan modul praktikum pada jam praktikum mandiri

Memasang dan Melepaskan Sarung Tangan Steril

Definisi

Memasangkan tangan dengan sarung tangan steril.

Tujuan

1. Memudahkan perawat dalam memegang alat yang steril dengan bebas.
2. Menjaga area dan alat tetap dalam kondisi steril.
3. Melindungi klien akan adanya kemungkinan transmisi mikroorganisme (misalnya ke luka terbuka post operasi klien) yang ada di tangan perawat.

Indikasi

Sebelum melakukan prosedur yang membutuhkan kesterilan, misalnya pada saat pemasangan Foley kateter atau melakukan perawatan luka post operasi.

Kontraindikasi

Tidak ada. Prosedur yang tidak mengharuskan sterilitas, tidak perlu pemakaian sarung tangan steril, cukup sarung tangan bersih.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Pakailah sarung tangan sesuai ukuran tangan. Sarung tangan yang selalu kecil akan menyulitkan perawatan pada saat pemakaian dan memperbesar kemungkinan sarung tangan robek dan rusak. Sedangkan sarung tangan yang terlalu besar akan menyulitkan perawat pada saat melakukan tindakan, ukuran sarung tangan adalah 6,6 ½ dan 7.
2. Perawat harus bisa berhati-hati terhadap posisi tangan selama melakukan prosedur karena jika sarung tangan menyentuh area atau alat yang tidak steril, maka sarung tangan

tersebut menjadi on-steril (unsterile). Oleh karena itu, penting memposisikan tangan di depan dada dalam keadaan terkunci (saling menyilangkan di antara jari-jari tangan) pada saat sebelum memegang alat steril.

3. Jika sarung tangan yang disiapkan robek pada saat hendak pemasangan, ganti sarung tangan dengan segera.
4. Umumnya, sarung tangan ada yang terbuat dari bahan Latex atau Vinyl. Latex lebih nyaman ketika digunakan karena lebih fleksibel dan lembut ketika dipakai di tangan. Korniewicz et al (1991) merekomendasikan agar oerawat memakai sarung tangan yang terbuat dari Latex jika:
 - a. Membutuhkan pergerakan fleksibel.
 - b. Prosedur yang akan dilakukan banyak menggunakan alat-alat tajam.
 - c. Prosedur yang akan dilakukan mempunyai resiko tinggi untuk transmisi patogen, misalnya ruang ICU, ruang operasi, laboratorium, ruang penyakit infeksius dan IGD

Sarung tangan yang terbuat dari bahan Vinyl, sebaiknya dipakai diruangan yang tidak membutuhkan banyak alat/instrumen yang tajam dan dengan resiko transmisi patogen yang minimal (misalnya ruang post operasi mata atau ruang psikiatrik).

Pengkajian

1. Kaji jenis prosedur yang akan dilakukan, apakah memerlukan sterilitas atau tidak.
2. Kaji SOP yang berlaku tentang prosedur pemasangan sarung tangan.
3. Kaji kondisi set sarung tangan, apakah kering atau basah. Set sarung tangan yang basah atau lembab mengindikasikan bahwa sarung tangan tersebut sudah dipakai atau sudah terkontaminasi.
4. Kaji kondisi tangan dari kuku yang tajam, adanya lesi atau abrasi kulit.

Masalah keperawatan yang terkait

Resiko infeksi.

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah memakai sarung tangan steril.

Implementasi tindakan Keperawatan Memakai dan melepaskan sarung tangan steril
Evaluasi formatif

Evaluasi keadaan klien terhadap adanya tand-tanda infeksi, terutama di area yang dilakukan treatment oleh perawat.

Contoh Dokumentasi Implementasi Tindakan Keperawatan

Khusus untuk prosedur ini, yang tidak diperlukan pencatatan karena biasanya sudah masuk 1 paket dengan prosedural.

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

KETERAMPILAN : MEMASANG DAN MELEPASKAN SARUNG TANGAN STERIL

Nama Mahasiswa :

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	Dilakukan						KET
	Tgl :		Tgl :		Tgl :		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Persiapan Alat Sarung tangan steril. Bengkok atau tmpat sampah medis.							

<p>Persiapan perawat :</p> <p>2. Lepaskan jam tangan atau perhiasan yang menempel (misalnya cincin). Yajinkan kuku dalam keadaan bersih dan pendek.</p> <p>3. Gulung bagian lengan baju sampai di atas siku atau setengah siku.</p> <p>4. Jika sarung tangan steril belum diberi bedak, maka tangan perawat diberi bedak. Bedak berfungsi sebagai pelumas karena akan memudahkan masuknya tangan perawat ke dalam sarung tangan.</p> <p>5. Berdiri di depan area sarung tangan steril.</p>							
---	--	--	--	--	--	--	--

<p>Langkah-langkah :</p> <p>Memasang sarung tangan steril</p> <p>6. Cuci tangan.</p> <p>7. Buka pembungkus sarung tangan steril dengan hati- hati. Perawat hanya boleh mnyentuh bagian luar karena bagan dalam masih termasuk area steril.</p> <p>8. Identifikasi mana sarung</p>							
<p>tangan bagian kana dan kiri.</p> <p>Setiap sarung tangan umumnya dalam keadaan terlipat (kurang lebu 5 cm).</p> <p>9. Lakukan pemasangan tangan kanan terlebih dahulu (jika tangan kanan merupakan tangan dominan). Ambil bagian lipatan dengan tangan kiri untuk pemasangan sarung tangan kanan.</p>							
<p>Ingat, tangan kanan hanya menyentuh bagian luar sarung tangan kiri.</p> <p>Yakinkan sarung tangan rapih dan</p>							

<p>sarung tangan kanan.</p> <p>17. Buang sarung tangan ke dalam bengkok atau tempat sampah medis.</p> <p>18. Cuci bangun.</p> <p>Sikap :</p> <p>19. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>20. Percaya diri.</p>							
---	--	--	--	--	--	--	--

Keterangan :

Ya = 1 (dilakukan dengan benar)

Tdk = 0 (tidak dilakukan / dilakukan dengan tidak / kurang benar)

Kriteria penilaian

Baik sekali :100

Baik : 81-99

Kurang/TL : ≤ 80

Nilai = Jumlah tindakan yang dilakukan (ya) × 100 =.....

20

MENGGUNAKAN ALAT TENUN DENGAN PASIEN DIATASNYA (Occupiet bed)

1. PENGERTIAN

Menganti alat tenun kotor pada tempat tidur klien tanpa memindahkan klien

2. TUJUAN

1. Memberikan perasaan senang pada pasien
2. Mencegah terjadinya dekubitus
3. Memelihara kebersihan dan kerapihan

Kontra indikasi

Tidak dilakukan bila apabila pasien tidak menginginkan untuk dirapikan tempat tidurnya, karena kadang ada pasien yang beranggapan bawa apabila dia banyak bergerak tubuhnya akan brasa bertambah sakit

3. INDIKASI

Dilakukan pada tempat tidur klien yang terbaring total(sakit keras/atau tidak sadar/koma)

4. PERSIAPAN ALAT

1. Alat tenun bersih disusun menurut pemakaiannya
2. Kursi/bangku
3. Tempat kain kotor yang ditutup
4. Dua ember kecil berisi larutan desifektan
5. Lap kerja 3 buah.

5. PERSIAPAN LINGKUNGAN

Selain keamanan untuk pasien yang perlu di jaga, kenyamanan lingkungan juga harus diperhatikan. Lingkungan yang nyaman akan menunjang cepatnya sembuh pasien.

6. PELAKSANAAN

- a. Perawat cuci tangan
- b. Alat-alat yang telah disiapkan dibawah kedekat klien
- c. Bersihkan rangka tempat tidur
- d. Bantal dan selimut klien yang tidak perlu ditaruh dikursi(bila keadaan klin memungkinkan /tidak mengganggu klien)

- e. Klien dimiringkan ke satu sisi (kalu perlu diganjal dengan bantal /guling supaya tidak jatuh)
- f. Lepaskan alat tenun pada bagian yang kosong dari bawah kasur
lalu gulung satu persatu sampai dengan dibawah punggung klien
 - Sti laken digulung ketengah tempat tidur sejauh mungkin
 - Perlak dibersihkan dengan larutan disinfektan dan keringkan lalu digulung ketempat tidur sejauh mungkin
 - Laken/seprei besar digulung ketengah tempat tidur sejauh mungkin
- g. Alas tempat tidur dan kasur dibersihkan dengan lab lembab larutan desifektang lalu dilap dengan lap kering
- h. Seprei besar bersih di bentangkan kemudian di gulung $\frac{1}{2}$ bagian gulunganya diletakan dibawah punggung klien $\frac{1}{2}$ bagian lagi diratakan dan dipasangkan dibawah kasur
- i. Perlak digulung diletakan kembali
- j. Stik laken bersih dibentangkan diatas perlak $\frac{1}{2}$ bagian digulun dan diletakan dibawah punggung klien $\frac{1}{2}$ bagian lagi direntakan diatas perlak, lalu dimasukan dibawah kasur bersama dengan perlak
- k. Setelah selesai dan rapi pada satu bagian, klien dimiringkan kearah yang berlawanan
- l. Lepas alat tenun yang kotor dari bawah kasur
- m. Stik laken diangkat dan masukan pada tempat kain kotor
- n. Perlak dibersihkan seperti tadi kemudian digulung ketengah
- o. Laken kotor dilepaskan dan masukkan ke ketempat kain kotor
- p. Alas tempat tidur dibersihkan seperti tadi
- q. laken dibuka gulungannya dari bawah punggung klien ,tarik dan retakan setegang mungkin kemudian masukkan kebawah kasur
- r. Perlak dan seprei dipasang seperti tadi
- s. Sarung bantal dan gulingan yang kotor dilepas dan diratakan isinya
- t. Kemudian sarung yang bersih dipasangkan
- u. Bantal disusun, klien dibaringkan kembali dlm sikap yang nyaman
- v. Selimut yang kotor diganti yang besar
- w. Alat-alat dibersihkan dan dikembalikan ketempatnya
- x. Cuci tangan

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN:
MENGANTI ALAT TENUN (BED MEKING) DENGAN PASIEN
DIATASNYA**

Nama Mahasiswa.....

Apek yang di nilai	Dilakukan						Ket
	Tgl:		Tgl:		Tgl:		
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Persiapan Alat <input type="checkbox"/> Sprei besar <input type="checkbox"/> Sprei kecil <input type="checkbox"/> Matras <input type="checkbox"/> Perlak <input type="checkbox"/> Sarung Bantal <input type="checkbox"/> Selimut <input type="checkbox"/> Kantong cucian <input type="checkbox"/> Sarung tangan <input type="checkbox"/> Kursi atau meja <input type="checkbox"/> Larutan desinfektan							
Persiapan lingkungan 2. Jaga praivesi klien							
Persiapan klien 3. Kontrak waktu tempat dan tujuan tindakan 4. Atur Posisi klien nyaman mungkin							

<p>Pelaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Cuci tangan 6. Pakai sarung tangan bersih 7. Susunan peralatan diatas kursi, singkirkan peralatan yang tidak diperlukan 8. Angkat seprei yang paling atas 9. Jika selimut akan dipakai lagi, lepaskan dan 						
---	--	--	--	--	--	--

<p>letakkan diatas kursi</p> <p>10. Bersama Perawat yang lain, angkat perlak dan matras mulai dari bagian kepala.</p> <p>11. Letakkan pasien diatas tempat tidur menjauhi perawat</p> <p>12. Angkat seprei yang lebih, mulai dari kepala hingga kaki</p> <p>13. Letakan matras dan perlak setelah dibersihkan dengan desinfektan</p> <p>14. Letakan seprei bersih setengah sisi</p> <p>15. Pasang sisi pengaman tempat tidur lalu perawat pindah ke sisi yang satunya</p> <p>16. Bantu klien bergeser ke sisi yang sudah terpasang pengaman, geser bantal</p> <p>17. Tarik matras , perlak dan spreid kearah dekat perawat, pastikan seluruh bagian lurus/rata atau tidak ada bagian yang terlipat</p> <p>18. Angkat selimut mandi pasien dan letakkan kedalam kantong cucian</p> <p>19. Pasang sisi pengaman kembali</p> <p>20. Pasang sarung bantal</p> <p>21. Letakkan bel dan</p>							
---	--	--	--	--	--	--	--

peralatan pribadi diletakkan yang mudah terjangkau 22. Rapihkan alat dan klien 23. Lepaskan sarung tangan 24. Cuci tangan 25. Dokumentasi							
SIKAP 26. Melakukan tindakan dengan sistematis 27. Komunikatif dengan klien 28. Percaya diri							

Keterangan:

- YA = 1 (Dilakukan dengan benar)
- TDK = 0 (Tidak dilakukan / dilakukan dengan tidak/kurang benar)

Kriteria penilaian:

- Baik sekali :100
- Baik :81-99
- Kurang/TL :< 80

Jumlah Tindakan yang dilakukan
(Ya)

Nilai = x 100..... =

C. PRAKTIK PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI

Menghitung Pernafasan

Pengertian

Pernafasan atau respirasi adalah pertukaran gas Antara makhluk hidup (organisme) dengan lingkungannya. Oksigen untuk pernafasan diperoleh dari udara dilingkungan sekitar. Pengertian menghitung pernafasan adalah menghitung jumlah pernafasan (inspirasi yang diikuti ekspirasi) dalam satu menit

Tujuan

1. Menghitung jumlah pernafasan dalam satu menit guna mengetahui keadaan umum pasien
2. Perawat mampu menghitung pernafasan dengan baik dan benar

Persiapan

Persiapan Alat :

1. Arloji tangan dengan petunjuk detik
2. Buku catatan

Persiapan Pasien

1. Pasien diberikan penjelasan tentang hal-hal yang akan diberikan
2. Posisi yang aman dan nyaman

Persiapan mahasiswa

1. Melakukan tindakan dengan sistematis
2. Komunikatif dengan klien
3. Percaya diri

Pelaksanaan

1. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan
2. Mendekatkan alat
3. Mencuci tangan Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan

4. Meletakkan lengan klien pada posisi rileks menyilang abdomen atau dada bagian bawahnya, atau tempatkan tangan pemeriksa langsung pada abdomen atas klien.
5. Mengobservasi siklus pernafasan lengkap (sekali inspirasi dan sekali ekspirasi)
6. Setelah siklus terobservasi, lihat pada jarum detik jam tangan dan hitung frekuensinya
7. Bila irama teratur, hitung respirasi selama 30 detik dan kalikan 2
8. Bila respirasi tidak teratur hitung satu menit penuh
9. Saat menghitung, catat kedalaman pernafasan
10. Mencuci tangan
11. Mendokumentasikan

Nilai nafas normal

1. Bayi : 30-40 kali per menit
2. Anak : 20-50 kali per menit
3. Dewasa 16-24 kali per menit

Pola pernafasan

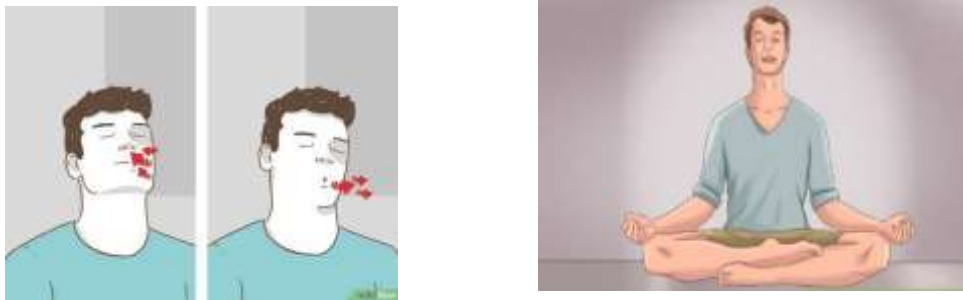
Table Pola Pernafasan

Pola pernafasan	Deskripsi
Dispnea	Susah bernafas yang menunjukkan adanya retraksi
Bradipnea	Frekuensi pernafasan yang lambat dan abnormal, irama teratur
Takipnea	Frekuensi pernafasan yang cepat dan abnormal
Hiperpnea	Pernafasan cepat dan dangkal
Apnea	Tidak ada pernafasan
Cyene stokes	Periode pernafasan cepat dalam yang bergantian dengan periode apnea, umumnya pada bayi selama tidur nyenyak depresi dan kerusakan otak.
Kusmaul	Nafas dalam yang abnormal bisa cepat, normal atau lambat khususnya pada asidosis metabolic
Biot	Nafas tidak teratur menunjukkan adanya kerusakan otak

Tindakan keperawatan latihan nafas dalam

Pengertian

Nafas dalam adalah bernapas (inhalasi dan ekshalasi) untuk mengambil oksigen maksimal. Nafas dalam adalah suatu tindakan keperawatan dimana perawat akan mengajarkan / melatih klien agar mampu dan mau melakukan napas dalam secara efektif sehingga kapasitas vital dan ventilasi paru meningkat. Sedangkan yang disebut dengan



Gambar 1. Tindakan Latihan Nafas Dalam

Tujuan

- a. Meningkatkan kapasitas paru
- b. Mencegah atelectasis
- c. Mahasiswa mampu melakukan latihan nafas dalam dengan mandiri

Persiapan

Persiapan Alat :

1. Bantal

Persiapan Pasien

1. Pasien diberikan penjelasan tentang hal-hal yang akan diberikan
2. Posisi yang aman dan nyaman

Persiapan mahasiswa

1. Melakukan tindakan dengan sistematis
2. Komunikatif dengan klien
3. Percaya diri

Langkah-langkah

Tahap pra interaksi

1. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
2. Cuci tangan
3. Siapkan alat

Tahap orientasi

1. Beri salam, panggil klien dengan namanya
2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
3. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya

Tahap kerja

1. Atur posisi yang dirasa enak oleh klien (semi fowler) dengan lutut ditekuk, punggung dan kepala diberi bantal atau posisi supine dengan kepala diberi bantal dan lutut ditekuk, untuk membantu otot abdomen rileks. Setelah penjelasan tentang latihan, klien dapat mempraktekkan, pertama dengan posisi supine atau semi fowler kemudian duduk, berdiri dan berjalan.
2. Anjurkan klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen, untuk menambah kekuatan dan tahanan pada bagian otot perut
3. Latih pasien melakukan pernapasan perut (perintahkan klien menarik napas dalam melalui hidung dengan mulut ditutup hingga 3 hitungan)
4. Anjurkan klien tetap rileks, jangan melengkungkan punggung dan konsentrasi pada pengembangan abdomen sejauh yang dapat dilakukan. Meminta klien menahan napas hingga 3 hitungan.
5. Perintahkan klien untuk mengerutkan bibir seperti sedang bersiul dan mengeluarkan udara dengan pelan dan tenang hingga 3 hitungan.
6. Anjurkan klien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi otot. □□

Praktikum

Kebutuhan Dasar Manusia 2 □□ 11

7. Anjurkan kepada klien untuk melakukan latihan napas dalam ini paling sedikit 5 pernafasan empat kali perhari.

8. Rapikan klien.

Tahap terminasi


1. Evaluasi hasil / respon klien
2. Dokumentasikan hasilnya
3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
4. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
5. Cuci tangan

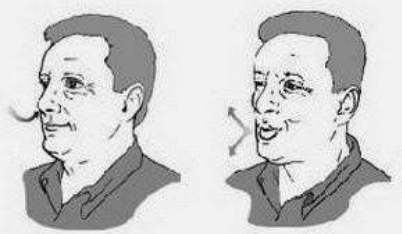
Indikasi

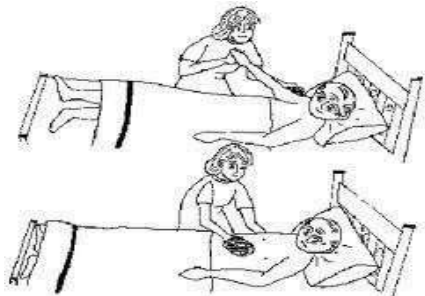
1. Intoleransi aktivitas
2. Pola nafas tidak efektif
3. Kecemasan
4. Gangguan/kerusakan pertukaran gas
5. Nyeri
6. Hipoksia
7. Fati

FORMAT PENILAIAN PRAKTIKUM LATIHAN NAPAS DALAM

Nama Mahasiswa :

Aspek yang dinilai	Ya	Tidak	Gambar ilustrasi
A. Tahap Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat 			
B. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya 			
C. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi yang dirasa enak oleh klien (semi fowler) dengan lutut ditekuk, punggung dan kepala diberi bantal atau posisi supine dengan kepala diberi bantal dan lutut ditekuk. 2. Menganjurkan klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen. 3. Melatih pasien melakukan 			

<p>pernapasan perut (memerintahkan klien menarik napas dalam melalui hidung dengan mulut ditutup hingga 3 hitungan)</p> <p>4. Menganjurkan klien tetap rileks, jangan melengkungkan punggung dan konsentrasi pada pengembangan abdomen sejauh yang dapat dilakukan. Meminta klien menahan napas hingga 3 hitungan.</p> <p>5. Memerintahkan klien untuk mengerutkan bibir seperti sedang bersiul dan mengeluarkan udara dengan pelan dan tenang hingga 3 hitungan.</p> <p>6. Menganjurkan klien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi otot.</p> <p>7. Merapikan klien</p>		
---	--	---

<p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi hasil / respon klien 2. Mendokumentasikan hasilnya <ul style="list-style-type: none"> □□ Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2 □□ 13 3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan, membersikan alat-alat 5. Mencuci tangan 			
---	--	--	--

Memberikan Terapi Nebulizer

Pengertian

Terapi Nebulizer adalah terapi pemberian obat dengan cara menghirup larutan obat yang sudah diubah menjadi gas yang berbentuk seperti kabut dengan bantuan alat yang disebut Nebulizer. Pada saat terapi ini diberikan, klien dapat bernafas seperti biasa. Umumnya prosedur ini tidak lama, hanya berkisar sekitar 5-10 menit.



Gambar 2. Bentuk nebulizer dan pasien dengan menggunakan nebulizer

Keuntungan dari pemberian nebulizer adalah :

1. Medikasi dapat diberikan langsung pada tempat / sasaran aksinya (seperti paru-paru)
2. Dosis yang diberikan umumnya rendah sehingga dapat menurunkan absorpsi sistemik dan efek samping sistemik
3. Pengiriman obat melalui nebulizer ke paru sangat cepat, sehingga aksinya lebih cepat dari pada rute lainnya seperti subkutan atau oral.
4. Udara yang dihirup melalui nebulizer telah lembab, yang dapat membantu mengeluarkan sekresi bronchus.

Tujuan

1. Melebarkan saluran pernafasan (karena efek obat bronkodilator)
2. Menekan proses peradangan
3. Mengencerkan dan memudahkan pengeluaran sekret (karena efek obat mukolitik dan ekspektoran)
4. Mahasiswa mampu melakukan terapi nebulizer kepada pasien dengan mandiri

Langkah –langkah

Tahap pra interaksi

1. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien
2. Cuci tangan
3. Siapkan alat

Tahap orientasi

1. Beri salam, panggil klien dengan namanya
2. Tanyakan apa yang dirasakan pasien
3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan

Tahap kerja

1. Cuci tangan
2. Gunakan handscone
3. Atur posisi klien
4. Hubungkan kabel power Nebulizer ke terminal listrik, pastikan bahwa mesin Nebulizer menyala
5. Masukkan obat sesuai dosis yang dibutuhkan kedalam face mask Nebulizer lalu tutup kembali dengan cara diputar
6. Monitor uap atau obat (dengan cara hidupkan mesin Nebulizer lihat apakah sudah ada uap yang keluar dari face mask Nebulizer)
7. Mengenakan face mask Nebulizer dengan benar kepada klien
8. Menanyakan kepada klien apakah sesaknya mulai berkurang
9. Bila sudah selesar, alat dirapihkan

10. Fase terminasi
11. Evaluasi respon klien (Menanyakan kepada klien bagaimana pak/bu setelah dipasang alat Nebulizer apakah sesak berkurang)
12. Rencana tindak lanjut (Dusahakan bapak/ibu jangan banyak beraktivitas dulu ya, agar sesak nya bisa cepat sembuh atau tidak kambuh kembali)
13. Kontrak yang akan datang ; topic, waktu, tempat (kalo begitu saya tinggal dulu ya pak/bu. Nanti pukul 12.00 kita bertemu lagi, untuk terapi pemberian obat secara oral, tempatnya disini saja)
14. Pendokumentasian : waktu pemberian, respon klien

Indikasi

Efektif dilakukan pada pasien dengan :

1. Bronchospasme akut
2. Produksi sekret yang berlebih
3. Batuk dan sesak nafas
4. Radang pada epiglottis

Kontraindikasi

1. Pasien yang tidak sadar atau confusion umumnya tidak kooperatif dengan prosedur ini, sehingga membutuhkan pemakain mask/sungkup, tetapi evektifitasnya akan berkurang secara signifikan
2. Pada klien dimana suara nafas tidak ada atau berkurang maka pemberian medikasi nebulizer menjadi kontraindikasi, kecuali jikamedikasi nebulizer diberikan melalui endrotacheal tube yang menggunakan tekanan positif. Pasien dengan penurunan pertukaran gas juga tidak dapat menggerakkan/memasukkan medikasi secara adekuat kedalam saluran nafas.
3. Pemakaian katekolamin pada pasien dengan cardiac irritability harus dengan perhatian. Ketika diinhalasi, ketakolamin dapat meningkatkan cardiac rate dan dapat menimbulkan disritmia.

4. Medikasi Nebulizer tidak dapat diberikan terlalu lama melalui intermittent positive-pressure breathing (IPPB), sebab IPPB mengiritasi dan meningkatkan bronchospasme.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Pada saat awal tindakan, klien perlu didampingi sampai klien terlihat tenang
2. Nebulizer dapat menyebabkan beberapa komplikasi (umumnya karena efek samping obat), berupa : nausea, muntah, tremor, bronkospasme (misalnya dikarenakan alergi terhadap obat inhalasi yang diberikan) dan takikardia
3. Gunakan tubing, nebulizer cup, mouthpiece/ maker untuk masing-masing klien. (single use)
4. Lindungi mata klien dari uap yang keluar dari alat nebulizer
5. Berikan obat yang sesuai dengan kolaborasi dokter
6. Jika memungkinkan, mintalah klien mengatur nafas dengan menarik nafas dalam melalui hidung dan tiup melalui mulut selama pemberian terapi.
7. Perhatikan perubahan yang terjadi, seperti kebiruan (sianosis), batuk berkepanjangan, gemetar (tremor), berdebar-debar, mual, muntah, dll.
8. Lakukan peneukan dada atau punggung (fidioterapi dada) pada saat atau setelah selesai terapi inhalasi.

Pengkajian

1. Observasi tanda dan gejala yang berhubungan dengan hipoksia : gelisah, penurunan konsentrasi, penurunan tingkat kesadaran, kelemahan, bingung, perubahan perilaku, peningkatan tanda-tanda vital, disritmia, sianosis, dispneu, clubbing-finger, pucat, disorientasi
2. Observasi kepatenan jalan nafas klien dan adanya sekret
3. Jika memungkinkan, lakukan pemeriksaan AGD (Analisa Gas Darah) terlebih dahulu.
4. Periksa kembali catatan kolaborasi dokter tentang jenis obat yang digunakan serta dosis terapi.

Masalah keperawatan yang terkait

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif
2. Kerusakan pertukaran gas

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut, salah satu intervensi yang dapat dikolaborasikan dengan tim medis adalah memberikan terapi nebulizer

Implementasi tindakan keperawatan

Memberikan terapi nebulizer




Evaluasi


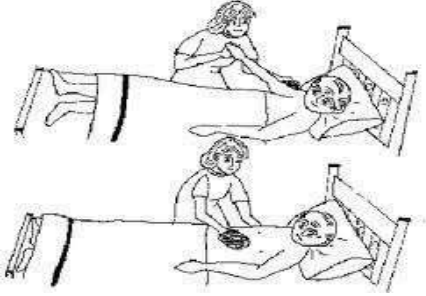
1. Evaluasi perubahan pada dada (pengembangan paru, tidak adanya bunyi ronkhi).
2. Evaluasi kemampuan klien mengeluarkan sekret

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Keperawatan dan Respon	Paraf & nama
16 april 2018	12.00	2	Memberikan klien terapi nebulizer : Bisolvon 2,5 mg dan NaCl 20 tetes (1cc) Respon : obat dapat terhirup habis oleh klien. Klien merasa lebih nyaman karena secret dapat dikeluarkan. Sekret yang dikeluarkan kental, berwarna putih kehijauan.....	

FORMAT PENILAIAN PRAKTIKUM TERAPI NEBULIZER

Nama Mahasiswa :

Aspek yang dinilai	Ya	Tidak	Gambar ilustrasi
A. Tahap Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat 			
B. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Tanyakan apa yang dirasakan pasien 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 			
C. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Gunakan handscone 3. Atur posisi klien 4. Hubungkan kabel power Nebulizer ke terminal listrik, pastikan bahwa mesin Nebulizer menyala 5. Masukkan obat sesuai dosis yang dibutuhkan kedalam face mask Nebulizer lalu tutup kembali dengan cara diputar 6. Monitor uap atau obat (dengan cara hidupkan mesin Nebulizer 			 

<p>yang keluar dari face mask Nebulizer)</p> <p>7. Mengenakan face mask Nebulizer dengan benar kepada klien</p> <p>8. Menanyakan kepada klien apakah sesaknya mulai berkurang</p> <p>9. Bila sudah selesa, alat dirapihkan</p>		
<p>a. Tahap Terminasi</p> <p>1. Evaluasi respon klien (Menanyakan kepada klien bagaimana pak/bu setelah dipasang alat Nebulizer apakah sesak berkurang)</p> <p>2. Rencana tindak lanjut (Diusahakan bapak/ibu jangan banyak beraktivitas dulu ya, agar sesaknya bisa cepat sembuh atau tidak kambuh kembali)</p> <p>3. Merapikan klien dan membiarkan klien beristirahat</p>		

Pemberian Masker Oksigen

Pemberian oksigen kepada klien dengan menggunakan masker yang dialiri oksigen dengan posisi menutupi hidung dan mulut klien. Masker oksigen umumnya

berwarna bening dan mempunyai tali sehingga dapat mengikat kuat mengelilingi wajah klien. Bentuk dari face mask bermacam-macam. Perbedaan antara rebreathing dan nonrebreathing mask terletak pada adanya vulve yang mencegah udara ekspirasi terinhalasi kembali.

Bentuk-bentuk masker

- a. Simple face mask mengalirkan oksigen konsentrasi oksigen 40-60% dengan kecepatan aliran 5-8 liter/menit.
- b. Rebreathing mask mengalirkan oksigen konsentrasi oksigen 60-80% dengan kecepatan aliran 8-12 liter/menit. Memiliki kantong yang terus mengembang baik, saat inspirasi maupun ekspirasi. Pada saat inspirasi, oksigen masuk dari sungkup melalui lubang antara sungkup dan kantung reservoir, ditambah oksigen dari kamar yang masuk dalam lubang ekspirasi pada kantong. Udara inspirasi sebagian tercampur dengan udara ekspirasi sehingga konsentrasi CO₂ lebih tinggi daripada simple face mask.

Persiapan

1. Pasien :
Pasien diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan (bila sadar dan diatur dalam posisi semi fowler 30 - 45 cm atau fowler(45 - 60 cm).
2. Alat
 - a. Tabung oksigen dan lengkap dengan manometer
 - b. Flow meter dan humidifier
 - c. Selang zat asam: Masker/sungkup atau kanule hidung,
 - d. Catatan dan pulpen
3. Mahasiswa
 - a. Melakukan tindakan dengan sistematis
 - b. Komunikatif dengan klien

Pelaksanaan

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Siapkan alat-alat
3. Cuci tangan
4. Isi tabung diperiksa dan dicoba
5. Atur posisi pasien
6. Slang oksigen dihubungkan dengan masker atau kanule hidung
7. Flow meter dibuka, atur aliran oksogen sesuai dengan program pengobatan, kemudian observasi humidifier pada tabung dengan adanya gelembung air.
8. Untuk penggunaan masker, maka masker ditutupkan ke hidung dan mulut lalu diikatkan kebelakang kepala, sedangkan yang memakai kanule hidung maka ujung kanule dimasukkan ke lubang hidung lalu diikatkan kebelakang kepala atau ke belakang telinga ke leher.
9. Catat: kecepatan aliran oksigen, rute pemberian dan respon klien
10. Peralatan dibereskan dan dirapikan.
11. Cuci tangan
12. Pemberian oksigen dapat dilaksanakan terus menerus, selang seling atau dihentikan sesuai dengan program pengobatan

Pemberian Terapi Oksigen Via Nasal Kanul

Pengertian

Pemberian terapi oksigen dengan menggunakan nasal kanul adalah pemberian oksigen kepada klien yang memerlukan oksigen ekstra dengan cara memasukkan selang yang terbuat dari plastik ke dalam lubang hidung dan mengaitkannya di belakang telinga. Panjang selang yang di masukkan ke dalam lubang hidung hanya berkisar 0,6 sampai dengan 1,3 cm. Pemasangan nasal kanula merupakan cara yang paling mudah, sederhana, murah, relative nyaman, mudah di gunakan, cocok untuk segala umur, cocok untuk pemasangan jangka pendek dan jangka panjang, dan efektif dalam mengirimkan oksigen. Pemakaian nasal kanul juga tidak mengganggu klien untuk melakukan aktifitas, seperti berbicara atau makan.

Perawat harus memahami dan mengetahui rata-rata aliran oksigen yang diberikan setiap persentase FiO₂. Atur aliran oksigen sesuai kolaborasi dengan dokter.

Tabel :

Perkiraan rata-rata aliran oksigen dibandingkan dengan persentasi konsentrasi (FiO₂) via nasal kanul

Aliran (Liter/Menit)	Konsentrasi (FiO ₂)
1	21% - 24%
2	24% - 28%
3	28% - 32%
4	32% - 36%
5	36% - 40%
6	40% - 44%

Tujuan

1. Memberi oksigen dengan konsentrasi relative rendah jika hanya membutuhkan oksigen minimal.
2. Memberi oksigen yang tidak terputus saat klien makan atau klien minum.

Persiapan

Persiapan Alat

1. Tabung Oksigen dengan/flow meter
2. Humidivier menggunakan cairan steril, airdistilisasi atau air kran yang dimasak sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit.
3. Kanula nasal dan selang
4. Plester
5. Kassa jika perlu

Persiapan Pasien

1. Pasien diberikan penjelasan tentang hal-hal yang akan diberikan

2. Posisi yang aman dan nyaman

Persiapan mahasiswa

1. Melakukan tindakan dengan sistematis
2. Komunikatif dengan klien
3. Percaya diri

Pengkajian

1. Program dokter yang berisi konsentrasi oksigen, metode pemberian, dan parameter pengaturan (kadar gas darah, nilai oksimetri nadi)
2. Data dasar : tingkat kesadaran, status pernafasan (frekuensi, kedalaman, tanda distress) tekanan darah, dan nadi
3. Warna kulit dan membrane mukosa

Diagnosis keperawatan

1. Ketidakefektifan pola nafas yang berhubungan dengan kerusakan neuromuscular
2. Ansietas yang berhubungan dengan ketidakmampuan bernafas
3. Ketidakefektifan perfusi jaringan (kardiopulmoner) yang berhubungan dengan distribusi oksigen yang buruk

Prosedur Pelaksanaan

1. Kaji kebutuhan terapi oksigen dan klarifikasi intruksi terapi
2. Siapkan pasien dan keluarga
 - a. Bantu pasien memperoleh posisi semi-flower jika memungkinkan.
Posisi ini memudahkan ekspansi dada sehingga pasien lebih mudah bernapas.
 - b. Jelaskan bahwa oksigen akan mengurangi ketidaknyamanan akibat dispnea dan tidak menimbulkan bahaya jika petunjuk keamanan diperhatikan. Informasikan kepada pasien dan keluarga tentang petunjuk keamanan yang berhubungan dengan penggunaan oksigen.
3. Siapkan peralatan oksigen dan humidifier.



Gambar 3. Manometer Dan Humidifier

4. Putar kenop oksigen hingga diperoleh kecepatan oksigen yang sesuai dengan intruksi dan pastikan peralatan berfungsi dengan baik.
 - a. Pastikan oksigen mengalir dengan bebas melalui slang dan anda dapat merasakan oksigen keluar dari kanula nasal. Tidak terdengar bunyi pada slang, sambungan tidak bocor, dan terdapat gelembung udara pada humidifier saat oksigen mengalir melewati air.
 - b. Atur kecepatan aliran oksigen sesuai dengan terapi yang direkomendasikan.
5. Pasang kanula nasal pada wajah klien dengan lubang kanula masuk kedalam hidung dan karet pengikat melingkari kepala pasien. Beberapa model memiliki karet pengikat yang ditarik ke bawah dagu.
6. Fiksasi kanula nasal menggunakan flester
7. Gunakan kassa sebagai alas karet pengikat pada area telinga dan tulang pipi jika perlu
8. Lakukan evaluasi umum pada klien dalam 15-30 menit pertama, bergantung pada kondisi pasien. Selanjutnya, lakukan evaluasi umum secara teratur yang meliputi pengkajian tingkat kecemasan; kemudahan bernapas ketika alat dipasang; TTV; pola napas; pergerakan dada; warna kulit; kuku; bibir; telinga; membran mukosa hidung; mulut dan faring; tanda hipoksia; tanda hiperkarbia; bunyi napas bilateral; AGD; toleransi aktivitas; adanya takikardia; dispnea; konfusi; kelelahan; dan sianosis.
9. Kaji adanya iritasi pada hidung pasien dan berikan pelumas pada membran mukosa jika perlu.

10. Inspeksi peralatan secara teratur. Periksa volume kecepatan aliran oksigen dan ketinggian cairan steril pada humidifier dalam 30 menit dan ketika memberi perawatan pada pasien . pertahankan ketinggian air di dalam humidifier dan pastikan petunjuk keamanan dipatuhi.
11. Dokumentasikan hasil pegkajian, terapi yang diberikan, dan data yang relevan dalam dokumntasi keperawatan.



Gambar 4. Pasien Menggunakan Nasal Canula

Identifikasi hasil dan perencanaan

- Rentang frekuensi pernafasan dari 14-20×/menit; kedalaman nafas normal, lembut,dan simetri; lapang paru bersih, tidak sianosis
- Klien tidak memperlihatkan masalah pernafasan

Pertimbangan khusus dalam perencanaan dan implementasi

Periksa kembali kebijakan institusi tentang perlunya mendapatkan program dokter sebelum terapi oksigen dimulai. Pada sebagian besar kasus akut, peberian oksigen merupakan wewenang perawat dan tidak memerlukan intruksi dokter atau tindak selanjutnya. Gunakan masker wajah daripada kanula nasal untuk memberikan kontrol konsentrasi oksigen inspirasi yang lebih baik. Jika diperlukan konsentrasi oksigen yang tinggi, penggunaan kanula nasal mungkin tidak tepat untuk pemberian oksigen dalam situasi darurat. Jika klien tidak memiliki riwayat penyakit paru menahun atau penyalahgunaan tembakau yang kronis,

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN: MEMBERIKAN
OKSIGEN MELALUI NASAL KANUL**

Nama Mahasiswa:

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	Dilakukan						KET
	Tgl:		Tgl:		Tgl:		
	Ys	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
Persiapan Alat: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tabung oksigen lengkap dengan manometer, dan sarung tabung oksigen <input type="checkbox"/> Flow meter (pengukur aliran) <input type="checkbox"/> Humidifier (yang sudah diisi dengan aquadest) <input type="checkbox"/> Selang oksigen <input type="checkbox"/> Nasal kanule <input type="checkbox"/> Tanda “dilarang merokok” 							
Persiapan Lingkungan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaga privasi klien. 							
Persiapan Klien: <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 2. Beri pasien posisi fowler di tempat tidur atau posisi duduk di kursi, sampai pasien merasa nyaman 							

<p>Langkah – Langkah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mencuci tangan 2) Sambung kanule ke selang oksigen dari humidifier 3) Tekan tombol flow meter sampai kecepatan yang diprogramkan dan mencoba aliran pada kulit muka melalui ujung selang 4) Masukkan cabang kanule ke dalam lubang hidung klien ±1-2 cm dan kaitkan tali di belakang telinga klien, lalu rapatkan pengatur selang oksigen dibawah dagu klien. 5) Minta klien untuk setiap menarik napas melalui hidung 6) Menanyakan kepada klien apakah sesaknya berkurang atau tidak 7) Mengobservasi status pernapasan klien 8) Memberitahu klien bahwa tindakan sudah selesai 9) Rapikan alat dan pasien 10) Lepaskan sarung tangan 11) Menjelaskan kepada klien dan keluarga : <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak boleh merokok di lingkungan klien b. Tidak boleh mengubah flowmeter c. Segera lapor jika ada reaksi sesak bertambah/klien gelisah 12) Mencuci Tangan 							
--	--	--	--	--	--	--	--

Sikap : 1. Melakukan tindakan dengan sistematis 2. Komunikatif dengan klien 3. Percaya diri							

Keterangan :

- Ya = 1 (di lakukan dengan benar)
- Tidak = 0 (tidak di lakukan/ dilakukan dengan tidak/ kurang benar)

Kriteria Penilaian :

- Baik sekali : 100
- Baik : 81-99
- Kurang / TL : ≤80

$$\text{Nilai} = \frac{\text{jumlah tindakan yang dilakukan (ya)}}{19} \times 100 = \dots$$

Tanggal :	Tanggal :	Tanggal :
Nilai :	Nilai :	Nilai :
Pembimbing :	Pembimbing :	Pembimbing :
Mahasiswa :	Mahasiswa :	Mahasiswa :

Pemberian Terapi Oksigen Face Mask

Pengertian

Pemberian terapi oksigen dengan menggunakan face mask adalah pemberian oksigen kepada pasien dengan menggunakan masker yang dialiri oksigen dengan posisi menutupi hidung dan mulut klien. Masker tersebut umumnya berwarna bening dan mempunyai tali sehingga dapat mengikat kuat mengelilingi wajah klien.



Gambar 5. Pasien dengan simple face mask dan partial rebreathing mask

Tujuan

Memberi oksigen dalam kadar yang sedang dengan konsentrasi dan kelembapan yang lebih tinggi dibandingkan dengan kanula nasal

Persiapan Alat

1. Tabung oksigen dengan flowmeter
2. Humidifier menggunakan cairan steril, air distalasi, atau air kran yang dimasak sesuai dengan kebijakan rumah sakit.
3. Sungkup wajah dengan ukuran yang sesuai
4. Karet pengikat sungkup wajah
5. Kasa jika perlu

Prosedur Pelaksanaan

1. Kaji kebutuhan terapi oksigen dan klarifikasi intruksi terapi
2. Siapkan pasien dan keluarga
 - a. Bantu pasien memperoleh posisi semi-flower jika memungkinkan.
Posisi ini memudahkan ekspansi dada sehingga pasien lebih mudah bernapas.
 - b. Jelaskan bahwa oksigen akan mengurangi ketidaknyamanan akibat dispnea dan tidak menimbulkan bahaya jika petunjuk keamanan diperhatikan. Informasikan kepada pasien dan keluarga tentang petunjuk keamanan yang berhubungan dengan penggunaan oksigen.
3. Siapkan peralatan oksigen dan humidifier.
4. Putar kenop oksigen hingga diperoleh kecepatan oksigen yang sesuai dengan intruksi dan pastikan peralatan berfungsi dengan baik.
 - a. Pastikan oksigen mengalir dengan bebas melalui slang dan anda dapat merasakan oksigen keluar dari kanula nasal. Tidak terdengar bunyi pada slang, sambungan tidak bocor, dan terdapat gelembung udara pada humidifier saat oksigen mengalir melewati air.
 - b. Atur kecepatan aliran oksigen sesuai dengan terapi yang direkomendasikan.
5. Pasang sungkup oksigen pada wajah pasien dari hidung hingga ke dagu pasien
6. Atur sungkup agar sesuai dengan bentuk wajah pasien. Pastikan sungkup menutup wajah pasien dengan pas sehingga oksigen yang masuk ke mata atau mengalir ke sekitar pipi dan dagu minimal
7. Pasang karet pengikat melingkari kepala klien agar sungkup terasa nyaman.
8. Beri karet pengikat alas menggunakan kasa di area belakang telinga dan di atas benjolan tulang. Alas akan mencegah timbulnya iritasi akibat karet pengikat sungkup.
9. Lakukan evaluasi umum pada pasien dalam 15-30 menit pertama, bergantung pada kondisi pasien. Selanjutnya, lakukan evaluasi umum secara teratur yang meliputi pengkajian tingkat kecemasan; kemudahan bernapas ketika alat dipasang; TTV; pola napas; pergerakan dada; warna kulit; kuku; kulit; telinga; membrane mukosa hidung; mulut; dan faring; tanda hipoksia; tanda hiperkarbia; bunyi napas bilateral; AGD; toleransi aktivitas; adanya takikardia; dispnea; konfusi; kelelahan; dan sianosis.
10. Amati kulit wajah dengan sering dengan sering untuk mengetahui jika terdapat

goresan atau kelembapan. Jika perlu, keringkan di area lembab dan tangani goresan.

11. Inspeksi peralatan secara teratur. Periksa volume kecepatan aliran oksigen dengan ketinggian cairan steril pada humidifier dalam 30 menit dan ketika memberi perawatan pada pasien. Pertahankan ketinggian air di humidifier dan pastikan petunjuk keaman dipenuhi.

12. Dokumentasikan hasil pengkajian, terapi yang diberikan dan data yang relevan dalam dokumntasi keperawatan.

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN : MEMBERIKAN
OKSIGEN MELALUI FACE MASK**

Nama Mahasiswa :

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	Dilakukan						KET
	Tgl:		Tgl:		Tgl:		
	Ys	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tabung oksigen lengkap dengan manometer, dan sarung tabung oksigen <input type="checkbox"/> Flow meter (pengukur aliran) <input type="checkbox"/> Humidifier (yang sudah diisi dengan aquadest) <input type="checkbox"/> Selang oksigen <input type="checkbox"/> Face Mask <input type="checkbox"/> Tanda “dilarang merokok” 							
Persiapan Lingkungan : <ul style="list-style-type: none"> 1. Jaga privasi klien. 							

<p>Persiapan Klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 2. Beri pasien posisi fowler di tempat tidur atau posisi duduk di kursi, sampai pasien merasa nyaman 							
<p>Langkah – Langkah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Sambung kanule ke selang oksigen dari humidifier 3. Tekan tombol flow meter sampai 							

<p>kecepatan yang diprogramkan dan mencoba aliran pada kulit muka melalui face mask</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Bantu klien untuk memakai face mask. Pastikan posisi mulut dan hidung klien ada di dalam face mask dan terpasang rapat sehingga seminimal mungkin oksigen dapat keluar dari dalam face mask. 5. Ikatkan tali face mask di kepala pasien. 6. Menanyakan kepada klien apakah sesaknya berkurang atau tidak 7. Mengobservasi status pernapasan klien 8. Memberitahu klien bahwa tindakan sudah selesai 9. Rapihan alat dan pasien 10. Lepaskan sarung tangan 11. Menjelaskan kepada klien dan keluarga : <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak boleh merokok di lingkungan klien b. Tidak boleh mengubah flowmeter c. Segera lapor jika ada reaksi sesak bertambah/klien gelisah 12. Mencuci tangan 13. Mendokumentasikan prosedur 							
<p>Sikap :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan tindakan dengan sistematis 2. Komunikatif dengan klien 3. Percaya diri 							

Keterangan :

- Ya = 1 (di lakukan dengan benar)
- Tidak = 0 (tidak di lakukan/ dilakukan dengan tidak/ kurang benar)

Kriteria Penilaian :

- Baik sekali : 100
- Baik : 81-99
- Kurang / TL ≤80

$$\text{Nilai} = \frac{\text{jumlah tindakan yang dilakukan (ya)}}{19} \times 100 = \dots$$

Tanggal :	Tanggal :	Tanggal :
Nilai :	Nilai :	Nilai :
Pembimbing :	Pembimbing :	Pembimbing :
Mahasiswa :	Mahasiswa :	Mahasiswa :

Pemberian Terapi Oksigen dengan Face Tent

Pengertian

Pemberian terapi oksigen dengan menggunakan face tent adalah pemberian oksigen kepada klien yang tidak bias toleransi terhadap pemakaian face mask. Besarnya konsentrasi oksigen yang bisa disuplai dengan menggunakan alat ini sangat bervariasi sehingga sering dihungkan dengan system venturi, misalnya dengan aliran oksigen sebesar 4-8 liter/menit, maka pasien akan mendapatkan konsentrasi oksigen sebesar 30-50%.



Gambar 6. Pasien dengan face tent dan non rebreathing mask

Tujuan

1. Memberi kelembapan tinggi
2. Memberi oksigen jika sungkup tidak dapat ditoleransi
3. Memberi oksigen tinggi saat dihubungkan dengan system venturi

Persiapan Alat

1. Tabung oksigen dengan flowmeter
2. Humidifier menggunakan cairan steril, air distilasi, atau air keran yang dimasak sesuai dengan kebijakn rumah sakit
3. Tenda wajah sesuai ukuran

Prosedur Pelaksanaan

1. Kaji kebutuhan terapi oksigen dan klarifikasi intruksi terapi
2. Siapkan pasien dan keluarga
 - a. Bantu pasien memperoleh posisi semi-flower jika memungkinkan. Posisi ini memudahkan ekspansi dada sehingga pasien lebih mudah bernapas.
 - b. Jelaskan bahwa oksigen akan mengurangi ketidaknyamanan akibat dispnea dan tidak menimbulkan bahaya jika petunjuk keamanan diperhatikan. Informasikan kepada pasien dan keluarga tentang petunjuk keamanan yang berhubungan dengan penggunaan oksigen.
3. Siapkan peralatan oksigen dan humidifier.
4. Putar kenop oksigen hingga diperoleh kecepatan oksigen yang sesuai dengan intruksi dan pastikan peralatan berfungsi dengan baik.
 - a. Pastikan oksigen mengalir dengan bebas melalui slang dan anda dapat merasakan oksigen keluar dari kanula nasal. Tidak terdengar bunyi pada slang, sambungan tidak bocor, dan terdapat gelembung udara pada humidifier saat oksigen mengalir melewati air.
 - b. Atur kecepatan aliran oksigen sesuai dengan terapi yang direkomendasikan.
5. Pasang tent pada wajah pasien dan ikatkan melingkar kepada kepala
6. Lakukan evaluasi umum pada pasien dalam 15-30 menit pertama, bergantung pada kondisi pasien. Selanjutnya, lakukan evaluasi umum secara teratur yang meliputi pengkajian tingkat kecemasan; kemudahan bernapas ketika alat dipasang; TTV; pola napas; pergerakan dada; warna kulit; kuku; kulit; telinga; membrane mukosa hidung; mulut; dan faring; tanda hipoksia; tanda hiperkarbia; bunyi napas bilateral; AGD; toleransi aktivitas; adanya takikardia; dispnea; konfusi; kelelahan; dan sianosis.
7. Amati kulit wajah dengan sering dengan sering untuk mengetahui jika terdapat goresan atau kelembapan. Jika perlu, keringkan di area lembab dan tangani goresan.
8. Inspeksi peralatan secara teratur. Periksa volume kecepatan aliran oksigen dan ketinggian cairan steril pada humidifier dalam 30 menit dan ketika memberi perawatan pada pasien. Pertahankan ketinggian air di dalam humidifier dan pastikan petunjuk keamanan dipatuhi.
9. Dokumentasikan hasil pengkajian, terapi yang diberikan, dan data yang relevan dalam

dokumentasi keperawatan.

Tujuan Umum Pemberian Terapi Oksigen

1. Meningkatkan ekspansi dada
2. Memperbaiki status oksigenasi pasien yang memenuhi kekurangan oksigen
3. Membantu kelancaran metabolisme
4. Mencegah hipoksia (misalnya : penyelam, penerbang, pendaki gunung, pekerja tambang).
5. Menurunkan kerja jantung
6. Menurunkan kerja paru-paru pada klien dengan dyspnea
7. Meningkatkan rasa nyaman dan efisiensi frekuensi napas pada penyakit paru

Tabel Tujuan Khusus tiap jenis terapi oksigen

Indikasi

Jenis	Tujuan Khusus
Nasal Kanul	<input type="checkbox"/> Memberikan terapi oksigen dengan konsentrasi rendah <input type="checkbox"/> Memberikan terapi oksigen tanpa harus ada interupsi aktivitas lain, seperti makan dan minum
Face Mask	<input type="checkbox"/> Memberikan terapi oksigen dengan konsentrasi dan atau tingkat kelembapan yang lebih tinggi dari nasal kanul <input type="checkbox"/> Menyediakan terapi oksigen dengan tingkat kelembapan yang tinggi <input type="checkbox"/> Menyediakan oksigen pada klien yang tidak bisa toleransi terhadap face mask
Face Tent	<input type="checkbox"/> Menyediakan terapi oksigen dengan konsentrasi yang tinggi

Efektif diberikan pada klien yang mengalami:

1. Gagal napas

2. Gangguan jantung (gagal jantung, infark)
3. Kelumpuhan alat pernapasan
4. Tanda-tanda hipoksia, shock, dyspnea, sianosis, apnoe
5. Keadaan gawat (misalnya)
6. Trauma paru
7. Metabolism yang meningkat: luka bakar, injury multiple, infeksi berat
8. Post operasi
9. Keracunan karbon monoksida

Kontraindikasi

Tidak ada kontraindikasi pada pemberian terapi oksigen dengan syarat pemberian jenis dan jumlah aliran yang tepat. Namun demikian, perhatikan pada kasus berikut:

1. Pada klien dengan PPOK (penyakit paru obstruktif menahun) yang mulai bernapas spontan maka pemasangan masker partial repleating dan non repleating dapat menimbulkan tanda dan gejala keracunan oksigen. Hal ini dikarenakan jenis masker partial repleating dan non repleating dapat mengalirkan oksigen dengan konsentrasi yang tinggi yaitu sekitar 90% - 95%
2. Face mask tidak bisa dianjurkan pada pasien yang mengalami muntah-muntah
3. Jika pasien terdapat obstruksi nasal maka hindari pemakaian nasal kanal

Hal-hal Yang Harus Diperhatikan

1. Perhatikan jumlah air steril dalam humidifier, jangan berlebih atau kurang dari batas. Hal ini penting untuk mencegah kekeringan membrane mukosa dan membantu untuk mengencerkan sekret di saluran pernapasan pasien.



Gambar 7. Humidifier dan flowmeter

2. Pasanglah tanda : “dilarang merokok : ada pemakaian oksigen” di pintu kamar pasien, dibagian kaki atau kepala tempat tidur, dan di dekat tabung oksigen. Intruksikan kepada pasien dan pengunjung akan bahaya merokok di area pemasangan oksigen yang dapat menyebabkan kebakaran.
3. Jika terapi oksigen tidak dipakai lagi, posiskan flow meter dalam posisi OFF.
4. Pada beberapa kasus seperti bayi premature, pasien dengan penyakit akut, pasien dengan keadaan yang tidak stabil atau pasien post operasi, perawat harus mengobservasi lebih sering terhadap respon pasien selama pemberian terapi oksigen.
5. Pada beberapa pasien, pemasangan masker akan memberikan rasa tidak nyaman karena merasa “terperangkap”. Rasa tersebut dapat diminimalisirkan jika perawat dapat meyakinkan pasien akan pentingnya pemakaian masker tersebut.
6. Pada pasien dalam masalah febris, dan diaforosis, maka perawat perlu melakukan perawatan kulit dan mulut secara ekstra karena pemasangan masker tersebut dapat menyebabkan efek kekeringan di sekitar area tersebut.
7. Jika terdapat luka lecet pada bagian telinga pasien karena pemasangan ikatan tali nasal kanul, face mask, dan face tent, maka perawat dapat memakaikan kasa berukuran 4×4 cm di area tempat penekanan tersebut.
8. Akan lebih baik jika perawat menyediakan alat suction di samping pasien dengan terapi oksigen.
9. Pada klien dengan usia anak-anak, biarkan anak bermain-main terlebih dahulu dengan contoh masker.

Pengkajian

1. Observasi tanda dan gejala yang berhubungan dengan hipoksia : ansietas, penurunan konsentrasi, penurunan kesadaran, adanya kelemahan, perubahan kebiasaan, peningkatan nadi dan frekuensi napas, distritmia, sianosis, dyspnea, adanya penggunaan otot bantu napas.
2. Observasi kepatenan jalan napas dan adanya sekret
3. Jika memungkinkan, catat hasil laboratorium AGD (Analisa Gas Darah) yang terbaru
4. Periksa kembali order pemberian oksigenasi dari catatan medis dokter

Masalah Keperawatan

1. Kerusakan pertukaran gas
2. Ketidakefektifan pola napas
3. Penurunan curah jantung

Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut, salah satu intervensi untuk dapat dikolaborasikan dengan tim medis adalah pemberian terapi oksigen.

Implementasi tindakan keperawatan

1. Memberikan terapi oksigen via nasal kanul
2. Memberikan terapi oksigen via face mask
3. Memberikan terapi oksigen via face tent

Evaluasi Formatif

1. Evaluasi adanya ansietas, peningkatan kesadaran dan kemampuan kognitif, penurunan kelemahan fisik, tidak adanya rasa pusing, tanda-tanda vital yang normal dan tidak adanya sianosis.
2. Evaluasi keadaan hidung dan telinga bagian superior akan adanya kerusakan integritas kulit.
3. Evaluasi saturasi oksigen.

Contoh Dokumentasi Implementasi tindakan Keperawatan

Nama : Ny. A(35 tahun)

Ruang Anggrek RS UKI

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Keperawatan dan Respon	Paraf & nama
16 april 2009	12.00	1	Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter / Menit. Respon : klien mengatakan sesak berkurang setelah diberikan oksigen, merasa lebih nyaman, tekanan darah 120/80 mmHg, RR	

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :
MEMBERIKAN OKSIGEN MELALUI FACE TENT**

Nama Mahasiswa :

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	Dilakukan						KET
	Tgl:		Tgl:		Tgl:		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
Persiapan Alat : <input type="checkbox"/> Tabung oksigen lengkap dengan manometer, dan sarung tabung oksigen <input type="checkbox"/> Flow meter (pengukur aliran) <input type="checkbox"/> Humidifier (yang sudah diisi dengan aquadest) <input type="checkbox"/> Selang oksigen <input type="checkbox"/> Face Mask <input type="checkbox"/> Tanda “dilarang merokok”							
Persiapan Lingkungan : 1. Jaga privasi klien.							
Persiapan Klien : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 2. Beri pasien posisi fowler di tempat tidur atau posisi duduk di kursi, sampai pasien merasa nyaman							
Langkah – Langkah : 1. Mencuci tangan 2. Sambung kanule ke selang oksigen dari							

<p>humidifier</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tekan tombol flow meter sampai kecepatan yang diprogramkan dan mencoba aliran pada kulit muka melalui face tent 4. Pasang face tent di muka klien. 5. Ikatkan tali face tent di kepala pasien. 6. Menanyakan kepada klien apakah sesaknya berkurang atau tidak 7. Mengobservasi status pernapasan klien 8. Mengobservasi kelembapan selang face tent. Jika terdapat air di dalam selang, jangan dialirkan kembali ke humidifier. Cek kelembapan selang face tent tiap 4 jam sekali. Ganti kontainer tiap 24 jam. 9. Memberitahu klien bahwa tindakan sudah selesai. 10. Rapikan alat dan pasien. 11. Lepaskan sarung tangan. 12. Menjelaskan kepada klien dan keluarga : <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak boleh merokok di lingkungan klien b. Tidak boleh mengubah flowmeter c. Segera lapor jika ada reaksi sesak bertambah/klien gelisah 13. Mencuci tangan 14. Mendokumentasikan prosedur 15. Cek area penekanan face tent tiap 2 jam untuk menghindari adanya luka lecet di area hidung, mulut dan telinga bagian superior. 							
--	--	--	--	--	--	--	--

16. Kolaborasi dengan dokter untuk pengecekan AGD 10-15 menit							
Sikap : 1.Melakukan tindakan dengan sistematis 2.Komunikatif dengan klien 3.Percaya diri							

Keterangan :

- Ya = 1 (di lakukan dengan benar)
- Tidak = 0 (tidak di lakukan/ dilakukan dengan tidak/ kurang benar)

Kriteria Penilaian :

- Baik sekali : 100
- Baik : 81-99
- Kurang / TL ≤80

$$\text{Nilai} = \frac{\text{jumlah tindakan yang dilakukan (ya)}}{19} \times 100 = \dots$$

D. PRAKTIK PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT

Memasang Infus

Definisi

Proses memasukan jarum *abocath* ke dalam pembuluh darah vena yang kemudian disambungkan dengan selang infuse dan dialirkan cairan infuse. Keadaan –keadaan yang umumnya memerlukan pemasangan infuse adalah:

1. Perdarahan dalam jumlah banyak (kehilangan cairan tubuh dan komponen darah).
2. Trauma abdomen berat (kehilangan cairan tubuh dan komponen darah).
3. Fraktur khususnya di pelvis dan femur (kehilangan cairan tubuh dan komponene darah).
4. *Heat Stroke* (kehilangan cairan tubuh pada dehidrasi).
5. Diare dan demam (mengakibatkan dehidrasi).
6. Luka bakar luas (kehilangan banyak cairan tubuh).
7. Semua trauma kepala, dada, dan tulang punggung (kehilangan cairan tubuh dan komponen darah).
8. Dehidrasi.
9. Klien yang memakai obat-obatan tertentu, seperti diuretic (dapat menyebabkan ereksi air dan sodium) dan steroid (dapat menyebabkan ereksi potassium).

Tujuan

1. Memberikan sejumlah cairan ke dalam tubuh ke dalam pembuluh darah vena untuk menggantikan kehilangan cairan tubuh atau zat-zat makanan.
2. Sebagai media pemberian obat.

Indikasi

1. Pemberian cairan intravena (*intravenous fluids*).

2. Pemberian nutrisi parenteral (langsung masuk ke dalam darah). Dalam jumlah terbatas
3. Pemberian kantong darah dan produk darah.
4. Pemberian obat yang terus-menerus (kontinyu).
5. Pra dan pasca bedah.
6. Dipuaskan.
7. Upaya profilaksis (tindakan pencegahan) sebelum prosedur (misalnya pada operasi besar dengan risiko pendarahan , dipasang jalur infuse intravena untuk persiapan jika terjadi syok, juga untuk memudahkan pemberian obat).
8. Upaya profilaksis pada pasien-pasien yang tidak stabil, misalnya risikp dehidrasi (kekurangan cairan) dan syok (mengancam nyawa, sebelum pembuluh darah kolaps (tidak teraba), sehingga tidak dapat dipasang jalur infuse.

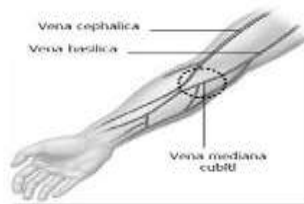
Kontraindikasi

1. Inflamasi (bengkak, nyeri, demam dan infeksi dilokasi pemasangan infus.
2. Derah lengan bawah pada pasien gagal ginjal, karena lokasi ini akan digunakan untuk pemasangan fistula arteri-vena (A-V *shunt*) pada tindakan hemodialisis (cuci darah).
3. Obat-obatan yang berpotensi iritan terhadap pembuluh vena kecil yang aliran darahnya lambat (misalnya pembuluh vena di tungkai dan kaki).

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Pada klien yang sangat muda dan manula mempunyai vena yang mudah “kabur”. Jadi perawat harus berhati-hati terhadap kedua kelompok tersebut. Pada klien dengan obesitas umumnya juga sulit ditemukan vena supervisial. Gunakan spalk untuk membantu fiksasi infuse.
2. Jika memungkinkan, Tanya klien lokasi panusukan yang diinginkan.
3. Pilih lokasi penusukan yang paling memungkinkan:
 - Hindari penusukan pada kulit yang terdapat luka, kuli yang terinfeksi atau bagian yang mengalami penurunan sensasi (misalnya hemiperesis setelah stroke). Terkadang perawat perlu untuk menentukan palpasi untuk menentukan lokasi penusukan.

- Hindarkan penusukan pada pergelangan tangan dan lengan atas.
- Pilih terlebih dahulu bagian distal.
- Hindarkan menusuk di bagian tangan dominan.
- Bila klien pernah dilakukan mastektomi, maka hindarkan penusukan di sisi ekstermitas yang dilakukan mastektomi.



Gambar 13. Letak Vena

4. Ukuran abocath untuk anak-anak adalah 22-24 sedangkan pada klien dewasa adalah 24-26 agar mengurangi trauma penusukan dan aliran infuse cukup sesuai kebutuhan.
5. Gunakan sudut 5-15 derajat pada saat penusukan untuk klien manula karena letak vena lebih supervisial.
6. Lakukan pengawasan terhadap pemberian terapi cairan infuse setelah pemasangan infuse.
7. Perawat harus mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kecepatan aliran infus, seperti posisi lengan, posisi dan kepatenan abocath, ketinggian botol infuse, dan ukuran abocath.
8. Instruksikan klien untuk memberitahu perawat jika terdapat tanda dan gejala inflamasi dan flebitis, seperti kemerahan, bengkak dan nyeri pada lokasi penusukan infus. Minta klien juga untuk memberitahukan jika terdapat darah di selang infus atau aliran infus menjadi terlalu lambat atau terlalu cepat dari biasanya.
9. Ajarkan klien untuk untuk meninggikan botol infus jika klien berpindah tempat, misalnya ke toilet. Minta klien agar tidak membuat lokasi penusukan infus menjadi basah terkena air.
10. Minta klien juga untuk memakai pakaian yang mudah untuk dipakai dan dilepaskan, seperti kemeja.
11. Penempatan kanula pada vena proksimal (kubiti atau lengan bawah) sangat dianjurkan untuk larutan infus dengan osmoralitas > 500 mOsm/L. Hindarkan vena pada punggung tangan jika mungkin, pertama pada pasien usia lanjut.

12. Jangan gunakan vena bagian punggung tangan bila anda memberikan : Asam Amino + glukosa; Glukosa + elektrolit; D5 atau NS yang telah dicampur dengan obat suntik atau Meylon dan lain-lain.
13. Pemasangan infus dapat menyebabkan beberapa komplikasi ,seperti:
- a. Hematamo, yakni darah mengumpul dalam jaringan tubuh akibat pecahnya pembuluh darah arteri vena, atau kapiler, terjadi akibat penekanan yang kurang tepat saat memasukan jarum, atau “tusukan” berulang pada pembuluh darah.
 - b. Infiltrasi, yakni masukan cairan infus kedalam jaringan sekitar (bukan pembuluh darah), terjadi akibat ujung jarum infus melewati pembuluh darah.
 - c. Tromboflebitis, atau bengkak (inflamasi) pada pembuluh vena, terjadi akibat infus yang dipasang tidak dipantau secara ketat dan benar.
 - d. Emboli udara, yakni masuknya udara ke dalam sirkulasi darah, terjadi masuknya udara yang di dalam cairan infuse ke dalam pembuluh darah.Rasa perih/ sakit.
14. Perawat harus mengetahui jenis cairan infuse yang di berikan pada klien, seprti yang di dsebutkan di bawah ini:

Tabel Jenis Cairan Infus

Jenis	Deskripsi
Cairan hipotonik	Osmolaritasnya lebih rendah di dibandingkan serum (kosentrasi ion Na+ lebih rendah dibandingkan serum), sehingga larut dalam serum, dan menurunkan osmolaritas serum. Mekan cairan “ditarik” dari dalam pembuluh darah keluar dari jaringan sekitarnya (prinsip cairan berpindah dari osmolaritas rendah ke osmolaritas tinggi), sampai akhirnya mengisi sel- sel yang dituju. Digunakan pada keadaan sel “ mengalami” dehidrasi,, misalnya pada pasien cuci darah (dialisis) dalam terapi deutri, juga pada pasien hiperglikemia (kadar gula darah tinggi) dengan ketoasidosis diabetik. Komplikasi yang membahayakan adalah perpindahan tiba-tiba cairan dari dalam pembuluh darah ke sel, menyebabkan kolaps kardiovaskuler dan peningkatan tekanan intracranial (dalam otak) pada

	beberapa orang. Contohnya adalah NaCl 45% dan Dekstrosa 2,5%
Cairan isotonic	Osmolaritasnya (tingkat kepekatan) cairannya mendekati serum (bagian cair komponen darah), sehingga terus berada di dalam pembuluh darah. Bermanfaat pada pasien yang mengalami hipovolemia (kekurangan cairan tubuh, sehingga tekanan darah terus menurun). Memiliki resiko terjadinya overload (kelebihan cairan), khususnya pada penyakit gagal jantung kongestif dan hipertensi. Contohnya adalah cairan Ringer-Laktat (RL) , dan normal saline/ larutan garam fisiologis (NaCl 0,9%)
Cairan hipertonik	Osmolaritasnya lebih tinggi di bandingkan serum, sehingga "menarik" cairan dan elektrolit dari jaringan dan sel ke dalam pembuluh darah. Mampu menstabilkan tekanan darah, meningkatkan produksi urin, dan mengurangi edema (bengkak). Penggunaannya kontradiktif dengan cairan hipotonik. Misalnya Dextrose 5%, NaCl 45% hipertonik, Dextrose 5%+ Ringer – Laktat, Dextrose 5% + NaCl 0,9, produk darah darah, dalam albumin.

Tabel Pembagian jenis cairan berdasarkan kelompoknya.

Jenis	Deskripsi
Kristaloid	Bersifat isotonik, maka efektif dalam mengisi sejumlah volume cairan (volume expanders) ke dalam pembuluh darah dalam waktu yang singkat, dan berguna pada pasien yang memerlukan cairan segera. Misalnya Ringer-Laktat dan garam fisiologis.
Koloid	Ukuran molekulnya (biasanya protein) cukup besar sehingga tidak akan keluar dari membrane kapiler, dan tetap berada dalam pembuluh darah, maka sifatnya hipertonik, dan dapat menarik cairan dari luar pembuluh darah. Contohnya adalah albumin dan steroid.

Pengkajian

1. Observasi tanda dan gejala yang mengindikasikan klien kekurangan cairan dan elektrolit, seperti : edema periorbital, mata cekung, penurunan atau peningkatan berat badan lebih dari 2%, kulit dan membrane mukosa kering, flak atau distensi vena leher, perubahan tanda-tanda vital , perubahan irama nadi, adanya bunyi krakles atau ronkhi di paru, turgor tidak elastic, peningkatan atau penurunan bising usus, penurunan urin output, pusing dan perubahan perilaku.
2. Kaji ulang catatan kolaborasi dokter tentang jenis dan jumlah tetesan air infuse.
3. Kaji informasi dari buku referensi obat atau ahli farmasi tentang komposisi, tujuan pemberian, efek samping cairan infus.
4. Kaji tingkat pengetahuan klien tentang alasan pemberian cairan infus.
5. Kaji tingkat kesiapan klien terhadap terapi pemasangan infus.
6. Kaji adanya faktor risiko komplikasi dari pemberian infus, seperti klien dengan penyakit gagal jantung atau gagal ginjal.

Masalah keperawatan yang terkait

Kekurangan volume cairan dan elektrolit : kurang dari kebutuhan.

Risiko infeksi.

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut, salah satu intervensi yang dapat dikolaborasikan perawat dengan tim medis adalah pemasangan infus.

Implementasi tindakan : Memasang infus

Evaluasi formatif

1. Evaluasi klien setiap jam untuk memeriksa jumlah cairan infus yang diresepkan dokter, aliran infus dan kepatenan abocath dan adanya infiltrasi, flebitis dan inflamasi. Pemeriksaan secara berkala setiap jam secara berkala setiap jam dilakukan untuk menghindari kelebihan (overload) cairan, tetesan infus yang terlalu cepat atau terlalu lambat serta mencegah adanya inflamasi dan kerusakan jaringan kulit.
2. Evaluasi adanya pendarahan di lokasi penusukan. Perdarahan umumnya terjadi pada klien yang menerima heparin atau klien dengan kelainan darah. Jika terjadi pendarahan di lokasi penusukan, tekan area darah tersebut dengan menggunakan kassa.
3. Evaluasi adanya flebitis yang ditandai dengan nyeri, suhu tubuh, eritema di sepanjang vena yang ditusuk.

Contoh dokumentasi implementasi keperawatan

Nama: Ny. A (35 tahun)

Ruang Anggrek RS Peduli Sesama

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi keperawatan dan respon	Paraf & nama
---------	-----	----	-------------------------------------	--------------

16 April 2009	12.00	3	Memasang infus no. 24 di lengan kiri dengan cairan NaCL 0,9% 20 tetes/ menit. Respon: Infus mengalir lancar sesuai kolaborasi dokter, abocath dalam posisi paten	Raka
------------------	-------	---	---	------

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN : MELAKUKAN
PEMASANGAN INFUS**

Nama Mahasiswa :

ASPEK KETERAMPILAN YANG DI NILAI	Dilakukan						KET
	Tgl:		Tgl:		Tgl :		
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
1	2	3	4	5	6	7	8
Persiapan alat: <input type="checkbox"/> Sarung tangan bersih. <input type="checkbox"/> Kipas alcohol. <input type="checkbox"/> Tourniquet. <input type="checkbox"/> Pengalas. <input type="checkbox"/> Kassa steril. <input type="checkbox"/> Plester. <input type="checkbox"/> Abocath. <input type="checkbox"/> Infus set. <input type="checkbox"/> Betadin. <input type="checkbox"/> Botol infus(kolf). <input type="checkbox"/> Bak spuit.							
Persiapan lingkungan :							

1. Jaga privasi klien							
Persiapan klien: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan di lakukan. 2. Berikan klien posisi supine atau semifowler dengan lengan di luruskan.							

Langkah – langkah : 1. Cuci tangan. 2. Pasang sarung. 3. Cek cairan yang digunakan prinsip 5 benar medikasi, warna, kejernihan, tanggal kadaluarsa. 4. Buka set infus. 5. Pasang roller klem selang infus 2- 4 cm di bawah ruang udara roller klem dalam posisi “off “. 6. Buka segel botol cairan infus. 7. Masukkan ujung set infus kedalam							
---	--	--	--	--	--	--	--

<p>botol cairan infus tanpa harus menyentuh area steril.</p> <p>8. Isi ruang udara dengan cara memijit ruang udara sehingga terisi 1/3 sampai 1/2 bagian.</p> <p>9. Buka roller klem dan alirkan cairan infus sampai keluar dari ujung selang ke bengkok.</p> <p>10. Periksa adanya udara di sepanjang selang.</p> <p>11. Pasang kembali roller klem dalam kondisi "off".</p> <p>12. Tutup ujung selang dengan penutupnya atau dengan menggunakan jarum + penutup sprit lalu taruh di bak spuit.</p> <p>13. Pasang pengalas.</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>14. Pasang tourniquet 10 – 12 cm di atas lokasi penusukan.</p>							
<p>15. Minta klien untuk mengepalkan tangannya.</p>							
<p>16. Pilih vena yang akan ditusukkan (utamakan dari arah distal).</p>							
<p>17. Bersihkan area penusukkan dengan menggunakan kapas alcohol dari arah dalam arah luar (gerakan sirkular). Jangan menyentuh area yang telah di bersihkan.</p>							
<p>18. Tarik kulit kearah distal berlawanan dengan arah agar vena semakin terlihat dan tidak berubah posisi. Jangan menyentuh arah steril.</p>							
<p>19. Masukkan jarum</p>							

<p>abocath secara perlahan ke lokasi penusukkan dengan sudut 20 – 30 derajat.</p> <p>20. Jika terlihat darah masuk kedalam kateter abocath maka mengindikasikan posisi kateter abocath sudah masuk kedalam pembuluh darah vena.</p> <p>21. Tarik jarum abocath perlahan dan stabilisasi keteter abocath dengan satu tangan.</p> <p>22. Masukkan kateter abocath lebih dalam mengikuti arah pembuluh darah. Hati – hati terhadap tindakan ini karena dapat menyebabkan edema jika pembuluh darah pecah.</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>23. Lepaskan tourniquet</p> <p>24. Pasang roller klem dalam posisi “on” sehingga cairan infus dapat mengalir melalui selang infus ke arah pembuluh darah. Tetesan cairan infus hanya sebagai maintenance.</p> <p>25. Fiksasi bagian badan kateter abocath dengan plester hipoalergik seperti posisi pita menyilang.</p> <p>26. Tambahkan fiksasi di atas badan kateter abocath.</p> <p>27. Berikan desinfektan di area penusukan.</p> <p>28. Pasang kassa steril di area penusukan. Dapat juga memakai “trasparan dressing”.</p> <p>29. Fiksasi kembali</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>area penusukan di atas kassa yang di pasang. Jika memakai transparan dressing maka tidak diperlukan fiksasi karena langsung melekat di tubuh klien.</p> <p>30. Fiksasi juga selang infus.</p> <p>31. Atur tetesan infus sesuai kolaborasi dokter.</p> <p>32. Tulis tanggal dan waktu Pemasangan infus. Tulisan ini dapat di tempelkan di atas kassa infuse atau selang infus</p>							
---	--	--	--	--	--	--	--

33. Rapihkan alat dan klien.							
34. Lepaskan sarung tangan							
35. Cuci tangan.							
36. Dokumentasi.							
Sikap							
1.Melakukan tindakan dengan sistematis.							
2.Komunikatif dengan klien.							
3.Percayadiri.							

Keterangan:

- Ya = 1 (di lakukan dengan benar)
- Tidak = (tidak di lakukan/di lakukan dengan tidak / kurang benar)

Kriteria penilaian

- Baik sekali : 100
- baik :81 – 99
- kurang / TL : ≤ 80

Nilai = $\frac{\text{jumlah tindakan yang dilakukan (Ya)}}{43} \times 100 =$

MELEPASKAN INFUS

Definisi

Suatu prosedur melepaskan set infus (abocath, botolinfus, selanginfus) dari vena

Tujuan

1. Membuat klien merasa lebih nyaman karena lebih mudah untuk beraktivitas
2. Mengganti set infuse dengan yang baru (jika ternyata klien masih membutuhkan terapi intravena).

Indikasi

1. Tidak memerlukan terapi intravena lagi
2. Mengalami flebitis, infiltrasi, inflamasi atau tromboflebitis. Lakukan pemasangan infuse kembali jika diindikasikan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Minta klien untuk menarik nafas dalam pada saat abocath dikeluarkan dari vena klien
2. Buang set infuse habis pakai kedalam kantong khusus untuk mencegah transfer mikroorganisme

Pengkajian

1. Kaji daerah lokasi penusukan infus : tanda-tanda infeksi, adanya infiltrasi (rembesan cairan infus), rembesan darah, kebesihan, kelembaban.
2. Kaji adanya keluhan nyeri di daerah penusukan, rasa terbakar
3. Kaji apakah masih terdapat tanda dan gejala kekurangan nutrisi dan cairan

Masalah keperawatan yang terkait

1. Gangguan rasa nyaman : nyeri
2. Risiko infeksi

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dikolaborasikan perawat dengan tim medis adalah melepaskan infus.

Implementasi tindakan keperawatan

Melepaskan infuse.

Evaluasi formatif

1. Evaluasi kondisi kulit di area bekas penusukan.
2. Evaluasi tingkat kenyamanan klien.

Contoh dokumentasi implementasi keperawatan

Nama: Ny. A (35 tahun)

Ruang Anggrek RS Peduli Sesama

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi keperawatan dan respon	Paraf & nama
16 April 2022	12.00	2	Melepas infus no. 24 di lengan kiri klien. Respon: Klien merasa nyeri minimal di bekas lokasi penusukan, tidak ada tanda-tanda infeksi, klien juga merasa senang karena lebih bebas untuk bergerak	Raka

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :

MELEPASKAN INFUS

Nama Mahasiswa :.....

KETERAMPILAN YANG DINILAI	DILAKUKAN						KET
	Tgl:		tgl:		Tgl:		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
Persiapan alat <input type="checkbox"/> Sarung tangan bersih <input type="checkbox"/> Bengkok <input type="checkbox"/> Gunting <input type="checkbox"/> Kapas alcohol <input type="checkbox"/> Kantong sampah medis							
Persiapan lingkungan 1. Jaga privasi klien							
Persiapaan klien: jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan Beri klien posisi supine di tempat tidur atau posisi duduk di kursi							
Langkah-langkah 1. Cuci tangan Pasang sarung tangan bersih Lepaskan semua plester yang melekat di							

sekeliling area penusukan infuse							
4. Minta klien untuk menarik nafas dalam lalu tarik secara perlahan abocath infus yang melekat di klien							
5. Tekanan area penusukan dengan kapas alcohol dan beri plester							
6. Masukkan selang infus dan cairan infus yang sudah terpakai di dalam kantong sampah khusus sampah medis							
7. Rapihkan alat dan klien							
8. Lepaskan sarung tangan							
9. Cuci tangan							
10. Dokumentasi							
Sikap							
1. Melakukan tindakan dengan sistematis							
2. Komunikatif dengan klien							
3. Percaya diri							

Keterangan :

- Ya = 1 (dilakukan dengan benar)

- Tdk = 0 (tidak dilakukan / dilakukan dengan baik / kurang benar)

Kriteria penilaian :

- Baik sekali : 100
- Baik : 81 – 99
- Kurang / TL : ≤ 80

Nilai $\frac{\text{jumlah tindakan yang dilakukan (Ya)}}{17} \times 100 =$

MELAKUKAN PERAWATAN INFUS

Definisi

Proses melakukan perawatan di area pemasangan infus.

Tujuan

1. Menurunkan resiko infeksi
2. Mempertahankan kepatenan aliran infus

Indikasi

Perawatan infuse dilakukan tiap 48-96 jam atau ketika keadaan kassa infuse basah, terdapat rembesan darah, atau rusaknya kassa yang melindungi area penusukkan

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Jika terjadi tanda-tanda infeksi, lakukan kompres hangat di daerah penusukkan dan lepaskan abocath
2. Perawat harus memperhatikan hal-hal berikut ini:
 - a. Botol infus (atau biasa disebut kolf), idealnya harus diganti tiap 24 jam, berapapun sisa dari isikolf tersebut untuk meminalisirkan risiko kontaminasi
 - b. Selang infuse dealnya diganti tiap 48-96 jam
 - c. Perawatan infuse diganti setiap hari atau dalam kondisi tertentu
 - d. Lakukan tindakan yang tepat ketika terjadi masalah seperti yang ditunjukkan table bawah ini :

Tabel Skala Flebitis

SKALA	TANDA DAN GEJALA	SOLUSI
0	Tidak ada gejala flebitis	observasi
1	Nyeri dan kemerahan ringan di area penusukkan	observasi
2 (early stage)	Nyeri, bengkak dan terdapat eriterna di area penusukkan	Ganti abocath

3 (medium stage)	Nyeri sepanjang kanul abocath, terdapat eritema	Ganti abocath, pertimbangan untuk pemberian terapi
4 (advanced stages)	Nyeri sepanjang kanul abocath, terdapat eritema, tonjolan pembuluh vena yang abnormal	Ganti abocath, pertimbangkan untuk pemberian terapi
5 (advanced stages tromboflebitis)	Nyeri sepanjang kanul abocath, terdapat eritema, tonjolan pembuluh vena yang abnormal, panas yang tinggi	Ganti abocath, mulai pengobatan untuk mengurangi gejala

Catatan

Secara sederhana flebitis berarti peradangan vena. Flebitis berat hampir selalu diikuti bekuan darah, atau thrombus pada vena yang sakit. Kondisi demikian dikenal sebagai tromboflebitis

3. Klien-klien yang mempunyai risiko terjadi infiltrasi, flebitis dan ekstrasvasi
 - a. Klien manula, neonates dan kanak-kanak
 - b. Klien dengan penurunan kesadaran, bingung, demensia
 - c. Klien dengan masalah komunikasi : pasca stroke
 - d. Klien dengan diabetes , kanker, penyakit pembuluh darah , fenomena Raynaud's (menyebabkan spasme pembuluh darah arteri, menurunkan aliran balik vena), masalah sirkulasi dan darah abnormal.

Pengkajian

1. Kaji waktu perawatan infus yang terakhir kalinya.
2. Kaji daerah penusukan infus : tanda-tanda infeksi, adanya infiltrasi,(rembesan cairan infus), rembesan darah, kebersih, kelembaban.
3. Kaji adanya keluhan nyeri di daerah penusukan, rasa terbakar.
4. Kaji adanya alergi plester atau desifektan.

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :
MELAKUKAN PERAWATAN INFUS**

Nama Mahasiswa :.....

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	DILAKUKAN						KET
	Tgl:		tgl:		Tgl:		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kassa steril berukuran 2×2 cm atau 4×4 cm. <input type="checkbox"/> Transparant dressing. <input type="checkbox"/> Cairan desinfektan. <input type="checkbox"/> Kapas alkohol. <input type="checkbox"/> Plester. <input type="checkbox"/> Sarung tangan bersih. <input type="checkbox"/> Label kecil untuk penanggalan. 							
Persiapan lingkungan <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaga privasi klien 							
Persiapan klien: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 2. Beri klien posisi supine di tempat tidur atau posisi semifowler dengan tangan diluruskan. 							

<p>Langkah-langkah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Pasang sarung tangan bersih 3. Ambil plester dan kassa yang melekat di lokasi penusukan. Biarkan plester yang memfiksasi bagian tubuh kateter abocath. 4. Observasi adanya pembengkakan, kemerahan atau rasa nyeri yang berlebihan di daerah penusukan. 							
<ol style="list-style-type: none"> 5. Bersihkakan dengan cairan desifektan area penusukan dengan gerakan sirkular dari arah dalam ke arah luar. 							
<ol style="list-style-type: none"> 6. Pasang kassa atau “transparent dressing” di atas lokasi penusukan. 7. Fiksasi kembali di atas kassa dengan menggunakan plester. 8. Pasang label yang 							

berisi tanggal dan waktu dilakukannya perawatan infus. 9. Rapihkan alat dank lien. 10. Lepaskan sarung tangan. 11. Cuci tangan 12. Dokumentasi							
Sikap : 1. Melakukan tindakan dengan sistematis 2. Komunikatif dengan klien 3. Percaya diri							

Keterangan :

- Ya = 1 (dilakukan dengan benar)
- Tdk = 0 (tidak dilakukan / dilakukan dengan baik / kurang benar)

Kriteria penilaian

:

- Baik sekali : 100
- Baik : 81 – 99
- Kurang / TL : ≤ 80

$$\text{Nilai} = \frac{\text{jumlah tindakan yang dilakukan (Ya)}}{19} \times 100 =$$

MENGGANTI CAIRAN INFUS

Definisi

Proses mengganti cairan infuse dengan yang baru dikarenakan cairan infus yang lama sudah habis atau terdapat pergantian jenis cairan infus.

Tujuan

Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit.

Indikasi

Efektif pada klien yang masih membutuhkan terapi intravena.

Kontraindikasi

1. Klien yang overload cairan.
2. Klien yang sudah terpenuhi status nutrisi dan cairan sehingga tidak diperlukan lagi pemasukan parenteral.

Hal- hal yang di perhatikan

1. Ganti cairan infuse jika sudah mencapai leher botol infuse untuk mencegah udara masuk kedalam selang infus (bahkan vena) sehingga terjadi bekuan darah.
2. Hati – hati pada saat mengganti cairan infus, jangan menyentuh area steril. Cairan infus yang terkontaminasi akan meningkatkan resiko infeksi.
3. Jika klien mengalami penyakit yang sangat kritis ,perawat harus melihat catatan kolaborasi dokter minimal tiap 2 jam.
4. Untuk pergantian infus yang akan datang, maka jenis cairan yang di butuhkan harus sudah tersedia 1 jam sebelum di butuhkan. Jika disediakan oleh ahli farmasi, yakinkan cairan tersebut sudah ada di ruangan. Cek kembali nama dan jenis cairan infus yang di butuhkan.

- Perhatikan pencatatan intake dan output jangan sampai terjadi dehidrasi ataupun overload / kelebihancairan. Salah satu yang dapatdi jadikan indikator adalah bertambah atau berkurangnya BB.

Tabel : Derajat dehidrasi dan overload cairan.

Presentase	Derajat dehidrasi dan overload cairan
Kehilangan BB 2% - 5%	Dehidrasi ringan
Kehilangan BB 6% - 9%	Dehidrasi ringan
Kehilangan BB 10% - 14%	Dehidrasi berat
Kehilangan BB 20%	Klien akan mengalami kematian
BB bertambah 2% -4%	Overload cairan ringan
BB bertambah 5% - 7%	Overload cairan sedang

Pengkajian

- Kaji kembali catatan kolaborasi dokter.
- Kaji informasi dari buku referensi obat atau ahli farmasi tentang komposisi, tujuan pemberian, efek samping cairan infus.
- Kaji pengetahuan klien tentang kebutuhan terapi cairan infus.

Masalah keperawatan yang terkait

- Kekurangan volume cairan dan elektrolit: kurang dari kebutuhan.
- Resiko infeksi.
-

Implementasi tindakan keperawatan

Mengganti cairan infuse.

Evaluasi formatif

1. Evaluasi tanda dan gejala overhidrasi atau dehidrasi untuk menilai respon klien

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi keperawatan dan respon	Paraf & nama
16 april 2009	12.00	2	Mengganti cairan infus D5% dengan cairan NaCl 0,9% 20 tetes / menit. Respon: infuse mengalir lancar sesuai kolaborasi dokter, abocath dalam posisi paten	Ratna

terhadap terapi cairan.

2. Evaluasi kembali jenis cairan infus.

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :

MENGGANTI CAIRAN INFUS.

Nama Mahasiswa :

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	DILAKUKAN						KET
	Tgl:		tgl:		Tgl:		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
Persiapan alat: <input type="checkbox"/> Cairan infus yang di pesankan dokter <input type="checkbox"/> Lembar pencatatan.							
Persiapan lingkungan: 1. Jaga privasi klien							
Persiapan klien: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 2. Beri klien posisi supine di tempat tidur atau posisi duduk di kursi.							
Langkah-langkah: 1. Cuci tangan 2. Buka plastik pelapis cairan infus.							

<p>3. Buka segel cairan infus atau tutup botol cairan infus.</p> <p>4. Klem aliran infus agar tidak mengalir.</p> <p>5. Cabut ujung selang infus dari cairan infus yang lama.</p> <p>6. Dengan gerakan yang cepat sambungkan ujung selang infus dengan cairan infus yang baru tanpa menyentuh area steril.</p> <p>7. Gantungkan kembali cairan infus di tempat gantungan / standar infus (posisi harus lebih tinggi dari badan klien).</p> <p>8. Cek adanya udara di sepanjang selang infus. Jika terdapat udara di selang infus, klem dan tegangkan selang infus lalu jentikan dengan menggunakan jari tangan (udara akan naik secara otomatis kearah atas sampai</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>menuju tempat saringan udara). Bukan klem jika tidak terdapat udara lagi di selang infus. Jika jumlah udara dalam selang sangat banyak, masukkan spiuit dan jarumnya ke selang via lubang tempat penusuk.</p> <p>9. Yakinkan ruangan udara terisi 1/3 sd 1/2 bagian dengan isi cairan infus. Jika ruang udara tersebut terisi terlalu banyak cairan, buat posisi cairan infus di bawah saringan udara lalu pijit saringan tersebut. Jika sudah selesai, gantungkan kembali cairan infus cairan.</p> <p>10. Atur tetesan infuse.</p> <p>11. Rapihkan alat.</p> <p>12. Cuci tangan.</p>							
<p>13. Dokumentasi.</p>							

Sikap :							
1. Melakukan tindakan							

dengan sistematis							
2. Komunikatif dengan klien							
3. Percaya diri							

Keterangan :

- Ya = 1 (dilakukan dengan benar)
- Tdk = 0 (tidak dilakukan / dilakukan dengan baik / kurang benar)

Kriteria penilaian

:

- Baik sekali : 100
- Baik : 81 – 99
- Kurang / TL : ≤ 80

$$\text{Nilai} = \frac{\text{jumlah tindakan yang dilakukan (Ya)}}{20} \times 100 =$$

Tanggal :	Tanggal :	Tanggal :
Nilai :	Nilai :	Nilai :
Pembimbing :	Pembimbing :	Pembimbing :
Mahasiswa :	Mahasiswa :	Mahasiswa :

TINDAKAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN KEBUTUHAN CAIRAN

1. Mengukur tekanan darah.

Merupakan pemeriksaan dengan cara mengukur tekanan darah dengan menggunakan spigmanometer yang bertujuan untuk mengetahui keadaan hemodinamik pasien atau kondisi kesehatan secara umum.

Persiapan

alat:

- Tensimeter (spigmanometer air raksa/aneroid lengkap).
- Manset sesuai dengan ukuran.
- Stetoskop.
- Buku catatan.

Prosedur

pelaksanaan:

- Cuci tangan.
- Jelaskan/beritahu prosedur yang akan dilakukan;
- Atur posisi dengan berbaring atau duduk dengan lengan tersokong setinggi jantung dan telapak tangan menghadap ke atas;
- Palpasikan arteri brakhialis dan pasang manset pada daerah pengukuran tekanan darah, yaitu setinggi 2,5 cm di atas denyut arteri brakhialis;
- Pasang stetoskop dengan meletakkan diafragma dari stetoskop di atas arteri brakhialis;
- Kembangkan /pompa manset dengan kecepatan rata-rata 20 mm/Hg hingga di atas titik nadi menghilang;
- Lepaskan tekanan manset dengan kecepatan kira-kira 2-3 mmHg/detik.

- Baca hasil dengan denyutan pertama atau korotkoff 1 menunjukkan tekanan sistolik dan korotkoff IV/V menunjukkan tekanan diastolic;
- Catat hasil;
- Cuci tangan.

2. Menghitung nadi.

Merupakan pemeriksaan dengan cara mengukur denyut nadi melalui perabaan pada nadi, yang bertujuan untuk mengetahui keadaan umum pasien, perkembangan penyakit, dan sistem kardiovaskular.

Persiapan alat:

- Jam atau *stopwatch*.
- Alat tulis.
- Buku catatan nadi.

Prosedur pelaksanaan:

- Cuci tangan;
- Jelaskan/beritahu prosedur yang akan dilakukan;
- Atur posisi dengan tidur telentang;
- Lakukan pengukuran denyut nadi (frekuensi) pada daerah arteri radialis pada pergelangan tangan, arteri brakhialis pada siku bagian dalam, arteri karotis pada leher, arteri temporalis, arteri femoralis, dan arteri dorsalis pedis;
- Catat hasil;
- Cuci tangan;

3. Pemeriksaan *rumple-lead*.

Merupakan pemeriksaan permeabilitas dinding pembuluh darah yang ditandai dengan adanya petekie, atau percobaan pembendungan bagian atas lengan untuk menguji fungsi trombosit.

Persiapan alat:

- Tensimeter,
- Mancet sesuai dengan ukuran,
- Stetoskop
- Buku catatan
- Alat pengukur waktu.

Prosedur pelaksanaan:

- Cuci tangan;
- Jelaskan/beritahu prosedur yang akan dilakukan;
- Atur posisi dengan berbaring atau duduk dengan lengan tersokong setinggi jantung dan telapak tangan menghadap ke atas;
- Palpasikan arteri brakhialis dan pasang manchet pada daerah pengukuran tekanan darah, setinggi 2,5 cm di atas denyut arteri brakhialis;
- Pasang stetoskop dengan meletakkan diafragma dari stetoskop di atas arteri brakhialis;
- Kembangkan/pompa manchet dengan kecepatan rata-rata 20 mm/Hg hingga di atas titik nadi menghilang;
- Lepaskan tekanan manchet dengan kecepatan kira-kira 2-3 mm/Hg perdetik;
- Baca hasil dengan denyutan pertama atau korotkoff I menunjukkan tekanan sistolik dan korotkoff IV/V menunjukkan tekanan diastolik;
- tentukan tekanan sistolik dan diastolic;
- jumlah tekanan sistolik dan diastolik, kemudian dibagi dua;
- lakukan atau berikan tekanan pada pompa manchet hingga nilai hasil penjumlahan tekanan sistolik dan diastolic yang sudah dibagi dua;
- tahan tekanan manset selama 5 menit;
- lepaskan manset;
- perikas daerah voral lengan bawah dan hitung jumlah petekie, negatif jika jumlah petekie < 5 per 2,5 x 2,5 cm;
- catat hasil;
- cuci tangan

4. Memberi Minum Peroral

merupakan pemberian minum pada pasien melalui mulut/oral dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan cairan pada pasien yang tidak mampu melakukan minum secara mandiri.

Persiapan alat dan bahan:

- a. meja/baki,
- b. air minum dalam gelas dan sedotan.
- c. tisu
- d. bengkok/piala
- ginjal
- e. pengalas
- f. gelas pengukur (jika diperlukan)

Prosedur pelaksanaan:

- a. cuci tangan;
- b. jelaskan prosedur yang akan dilakukan;
- c. kaji kemampuan untuk minum peroral , seperti menelan, adanya mual, muntah dan lain-lain;
- d. ambil minuman sesuai dengan kebutuhan yang dibutuhkan dan gunakan teknik aseptik dalam menjaga kebersihan;
- e. bantu untuk meminumkannya dengan mengaturkan posisi terlebih dahulu (duduk) apabila memungkinkan dalam posisi lateral untuk mempermudah proses penelanan;
- f. cuci tangan;
- g. catat perubahan, seperti denyut nadi dan tekanan darah, serta reaksi terhadap pemberian, dan evaluasi respons.

5. Mengumpulkan Urine Untuk Pemeriksaan

Persiapkan alat dan bahan:

- a. waslap dan sabun mandi,
- b. pispot 2 buah,
- c. botol urine yang sudah diberi label atau etiket,
- d. surat pemeriksaan laboratorium,
- e. bengkok/piala ginjal,
- f. sampiran,

Prosedur pelaksanaan :

- a. cuci tangan;
- b. jelaskan prosedur atau tujuan yang akan dilakuakn;
- c. gunakan sarung tangan;
- d. bersihkan daerah genitalia dengan waslap dan sabun, kemudian keringkan;
- e. pasang pispot dibawah glutea;
- f. letakkan bengkok di dekat glutea;
- g. bersihkan daerah genitalia eksterna dengan kapas savlon taua air hangat;
- h. anjurkan pasien untuk berkemih sedikit dan tampung pada pisppot, kemudian ganti pada pispot lain;
- i. bersihkan daerah genitalia dengan waslap dan sabun dan keringakan;
- j. tungakan urine ke dakam botol urine yang sudah di berikan label;
- k. lepaskan sarung tangan dan letakkan dibengkok;
- l. cuci tangan;
- m. catat waktu pelaksanaan pengambilan dan keadaan urine;
- n. krimkan urine selambat-lambatnya 15 menit setelah pengambilan.

6. Pengambilan Urine Pada Pasien Yang Memakai Katater

Persiapan alat dan bahan :

- a. botol urine steril dan label pemeriksaan,
- b. spuit *disposable* 20 cc steril,
- c. klem,
- d. kasa steril,
- e. betadine 3%,
- f. bengkok,
- g. sarung tangan,
- h. surat pemeriksaan laboratorium,

Prosedur Pelaksanaan

:

- a. cuci tangan,
- b. jelaskan prosedur atau yang akan dilakukan,
- c. gunakan sarung tangan,
- d. lakukan desinfeksi bagian proksimal katater dengan betadine 3%
- e. gunakan spuit steril untuk mengisap urine melalui ujung katater,
- f. tuangkan urine kedalam botol steril,
- g. masukan spuit kedalam bengkok,
- h. cuci tangan,
- i. catat tanggal pengambilan dan kondisi urine,
- j. kirimkan urine selambat-lambatnya 15 menit setelah pengambilan

7. Memasang Kondom Kateter

Merupakan tindakan pemasangan kondom kateter yang bertujuan untuk mengumpulkan urine atau mengontrol urine yang inkontinen, sehingga tidak terjadi kebocoran urine (ngompol) serta dapat mencegah iritasi urine akibat urine inkontinen.

Persiapan alat dan bahan :

- a. selaput kondom kateter.
- b. strip elastis.
- c. baskom dengan air hangat dan sabun.
- d. handuk dan waslap.
- e. selimut mandi.
- f. sarung tangan.
- g. gunting.
- h. kantung penampung urine dan slang drainase.

Prosedur Pelaksanaan :

- a. cuci tangan.
- b. jelaskan prosedur yang akan dilakukan;
- c. gunakan sarung tangan;
- d. atur posisi telentang dan letak selimut diatas bagian tubuh atas dan tutup akteremitas bawah dengan selimut mandi sehingga yang terpajang;
- e. bersihkan alat genitalia dengan sabun dan air, selanjutnya keringkan secara menyeluruh;
- f. gunakan tangan yang tidak dominan untuk menggenggam penis pasien sepanjang batangnya, selanjutnya tangan yang dominan panjang kantong kondom dan dengan perlahan pasang/masukan pada ujung penis dan sisakan 2,5-5 cm rungan antara glands penis dan ujung kondom;
- g. fiksasikan strip elasti pada batang penis;
- h. selanjutnya hubungkan slang drainse dengan ujung kondom katater;
- i. atur posisi yang nyaman serta rapikan;
- j. cuci tangan;
- k. catat/dokumentasikan hasil tindakan.

8. Menghitung Keseimbangan Cairan

- a. berdasarkan luas permukaan tubuh (BSA= body surface Area) = (mL/m² /24 jam, paling tepat untuk BB > 10 kg. Normal:(1.500 ml/m²)/24 jam (kebutuhan maintenance/kebutuhan rumatan
- b. berdasarkan kebutuhan kalori = 100 – 150 cc/100
- Kal c. berdasarkan berat badan

Rumus umum:

- a) 100 ml/kg = 10 kg
- pertama b) 50 ml/kg = 10 kg
- kedua
- c) 20 ml/kg = berat > 20 kg

Cara menghitung tetesan infus:

- a. Dewasa : (makro dengan 20

$$\text{tetes/ml) Tetesan/menit} = \frac{\text{jumlah cairan yang masuk}}{\text{lama infus (jam)} \times 3}$$

Tetesan/menit

- b. Pada anak: = $\frac{E \text{ kebutuhan cairan} \times \text{faktor tetesan}}{\text{lama infus (jam)} \times 60 \text{ menit}}$

$$\text{Tetesan/menit} = \frac{\text{jumlah cairan yang masuk}}{\text{lama infus (jam)}}$$

Merawat Luka Infeksi

Merupakan tindakan perawatan luka infus akibat pemasangan infus

Persiapan alat dan bahan :

- a. Sarung tangan
- b. Plester dan kasa balutan
- c. Pinset
- d. Povidon iodine/sejenisnya
- e. Kasa steril
- f. Bengkok

Prosedur pelaksanaan :

- a. Cuci tangan
- b. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- c. Gunakan sarung tangan
- d. Lepaskan plester dan kasa balutan
- e. Gunakan pinset dan kasa untuk membersihkan mengangkat sisa plester
- f. Bersihkan tempat insersi dengan gerakan memutar dari dalam ke arah luar dengan menggunakan povidon iodine
- g. Pasang plester untuk fiksasi
- h. Oleskan povidon iodine/sejenisnya pada tempat insersi infus
- i. Letakkan kasa steril di atasnya, selanjutnya tutup kasa dan plester j. Catat tanggal dan waktu penggantian
- k. Cuci tangan
- l. Catat/dokumentasikan hasil tindakan (perry & potter, 2005)

Mengganti Cairan Infus

Merupakan tindakan penggantian cairan infus yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit maupun untuk pengobatan

Persiapan alat dan bahan :

- a. Cairan infus yang akan digunakan
- b. Buku catatan pasien/lembaran observasi

Cara pelaksanaan :

- a. Cuci tangan
- b. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- c. Buka segel dan tutup botol cairan
- d. Klem atau berhentikan aliran cairan infus
- e. Cabut ujung slang infus lama
- f. Sambungkan ujung slang ke cairan baru secara cepat
- g. Gantungkan kembali cairan pada standar infus
- h. Cek adanya udara di sepanjang slang, dan yakinkan ruang udara terisi
- i. Atur tetesan
- j. Rapihkan pasien
- k. Cuci tangan
- l. Catat/dokumentasikan tindakan

Memasang Dan Melepaskan Infus

Memasang infus merupakan tindakan yang dilakukan pada pasien dengan cara memasukkan cairan melalui intravena dengan bantuan infus set, dengan tujuan memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit, sebagai tindakan pengobatan dan pemberian nutrisi parental. Melepas infus merupakan tindakan pelepasan infus sebagai tanda terpenuhinya kebutuhan cairan melalui infus atau tindakan pelepasan infus akibat terjadinya flebitis

Memasang infus:

Persiapan alat dan bahan:

- a. Standar infus
- b. Infus set
- c. Cairan sesuai dengan kebutuhan pasien
- d. Jarum infus dengan ukuran yang sesuai
- e. Pengalas
- f. Torniket/karet pembendung
- g. Kapas alcohol
- h. Plester
- i. Gunting
- j. Kasa steril
- k. Betadine
- l. Sarung tangan

Prosedur pelaksanaan :

- a. Cuci tangan
- b. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- c. Hubungkan cairan dan infus set dengan menusukkan ke dalam botol infus (cairan)
- d. Isis cairan ke dalam infus set dengan menekan bagian ruang tetesan hingga ruangan tetesan terisi bagian dan buka penutup hingga slang terisi dan udara slang keluar

- e. Letakkan pengalas dibawah vena yang akan dilakukan infus
- f. Lakukan pembendungan dengan torniket atau karet pembendung 10-12 cm di atas tempat penusukkan dan anjurkan pasien untuk menggenggam
- g. Gunakan sarung tangan steril
- h. Disinfeksi daerah yang akan ditusuk dengan kapas alcohol
- i. Lakukan penusukan pada vena dengan posisi jarum mengarah ke atas
- j. Cek keluaranya darah melalui jarum, apabila saat penusukkan terjadi pengeluaran darah maka tarik keluar bagian dalam jarum sambil meneruskan tusukan ke vena
- k. Seetelah jarum infus bagian dalam dikeluarkan, tahan bagian atas vena dengan menekan menggunakan jari tangan agar darah tidak keluar, dan hubungkan baguian infus bagian slang infus
- l. Buka pengatur tetesan dan atur kecepatan sesuai dengan dosis yang diberikan
- m. Lakukan fiksasi dengan kasa steril
- n. Tuliskan tanggal, jam pelaksanaan infus pada plester, catat ukuran, tipe jarum, jenis cairan, letak infus dan kecepatan aliran
- o. Lepaskan sarung tangan
- p. Cuci tangan

Melepaskan Infus

Persiapan alat dan bahan :

- a. Sarung tangan
- b. Perlak dan pengalas
- c. Kapas alcohol
- d. Plester
- e. Gunting
- f. Bengkok
- g. Pinset

Prosedur pelaksanaan :

- a. Cuci tangan
- b. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- c. Pasang perlak dan pengalas
- d. Gunakan sarung tangan
- e. Basahi plester yang melekat pada kulit dengan menggunakan kapas alcohol dengan menggunakan pinset
- f. Lepaskan plester dan kasa yang menempel pada kulit
- g. Tekan tempat tusukan dengan kapas alcohol selanjutnya cabut infus secara perlahan-lahan
- h. Lakukan penekanan kapas alcohol dengan plester
- i. Lepaskan sarung tangan
- j. Cuci tangan
- k. Catat/dokumentasikan tindakan.

E. PRAKTIK PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI

Memasang Ngt

Definisi

Suatu tindakan memasukkan selang plastik yang lunak (yang disebut dengan selang NGT, Naso Gastric Tube) dengan melewati hidung, dan terakhir dilambung. Tindakan ini termasuk tindakan kolaboratif dengan tim dokter.



Gambar 17. Pemasangan NGT

Tujuan

1. Memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan yang adekuat dengan cara memasukkan makanan, minuman.
2. Memasukkan obat bagi klien yang tidak dapat diberikan secara oral.
3. Evakuasi isi lambung seperti mengeluarkan racun atau pada klien yang sedang melaksanakan
4. operasi pneumonectomy untuk mencegah muntah dan kemungkinan aspirasi isi lambung sewaktu recovery (pemulihan dari anestesi umum)
5. Mengambil contoh spesimen isi lambung untuk pemeriksaan diagnostik.

Indikasi

1. Pada klien yang tidak mampu memasukkan makanan, minuman dan obat via oral.
2. Pada klien yang mengalami keracunan obat atau makanan sehingga isi lambung dapat dikeluarkan via selang NGT.
3. Mencegah muntah dan aspirasi pada klien dengan trauma
4. Pada klien yang mengalami perdarahan lambung
5. Klien dengan distensi abdomen karena gas, darah dan cairan.
6. Klien yang memerlukan NGT untuk diagnosa atau analisa isi lambung.

Kontraindikasi

Pemasukan NGT dikontraindikasikan pada klien dengan kondisi ekstrim, seperti :

1. Perhatikan ukuran selang NGT berdasarkan usia klien. Untuk klien dewasa maka selang NGT yang dapat dipakai adalah ukuran 14-18 Fr, sedangkan untuk klien bayi dan anak-anak dengan ukuran 10-14 Fr (Manarboe Community Collage, 2009)
2. Klien dengan trauma kepala, injury tulang maksilaris, atau fraktur tengkorak bagian anterior. Memasukkan NGT begitu saja (*blind action*) melalui hidung berpotensi masuknya selang NGT melewati *criboform plate*, karena akan menimbulkan penetrasikan intrakranial dan menimbulkan peningkatan TIK.
3. Klien dengan riwayat strikur eso fageal dan varises esofageal.
4. Klien dengan kesadaran koma akan beresiko muntah pada saat prosedur dilakukan. Jika ingin dilakukan maka perawat harus lebih berhati-hati.
5. Klien dengan *gastric bypass surgery* dimana pada klien ini mempunyai kantong lambung yang kecil untuk menampung makanan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Lakukan pemasangan NGT secara hati-hati, karena dapat menyebabkan :
 - a. Iritasi hidung, sinusitis, epistaksis, rhinorhea, erosi, kulit, fistula, esofagus dan trakea.
 - b. Pneumonia aspirasi sekunder terhadap muntah dan aspirasi
 - c. Hipoksia, sianosis, “respiratoin arrest” berhubungan dengan kecelakaan pemasangan intubasi trakea
 - d. Trauma jaringan
2. Pemasukkan NGT dapat menyebabkan reflek muntah
3. Pada klien anak, kadang perawat membutuhkan restrain atau bantuan orangtua untuk mencegah cedera pada klien anak
4. Jangan memasukkan selang NGT jika klien masih dalam posisi supine atau lateral kecuali jika kepala klien sudah dielevasikan
5. NGT dapat dilakukan pada klien dengan penurunan kesadaran tetapi meningkatkan resiko terjadinya aspirasi pulmonary
6. Pemasangan NGT dapat menyebabkan komplikasi seperti perdarahan pada hidung, sinusitis, luka kerongkongan, perforasi esofagus, aspirasi pulmonary, dan paru yang kolaps
7. Lakukan hal di bawah ini jika terjadi beberapa masalah seperti yang ditunjukkan pada tabel dibawah ini :

Pengkajian

1. Kaji kebutuhan klien terhadap pemasangan NGT, kemampuan menelan, adanya tindakan bedah bagian leher dan kepala, penurunan kesadaran, adanya trauma kepala dan wajah.
2. Kaji kepatenan lubang hidung dengan cara menutup salah satu lubang hidung dan hidung lainnya dipakai untuk bernafas. Lalu dicoba lubang hidung lainnya.
3. Kaji riwayat kesehatan klien : adanya septum deviasi, perdarahan hidung, terapi antikoagulan, riwayat tindakan bedah.
4. Kaji kemampuan reflek muntah dengan cara menempatkan ujung spatel di mulut klien dan kemudian menyentuh ujung uvula.
5. Kaji kesadaran klien
6. Kaji adanya bunyi peristaltik usus. Jika bunyi usus menurun atau bahkan tidak ada sama sekali, maka akan meningkatkan resiko aspirasi dan distensi abdomen jika pemasangan NGT.

Masalah keperawatan yang terkait

1. Risiko tinggi aspirasi.
2. Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh.
3. Risiko kerusakan integritas kulit.

Masalah yang umumnya terjadi	Solusi
Tersedia selama NGT dimasukkan	- Tarik kembali NGT lalu ulangi tindakan - Minta klien untuk bantu menelan selama NGT dimasukkan
Selang NGT keluar lewat mulut	- Jangan panik. Buat klien tenang dan tarik kembali NGT lalu ulangi tindakan
Ada perdarahan pada saat NGT dimasukkan	- Perdarahan yang sangat sedikit sekali mungkin saja terjadi. Perawat boleh memasukkan kembali NGT. Jangan masukkan NGT jika perdarahan yang terjadi sangat hebat
Batuk, kesulitan bernafas, adanya wheezing, ada perubahan warna kulit (misalkan sianosis), tidak mampu berbicara pada saat memasukkan NGT	- Hal ini menandakan bahwa selang NGT masuk ke dalam paru-paru. Keluarkan selang dengan segera - Buat klien menjadi tenang untuk beberapa saat lalu coba kembali
Iritasi kulit disekitar area hidung atau lubang hidung	- Jaga area di area hidung tetap kering dan bersih - Ganti plester dengan plester hipoalergik. Jika memungkinkan, ganti area pelekatan plester - Pasang NGT dilubang hidung yang lain

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut, salah satu intervensi yang dapat dikolaborasikan dengan tim medis adalah memasang NGT.

Implementasi tindakan keperawatan

Memasang NGT (format 4.2).

Evaluasi formatif

1. Evaluasi adanya respon klien pada saat selang NGT dimasukkan :
 - a. Adanya reflek gag yang persisten mengindikasikan adanya iritasi yang berkepanjangan.
 - b. Batuk yang terus menerus mengindikasikan selang masuk ke dalam saluran pernafasan.
 - c. Adanya abdomen yang supel dan bising usus mengindikasikan adanya peristaltic.
2. Lakukan pemeriksaan x-ray (jika diperlukan) untuk mengklarifikasi posisi ujung selang NGT. Lalu bandingkan PH lambung dengan hasil x-ray.

Contoh dokumentasi implementasi keperawatan

Nama : Ny. A (35 tahun)

Ruang Anggrek RS Peduli Sesama

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Keperawatan dan Respon	Paraf dan nama
16 April 2009	12.00	2	Melakukan pemasangan NGT via hidung no. 16 Respon : NGT dapat dimasukkan ke dalam lambung klien (selang dimasukkan kurang lebih 40 cm)	

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN : MEMASANG SELANG NASOGASTRIK

Nama Mahasiswa :

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	Dilakukan						KET
	Tgl:		Tgl:		Tgl:		
	Ys	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
Persiapan Alat : <input type="checkbox"/> Selang NGT <input type="checkbox"/> Sput NGT 60 cc. <input type="checkbox"/> Plester hipoalergik. Potong ± 10 cm. <input type="checkbox"/> Strip indicator PH <input type="checkbox"/> 1 gelas air dan sedotannya <input type="checkbox"/> Stetoskop <input type="checkbox"/> Handuk kecil <input type="checkbox"/> Bengkok / basin <input type="checkbox"/> Tissue <input type="checkbox"/> Sarung tangan bersih <input type="checkbox"/> Penlight <input type="checkbox"/> Spatel <input type="checkbox"/> Klem arteri							
Persiapan Lingkungan : 1. Jaga privasi klien.							
Persiapan Klien : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 2. Beri klien posisi fowler tinggi atau tinggikan kepala tempat tidur 30 derajat.							

<p>Langkah – Langkah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Gunakan sarung tangan bersih 3. Periksa lubang hidung yang akan dimasukkan selang. Periksa adanya iritasi atau obstruksi. 4. Letakkan handuk kecil di dada klien dan letakkan tissue dalam jangkauan klien. 5. Letakkan bengkok di sisi klien 6. Buka plastik pembungkus selang NGT. 7. Ukur panjang selang NGT yang akan dimasukkan dan beri tanda. Ukur dari puncak hidung ke lobus telinga ke prosesus xipoid dari sternum. 8. Pasang klem arteri di ujung selang NGT. 9. Berikan jelly di selang NGT. 10. Masukkan selang NGT s.d batas. 11. Fleksikan kepala klien ke arah dada (setelah selang sudah melewati nasofaring) 12. Minta klien untuk menelan untuk membantu pemasukan selang. Jika klien tersedak atau sianosis, hentikan tindakan dan tarik selang. 13. Fiksasi selang NGT sementara waktu (jika pemasangan NGT dilakukan tanpa asistensi). Jika dengan asistensi, maka tidak perlu dilakukan. 14. Periksa ketepatan letak selang NGT yang sudah dimasukkan cara : <ol style="list-style-type: none"> a. Buka klem dan masukkan selang ke dalam gelas yang berisi air. Posisi tepat jika tidak ada gelembung udara. b. Buka klem dan cek cairan lambung dengan menggunakan strip indikator PH dengan cara mengaspirasi cairan lambung. Posisi tepat jika PH <6. c. Buka klem dan cek dengan menggunakan stetoskop. Masukkan 30 cc udara dan masukkan ke dalam lambung. Posisi tepat jika terdengar suara udara yang dimasukkan (seperti gelembung udara yang pecah). 15. Fiksasi selang dengan plester antialergik. 16. Rapihkan alat dan klien. 							
--	--	--	--	--	--	--	--

17. Lepaskan sarung tangan. 18. Cuci tangan. 19. Dokumentasi.							
Sikap : 1) Melakukan tindakan dengan sistematis 2) Komunikatif dengan klien 3) Percaya diri							

Keterangan :

- Ya = 1 (dilakukan dengan benar)
- Tidak = 0 (tidak dilakukan/dilakukan dengan tidak/kurang benar)

Kriteria Penilaian :

- Baik sekali : 100
- Baik : 81-99
- Kurang/TL : ≤ 80

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Tindakan yang dilakukan (Ya)}}{26} \times 100 = \dots$$

Tanggal :	Tanggal :	Tanggal :
Nilai :	Nilai :	Nilai :
Pembimbing :	Pembimbing :	Pembimbing :
Mahasiswa :	Mahasiswa :	Mahasiswa :

Memberi Makan Per-Sonde Atau Melalui Ngt

Persiapan Alat

1. Baki.
2. Makanan cair yang hangat.
3. Corong dan spuit.
4. Jika ada obat, haluskan dan larutkan dengan air putih secukupnya.
5. Stetoskop, serbet makan

Tujuan

1. Dekompresi yaitu membuang dan substansi gas dari saluran gastrointestinal, mencegah atau menghilangkan distensi abdomen.
2. Memberi makan yaitu memasukkan suplemen nutrisi cair atau makanan kedalam lambang untuk klien yang tidak dapat menelan cairan.
3. Kompresi yaitu memberi tekanan internal dengan cara mengembangkan balon untuk mencegah pendarahan internal pada esofagus.

Indikasi

Pasien dewasa :

- Pasien dengan abdomen
- Pasien dengan perdarahan pada saluran pencernaan atas
- Pasien dengan keadaan koma

Pasien Bayi/balita :

- Bayi yang tidak dapat makan
- Bayi dengan kanker
- Bayi dengan sepsis
- Bayi dengan trauma

Kontraindikasi

1. Kondisi-kondisi yang mengakibatkan perubahan fungsi saluran cerna (obstruksi).
2. Menyeluruh pada saluran cerna bagian distal, pendarahan saluran cerna hebat, vistula

- enterokutan high-output intractable diarrhea, kelainan congenital pada saluran cerna
3. Gangguan perkusi saluran cerna (instabilitas kemonodinamik, syok septik)
 4. Kelainan anatomi saluran cerna.

Hal-hal yang diperhatikan

1. Identifikasi bising usus yang tidak normal atau tidak ada.
2. Tinggikan kepala saat pemberian makanan untuk menghindari aspirasi dan muntah.
3. Tinggikan kepala 1 jam setelah pemberian makanan.
4. Bila terjadi muntah berat, diare berat dan diduga aspirasi, nutrisi enteral harus langsung dihentikan dan dikonsultasikan kepada dokter.
5. Makanan diberikan dalam porsi kecil dan sering (tiap pemberian tidak boleh lebih dari 600 cc) dan usahakan mulut selalu kering.

Cara Kerja

1. Periksa perut pasien apakah kembung atau tidak.
2. Bantu pasien mengambil posisi *semifowler*, kepala dimiringkan.
3. Kontrol kembali posisi slang dengan cara auskultasi dan aspirasi.
4. Letakkan serbet di bawah slang agar makanan tidak menetes ke pasien.
5. Tutup pipa/lepas klem sambil menjepit slang dengan jari sehingga udah tidak masuk melalui slang.
6. Pasang corong pada slang sambil terus menjepit slang.
7. Masukkan cairan makanan/obat secara perlahan melalui dinding corong sambil melepaskan jepitan pada slang.
8. Masukkan air putih untuk membilas, lalu klem slang kembali.
9. Tulis pada catatan perawat mengenai prosedur yang telah dilakukan, jenis, dan jumlah cairan yang diberikan, serta reaksi pasien.
10. Rapikan pasien dan lingkungannya.
11. Bersihkan alat dan kembalikan pada tempatnya.
12. Cuci tangan

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA
KETERAMPILAN : MEMBERI MAKAN MELALUI NGT

Nama Mahasiswa :

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	DILAKUKAN						KET
	TGL :		TGL :		TGL :		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
Persiapan Alat: <input type="checkbox"/> Baki. <input type="checkbox"/> Makanan cair yang hangat. <input type="checkbox"/> Corong dan spuit. <input type="checkbox"/> Jika ada obat, haluskan dan larutkan dengan air putih secukupnya. <input type="checkbox"/> Stetoskop, serbet makan.							
Persiapan Lingkungan: Jaga privasi klien.							
Persiapan Klien: 1.Jelaskan tujuan dan							
Langkah-langkah: 1.Periksa perut pasien apakah kembung atau tidak. 2.Bantu pasien mengambil posisi semifowler, kepala dimiringkan. 3.Kontrol kembali posisi slang dengan cara auskultasi dan aspirasi. 4.Letakkan serbet di bawah slang agar makanan tidak menetes ke pasien. 5.Tutup pipa/lepas klem							

jumlah cairan yang diberikan, serta reaksi pasien. 10.Rapikan pasien dan lingkungannya. 11.Bersihkan alat dan kembalikan pada tempatnya. 12.Cuci tangan.							
Sikap Hati-hati, cermat, peka terhadap respons pasien.							

Keterangan :

- Ya = 1 (dilakukan dengan benar)
- Tdk = 0 (tidak dilakukan/ dilakukan dengan tidak/kurang benar)

Kriteria Penilaian

- Baik sekali : 100
- Baik : 81-99
- Kurang/TL : < 80

Nilai = Jumlah tindakan yang dilakukan (Ya) x 100 =

1
3

Tanggal :	Tanggal :	Tanggal :
Nilai :	Nilai :	Nilai :
Pembimbing :	Pembimbing :	Pembimbing :
Mahasiswa :	Mahasiswa :	Mahasiswa :

Melepas Ngt

Definisi

Proses mengambil dan melepaskan NGT dari saluran pencernaan,

Tujuan

1. Membuat klien lebih nyaman karena tidak perlu lagi menggunakan NGT atau digantikan dengan selang yang baru.
2. Membuat posisi selang NGT menjadi lebih paten.

Indikasi

1. Klien tidak memerlukan kembali selang NGT karena dapat makan via oral.
2. Mengganti selang NGT.
3. Selang NGT akan diganti dengan selang yang baru.
4. Selang NGT tidak dalam posisi yang paten.

Kontraindikasi

Tidak ada.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Untuk memudahkan melepaskan plester di hidung klien, dapat pula menggunakan minyak alami (*mineral oil*).
2. Minta klien untuk menarik nafas dalam pada saat perawat mengeluarkan NGT untuk meminimalisir adanya nyeri dan menutup glottis sehingga mencegah aspirasi isi lambung.
3. Buang selang NGT yang telah terpakai ke dalam plastic khusus untuk mencegah transfer mikroorganisme.
4. Minta klien untuk menghembuskan nafas dengan mantap tapi lembut setelah NGT dilepas agar sisa-sisa sekret di hidung dapat dikeluarkan

Pengkajian

1. Jika akan dilakukan pemasangan NGT kembali, pastikan adanya bising usus.
2. Kemampuan makan klien secara mandiri.

Masalah keperawatan yang terkait

1. Ansietas.
2. Gangguan rasa aman nyaman : nyeri.

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dikolaborasikan dengan tim medis adalah melepas NGT.

Implementasi tindakan keperawatan

Melepas NGT (format 4.3)

Evaluasi formatif

Evaluasi adanya bising usus, rasa mual atau ingin muntah ketika selang NGT dilepas, adanya luka di hidung.

Contoh dokumentasi implementasi keperawatan

Nama : Ny. A (35 tahun)

Ruang Anggrek RS Peduli Sesama

Tanggal	Jam	Implementasi Keperawatan dan Respon	Paraf dan nama
16 April 2009	12.00	Melepas NGT dari lambung klien. Respon : NGT dapat dikeluarkan. Klien sudah mampu makan per oral tanpa adanya mual dan muntah	

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :
MELEPASKAN SELANG NGT**

Nama Mahasiswa :

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	Dilakukan						KET
	Tgl:		Tgl:		Tgl:		
	Ys	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
Persiapan Alat : <input type="checkbox"/> Sarung tangan bersih <input type="checkbox"/> Pengalas dada <input type="checkbox"/> Tissue <input type="checkbox"/> Plastik sampah <input type="checkbox"/> Sputit besar isi 20-50 cc (jika perlukan).							
Persiapan Lingkungan : Jaga privasi klien.							
Persiapan Klien : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 2. Beri pasien posisi fowler di tempat tidur atau posisi duduk di kursi.							
Langkah – Langkah :							

<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Gunakan sarung tangan bersih 3. Pasang pengalas dada 4. Masukkan udara ± 50 cc ke dalam spuit lalu masukkan ke dalam lambung klien untuk membersihkan selang dari isi lambung. 5. Lepaskan plester di hidung klien 6. Minta klien untuk tarik nafas dalam agar glostis tertutup sehingga mencegah aspirasi isi lambung 7. Tarik selang dengan perlahan 8. Bersihkan hidung atau mulut klien dengan tissue 9. Buang selang di plastik 10. Rapihkan alat dank lien 11. Lepaskan sarung tangan 12. Cuci tangan 13. Dokumentasi 							
Sikap : <ol style="list-style-type: none"> 1.Melakukan tindakan dengan sistematis 2.Komunikatif dengan klien 3.Percaya diri 							

Keterangan :

- Ya = 1 (dilakukan dengan benar)

- Tidak = 0 (tidak dilakukan/dilakukan dengan tidak/kurang benar)

Kriteria Penilaian :

- Baik sekali : 100

- Baik : 81-99

- Kurang/TL : ≤ 80

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Tindakan yang dilakukan (Ya)}}{26} \times 100 = \dots$$

Tanggal :	Tanggal :	Tanggal :
Nilai :	Nilai :	Nilai :
Pembimbing :	Pembimbing :	Pembimbing :

Memberikan Makan Melalui Selang Lambung/Sonde

PENGERTIAN	Memasukkan makanan cair ke dalam lambung melalui selang hidung.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none">Memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi.Memberi diet sesuai kebutuhan klien.Mencegah komplikasi aspirasi bila klien makan per oral.
KEBIJAKAN	Ada aturan untuk pemenuhan nutrisi klien.
PROSEDUR	<p>PERSIAPAN ALAT</p> <ol style="list-style-type: none">Baki makan.Minuman dan makanan cair yang dibutuhkan.Air putih secukupnya dalam gelas.Servet/tissue.Kateter tip 50 cc.Stetoskop. <p>LANGKAH-LANGKAH</p> <ol style="list-style-type: none">Mahasiswa/I keperawatan cuci tangan.Bawa dan letakkan baki makan di samping klien.Jelaskan kepada klien tentang tindakan yang akan dilakukan.Atur posisi baring klien semi fowler.Pasang servet di atas dada.Buka penutup selang, bilas selang terlebih dahulu dengan air putih secukupnya.Pastikan sonde berada dalam lambung dengan memasukkan sedikit udara sambil mendengarkan dengan stetoskop di atas epigastrium.Buka penutup selang kemudian bilas dahulu selang dengan air putih

	<p>secukupnya.</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Kateter tip dipasang, tuang makanan/minuman sedikit demi sedikit sambil memperhatikan respons klien. j. Bilas kembali selang dengan 30 cc air putih hingga bersih (sesuaikan jumlah air dengan usia/kebutuhan) k. Lepaskan kateter tip siang ditutup kembali. l. Klien tetap dianjurkan untuk berbaring semi fowler selama 30 menit. m. Bereskan dan bersihkan alat-alat makan dan disimpan pada tempatnya. n. Dokumentasikan dan laporkan jumlah, jenis makanan cair yang diberikan. o. Mahasiswa/I keperawatan cuci tangan. <p>PERHATIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Bekerja hati-hati. b. Hindari bahaya aspirasi. c. Bila klien batuk saat pemberian makanan, pemberian dihentikan sejenak, bila klien sudah tenang pemberian diteruskan. d. Bila klien muntah segera miringkan kepala, pemberian makanan dihentikan.
--	--

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :
MEMBERIKAN MAKAN MELALUI SELANG LAMBUNG**

Nama Mahasiswa :

ASPEK KETRAMPILAN YANG DINILAI	DILAKUKAN						KET
	TGL :		TGL :		TGL :		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
Persiapan Alat: <input type="checkbox"/> Baki makan. <input type="checkbox"/> Minuman dan makanan cair yang dibutuhkan. <input type="checkbox"/> Air putih secukupnya dalam gelas. <input type="checkbox"/> Servet/tissue. <input type="checkbox"/> Kateter tip 50 cc. <input type="checkbox"/> Stetoskop.							
Persiapan Lingkungan:							

Jaga privasi klien.							
Persiapan Klien: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan. 2. Beri klien posisi fowler atau duduk di kursi.							
Langkah-langkah: 1. Mahasiswa/i keperawatan cuci tangan. 2. Bawa dan letakkan baki makan di samping klien. 3. Jelaskan kepada klien tentang tindakan yang akan dilakukan. 4. Atur posisi baring klien semi fowler. 5. Pasang servet di atas dada. 6. Buka penutup selang, bilas selang terlebih dahulu dengan air putih secukupnya. 7. Pastikan sonde berada dalam lambung dengan memasukkan sedikit udara sambil mendengarkan dengan stetoskop di atas epigastrium. 8. Buka penutup selang kemudian bilas dahulu selang dengan air putih secukupnya. 9. Kateter tip dipasang, tuang makanan/minuman sedikit demi sedikit sambil memperhatikan respons klien. 10. Bilas kembali selang dengan 30 cc air putih hingga bersih (sesuaikan jumlah air dengan usia/kebutuhan).							

<p>11. Lepaskan kateter tip siang ditutup kembali.</p> <p>12. Klien tetap dianjurkan untuk berbaring semi fowler selama 30 menit.</p> <p>13. Bereskan dan bersihkan alat-alat makan dan disimpan pada tempatnya.</p> <p>14. Dokumentasikan dan laporkan jumlah, jenis makanan cair yang diberikan.</p> <p>15. Mahasiswa/I keperawatan cuci tangan.</p>						
<p>Sikap</p> <p>a. Bekerja hati-hati.</p> <p>b. Hindari bahaya aspirasi.</p> <p>c. Bila klien batuk saat pemberian makanan, pemberian dihentikan sejenak, bila klien sudah tenang pemberian diteruskan.</p> <p>d. Bila klien muntah segera miringkan kepala, pemberian makanan dihentikan.</p>						

Keterangan :

- Ya = 1 (dilakukan dengan benar)
- Tdk = 0 (tidak dilakukan/ dilakukan dengan tidak/kurang benar)

Kriteria Penilaian

- Baik sekali : 100
- Baik : 81-99
- Kurang/TL : < 80

Nilai = Jumlah tindakan yang dilakukan (Ya) x 100 =

F. PRAKTIK PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS DAN LATIHAN

RANGE OF MOTION

1. Definisi ROM

Range of Motion (ROM) didefinisikan sebagai kemampuan untuk menggerakkan semua anggota sendi pada fungsi yang optimal. Setiap sendi harus digerakkan secara aktif untuk menjaga mobilisasi, kekuatan otot serta aktivitas kardiovaskular secara adekuat.

Latihan ini dapat dilakukan baik secara aktif maupun pasif. Latihan dilakukan secara aktif bila pasien kooperatif dan dapat melaksanakan secara mandiri. Orang yang sehat dapat melakukan ROM aktif. Sedangkan latihan dilaksanakan secara pasif atau dengan bantuan bila pasien dalam kondisi tidak sadar atau tidak cukup kuat untuk melakukan latihan ini.

Kondisi yang umum juga terjadi pada lansia dimana latihan ROM dengan bantuan perlu direncanakan. Latihan ROM setiap hari cukup adekuat untuk menjaga kekuatan otot dan mobilitas. Saat ekstremitas atau sendi lemah, fokuskan pengkajian pada kemampuan beraktivitas serta bagian tubuh yang mengalami gangguan atau kelemahan. Se jauh mana pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri karena ini dapat mengindikasikan tipe aktivitas ROM yang akan dilaksanakan. Perlu juga dikaji apakah ada hambatan atau kekakuan dalam melakukan gerakan.

Beberapa sendi tertentu yang tidak bergerak (*immobile*) karena kondisinya atau paralysis sangat perlu untuk dilakukan latihan ROM. Pasien dengan kondisi paralysis pada suatu bagian ekstremitas tertentu, sendi perlu digerakkan paling tidak 4 kali sehari untuk menjaga fleksibilitas sendi secara optimal. Karena pada kenyataannya perawat di RS sering terbentur dengan masalah waktu, sehingga penting sekali untuk melakukan pendidikan kesehatan bagi keluarga pasien untuk dapat membantu pasien melakukan aktivitas ROM.

Saat dilakukan ROM untuk pertama kalinya, latihan dilakukan pada kedua sisi, baik yang berbeda dalam kondisi aktif maupun pasif. Pelaksanaan ROM dilakukan 6-8 kali untuk setiap sisinya. Latihan ROM ini juga bisa dilakukan saat memandikan pasien. Perlu diingat untuk tidak memaksakan bagian yang sakit atau kaku saat pelaksanaannya ROM ini karena justru akan dapat meningkatkan resiko terjadinya injuri pada sendi, jadi lakukan ROM sejauh kemampuan pasien.

2. Kontraindikasi dalam pelaksanaan ROM

ROM membutuhkan energi dan memiliki potensi untuk meningkatkan sirkulasi. Adanya beberapa kondisi dimana peningkatan aktivitas fisik atau peningkatan sirkulasi tubuh merupakan kontraindikasi, maka pada kondisi ini

latihan ROM pun tidak dapat dilakukan. Hal ini mungkin terjadi pada pasien dengan gangguan jantung dan pernafasan. Jika kondisi tersebut ada di pasien, maka aktivitas latihan ROM perlu didiskusikan dengan tim kesehatan lain sebelumnya.

Latihan ROM juga memunculkan tegangan pada *soft tissue* pada sendi dan struktur tulang. Oleh karena itu, latihan ROM sebaiknya tidak dilakukan bila sendi dalam kondisi bengkak atau inflamasi atau terluka atau bila sistem muskuloskeletal mengalami injuri. Latihan-latihan yang lembut juga tetap bisa dilaksanakan namun tetap perlu dilakukan konsultasi sebelumnya.

3. Tipe-tipe latihan ROM

1. Aktif

Dalam latihan ROM aktif ini intruksikan pasien untuk melakukan aktivitas pada sendi yang tidak melakukan pergerakan secara aktif, dengan cara ini pasien akan merasa terlibat secara aktif dan berpartisipasi dalam proses latihan sehingga akan meningkatkan kepatuhan. Dukung pasien untuk melakukan aktivitas secara aktif dan mandiri untuk pemenuhan kegiatan sehari-hari seperti menyisir rambut. Berikan dukungan dan pujian.

2. Aktif dan bantuan

Latihan ini dilakukan dengan bantuan perawat. Dukung pasien untuk berpartisipasi sesuai kemampuan pasien.

3. Pasif

Latihan ini dilakukan oleh perawat atau keluarga pada sendi yang tidak bergerak. Lakukan pengkajian sebelum pelaksanaan kegiatan.

4. Pasif berkelanjutan

Setelah beberapa operasi mayor yang dilakukan dilutut merencanakan latihan ROM adalah penting. Dalam beberapa kasus, diperlukan juga alat continuous passive motion (CPM) yang digunakan untuk mendukung lutut. Foot plate juga digunakan untuk mencegah foot drop. CPM ini biasanya diletakkan dibawah tempat tidur pada posisi kaki pasien. Alat ini akan membantu pasien untuk melakukan fleksi dan ekstensi pada pasien.

4. Tahapan latihan

Hendaknya latihan ROM dilakukan secara bertahap, dimulai dari leher dan kemudian bergerak kebawah. Sendi juga bergerak secara berbeda-beda: lutut dan siku hanya bergerak untuk 1 arah; leher, pergelangan tangan dan pinggang dapat bergerak untuk beberapa arah. Beberapa gerakan dapat dilakukan secara bersamaan, misalnya fleksi pada oada lutut serta rotasi eksternal pada pinggang dapat dilakukan sekaligus, abduksi dan rotasi pada bahu juga bisa dilakukan dalam waktu yang bersamaan. Sebaiknya setiap sendi sebaiknya mendapatkan latihan secara adekuat, dan penting untuk tetap menjaga sendi-sendi bergerak secara aktif.

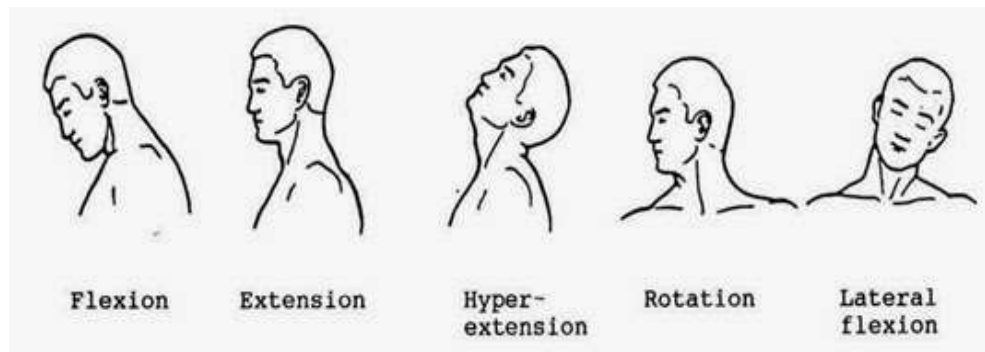
5. Macam- macam latihan ROM

Prosedur Umum

- Cuci tangan
- Privasi

- Jelaskan tindakan yang akan dilakukan dan minta untuk bekerja sama
- Atur ketinggian tempat tidur untuk memudahkan dalam bekerja dan mencegah masalah kesejajaran tubuh
- Posisikan pasien pada posisi supinasi dekat dengan perawat dan buka ekstremitas yang akan digerakkan
- Rapatkan kedua kakidan letakkan kedua lengan pada masing-masing tubuh
- Letakkan pasien pada posisi semula dan ulangi setiap pergerakan sebanyak 3 kali
- Selama latihan pergerakan, kaji kemampuan klien untuk menoleransi pergerakan dan rentang pergerakan dari setiap sendi
- Setelah latihan kaji denyut nadi dan daya tahan tubuh klien terhadap latihan
- Catat dan laporkan setiap masalah yang tidak di harapkan atau perubahan pada pergerakan klien seperti kekakuan/kontraktur.

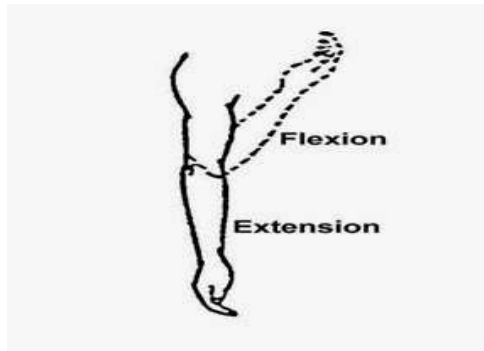
1. Leher



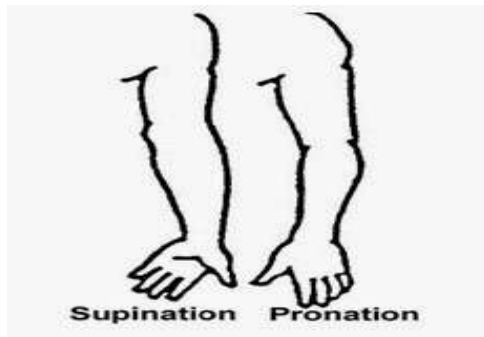
2. Bahu



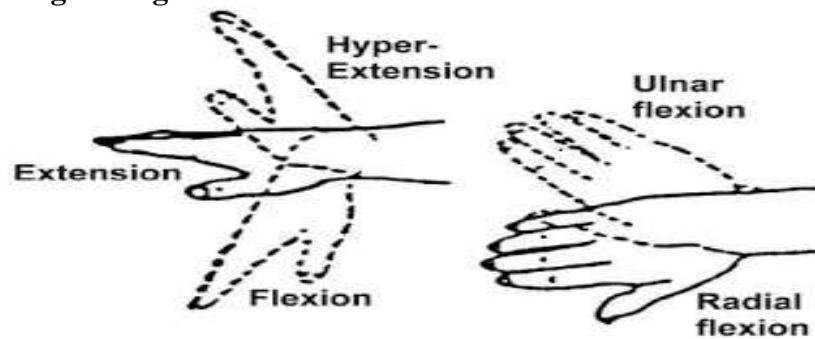
3. Siku



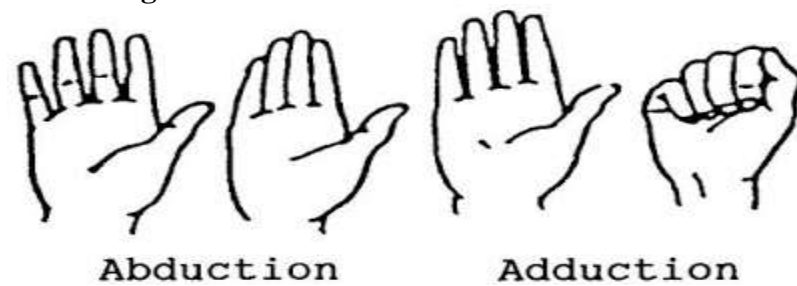
4. Lengan bawah



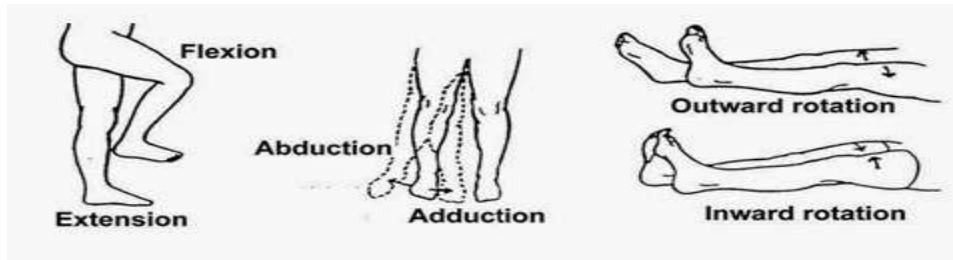
5. Pergelangan tangan



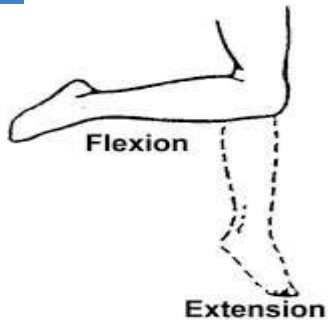
6. Jari Jemari tangan



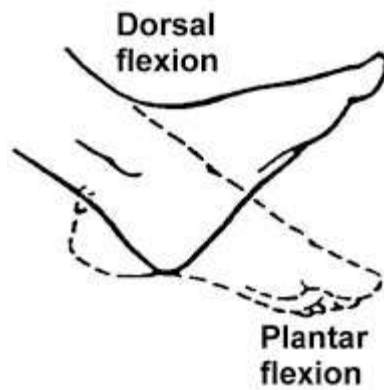
7. Panggul



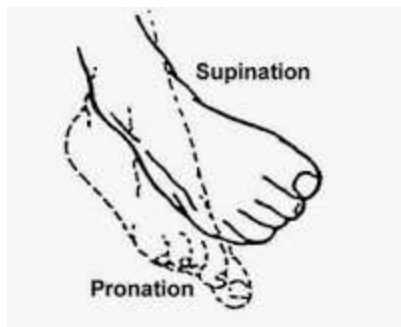
8. **Lutut**



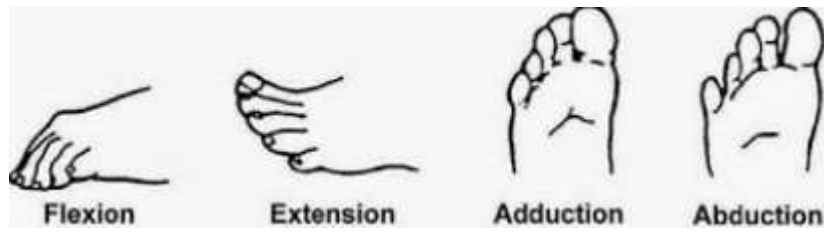
9. Mata kaki



10. Kaki



11. **Jari-jari kaki**



12. Tubuh



PRODI S1 KEPERAWATAN UNIVERSITAS PAHLAWAN
Prosedur Keperawatan Range of Motion (ROM)

NAMA MAHASISWA :

NIM :

Tanggal Ujian :

No	aktivitas	0	1	2
Pengkajian				
1.	Kaji mobilitas sendi pasien. Kaji tingkat kemampuan pasien.			
2.	Kaji status kesehatan umum pasien.			
3.	Kaji kemampuan dan kemauan untuk beraktivitas.			
Perencanaan				
4.	Rencanakan waktu untuk beraktivitas.			
5.	Rencanakan tipe aktivitas.			
Implemetasi				
6.	Cuci tangan			
7.	Identifikasi pasien; panggil pasien dengan namanya			
8.	Sediakan privacy; tutup pintu atau tirai			
9.	Jelaskan kepada pasien tentang aktivitas yang akan dilakukan			
10.	Atur posisi tempat tidur sesuai kebutuhan			
11.	Lakuka prosedur dibawah ini			
	Kepala			
	Bahu			
	Siku			
	Lengan Bawah			
	Pergelangan tangan			
	Jari Tangan			
	Panggul			
	Lutut			
	Mata Kaki			
	Kaki			
	Jari Kaki			
	Tubuh			
12.	Cuci tangan			
Evaluasi				
13.	Evaluasi			
	a. Kelemahan			
	b. Ketidak nyamanan sendi			
	c. Mobilitas sendi			
Dokumentasi				
14.	Dokumentasikan pada catatan keperawatan			

Keterangan skor

Bangkinang

0 = Tidak dilaksanakan

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna

Rumus Penyelesaian :

(.....)

$$\text{LAI} = \frac{\text{Jumlah skor didapat} \times \text{Bobot}}{\text{Jumlah skor tertinggi}}$$

TOTAL NILAI = Total nilai keseluruhan

G. PRAKTIK PEMENUHAN KEBUTUHAN ISTIRAHAT DAN TIDUR

PENGATURAN POSISI

Perubahan posisi adalah pemberian posisi yang dapat dan benar pada klien serta merubah posisi secara teratur dan sistematis merupakan aspek yg sangat penting dalam praktek keperawatan.

Klien yang mempunyai gangguan fungsi gerak dapat merubah posisi mereka sendiri tanpa kesulitan dan member I mereka rasa nyaman . Beberapa pasien kadang memerlukan bantuan yg minimal dari perawat dalam merubah posisi.pada klien kondisi lemah,paralisis,nyeri hebat dan gangguan kesadaran akan sangat membutuhkan bantuan perawat dalam merubah posisi .

Bagi semua pasien sangatlah penting untuk dilakukan pengkajian pada kulit dan dilakukan perawatan kulit sebelum sesudah perubahan posisi. Pemberian posisi secara regular dapat bermanfaat untuk mencegah ketidaknyamanan otot, dekubitus dan kontraktur. Sering kali dalam merubah posisi dibutuhkan lebih dari 2 orang perawat menghindari resiko kecelakaan baik bagi perawat dalam mengatur posisi.

Pasien di tempat tidur agar pasien tetap dalam keadaan aman dan nyaman .

1. Yakinkan bawah tempat tidur telah siap digunakan
2. yakinkan tempat tidur telah siap digunakan .
3. Gunakan peralatan pendukung diarea spesifik yang disesuaikan dengan posisi pasien seperti;bantal ,matras/kasur khusus (contoh ksur anti dekubitus), papan tempat tidur trochanter roll, chair bed , trapeze bar ,pengaman tempat tidur dll.
4. Perhatikan respon pasien setelah perubahan posisi.

Peralatan tersebut digunakan sesuai kebutuhan dan bertujuan untuk mempertahankan posisi yg bnr dan mencegah stress pada otot dan sendi, jika pasien mampu bergerak , peralatan yg berlebihan untuk membatasi pergerakan /mobilitas dan mengakibatkan otot (atrofi).

Hindari penekanan pada daerah bony prominem, tekanan yg terus menerus akan merusak vena dan memudahkan terjadinya thrombus.tekanan pada daerah popliteal dapat merusak saraf dan pembuluh darah pada daerah tersebut.

Dalam merencanakan pengaturan dan perubahan posisi , perawat dapat membuat jadwal kegiatan perubahan posisi seperti contoh dibawah ini;

Pk. 10.00 lateral kiri
Pk. 12.00 fowler
Pk. 14.00 lateral kanan
Pk. 16.00 sims kiri
Pk 16.00 fowler
Pk. 20.00 lateral kiri
Pk. 22.00 sim's kanan
Pk. 24.00 supinasi
Pk. 02.00 lateral kiri
Pk. 04.00 sim's kiri
Pk.. 06.00 supinasi
Pk. 08.00 fowler

Jadwal perubahan posisi diatas seharusnya diletakan pada dokumen perencanaan

keperawatan dan jika mungkin dapat dibuat dengan ukuran lebih besar dan diletakkan didekat tempat tidur pasien.

1. MACAM –MACAM PENGATURAN POSISI

- a. Posisi supinasi (supine position)
- b. Posisi pronasi (prone position)
- c. Posisi lateral (side-lying position)
- d. Posisi sim's
- e. Posisi fowler
- f. Posisi dorsal recumbent
- g. Posisi Trendelenburg
- h. Posisi lithotomy
- i. Posisi genupectoral (Knee-Chest position)

2. AKTIFITAS PEMBELAJARAN

Kegiatan	Yang terlibat	Waktu
1. Pembukaan		
a. Berdoa	Instruktur	15 menit
b. Persiapan alat dan bahan	Mahasiswa	
c. Pre test		
d. Penjelasan tujuan pembelajaran	Instruktur	
e. Role play/demonstrasi oleh mahasiswa(volunteer atau ditunjuk instruktur)	mahasiswa	
f. Komentar /masukan dari instruktur	Instruktur	
2. Aktifitas utama	Instruktur	80 menit (cek list)
a. Role play/demonstrasi oleh instruktur	mahasiswa	
b. Redemonstrasi oleh mahasiswa. Mahasiswa dibagi menjadi 2 kelompok besar. Di setiap kelompok ada yg berperan sebagai pasien, perawat (yang melakukan) dan evaluator/observer		
c. Peran tersebut dilakukan secara bergantian		
a. Umpan balik dari oberver mahasiswa		
3.Penutup		5 menit
a. Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran		
b. Penjelasan tugas/umpan balik untuk perbaikan	Instruktur	
Belajar mandiri		
a. Mengingatkan mahasiswa pentingnya ketrampilan tersebut dan untuk berlatih mandiri	Instruktur	
b. Doa penutup		

PERSIAPAN ALAT

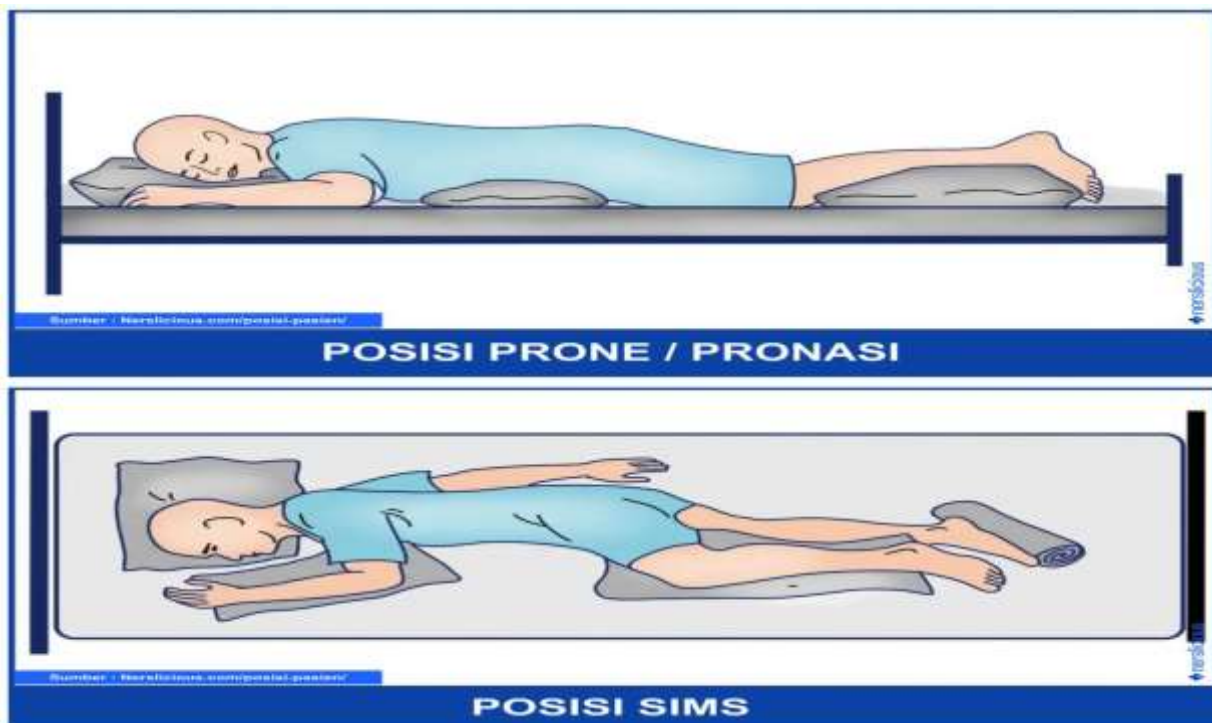
1. Tempat tidur lengkap dengan kasur dan spreng yang bersih, rapi dan kering

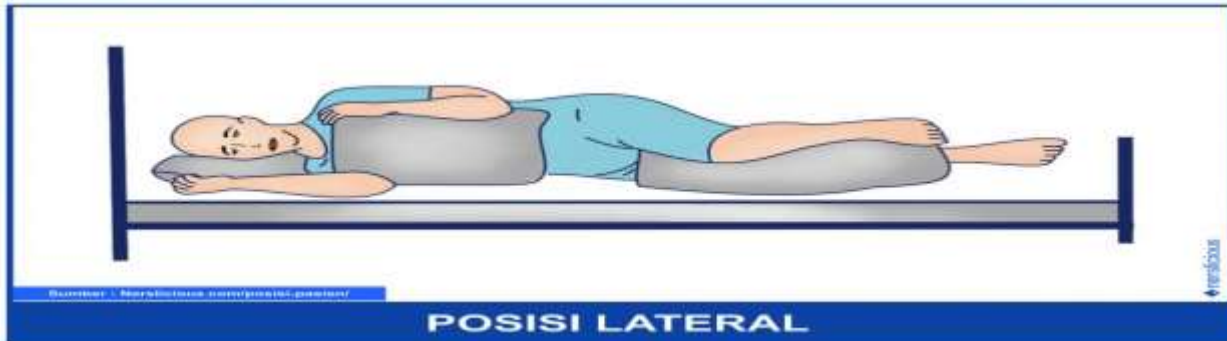
2. Bantal 4 buah
3. Papan kaki (foodboard)
4. Trochanter Rolls
5. Kantong pasir
6. Hand rolls
7. Restraints
8. Trapeze bar
9. Pengaman tempat tidur

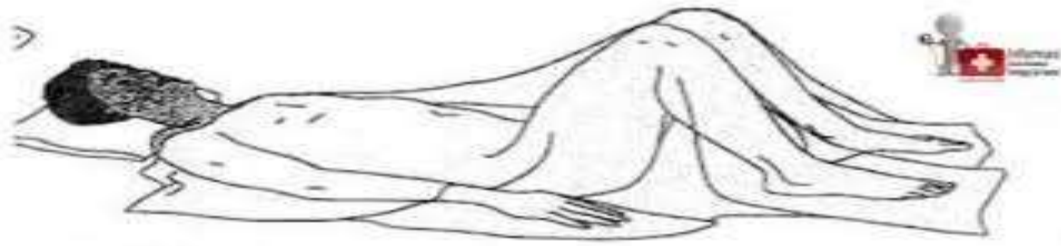
Ket; jika tidak tersedia dibangsal dapat digantikan dengan alat lain yang berfungsi sama.

LANGKAH – LANGKAH AWAL DALAM MENGATUR POSISI

1. Identifikasi pasien
2. Kaji kebutuhan pasien
3. Kaji kemampuan pasien
4. Cek alat bantu yang dibutuhkan/tersedia
5. Atur tinggi tempat tidur agar perawat dapat bekerja lebih nyaman
6. Jelaskan pada pasien prosedur yang akan dilakukan
7. Cuci tangan
8. Perhatikan privasi pasien
9. Atur posisi pasien sesuai kebutuhan (supinasi, pronasi, fowler, lateral, sim's dll)
10. Evaluasi posisi tubuh dan respon/kenyamanan pasien
11. Dokumentasi tindakan dan respon pasien







PENILAIAN KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI SUPINASI

Nama ; _____ No. Mhs ; _____

No.	Aspek yang dinilai	Skor			Bobot (%)	Nilai (%)
		0	1	2		
A.	Tahap pers interaksi (5)					
1	Cek catatan kererawatan dan catatan medis klien				2	
2	Siapkan alat alat				2	
3	Cuci tangan				1	
B	Tahap Orientasi (10)					
1	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				3	
2	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				4	
3	Berikan privacy pada klien				3	
C	Tahap Kerja (65)					
1	Atur posisi pasien dengan langkah; Posisi kepala dan punggung rata/mendatar dengan tempat tidur				15	
2	Letakkan bantal dibawah bahu atas, leher dan kepala				10	
3	Letakkan trochanter rolls atau kantong pasir secara parallel pada permukaan lateral paha				10	
4	Letakkan bantal dibawah lengan dan handrolls dibawah tangan				10	
5	Letakkan bantal dibawah lutut kedua kaki				10	
6	Letakkan footbar/bantal besar dibawah telapak kaki				10	
D	Tahap Terminasi(10)					
1	Evaluasi perasaan				3	
2	Kesimpulan				3	
3	Kontrak yang akan datang				3	
4	Memebereskan alat dan cuci tangan				1	
K	Dokumentasi (5)				5	
	Total					

Keterangan skor

0 = Tidak dilaksanakan

 Evalutaor

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna

Bangkinang, _____

(.....)

Rumus Penyelesaian :

$$LAI = \frac{\text{Jumlah skor didapat} \times \text{Bobot}}{\text{Jumlah skor tertinggi}}$$

$$TOTAL NILAI = \text{Total nilai keseluruhan}$$

Catatan : Nilai batas lulus : apabila 75% dari jumlah seluruh nilai kegiatan yang dilakukan

PENILAIAN KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI PRONASI

Nama : _____ No. Mhs ; _____

No.	Aspek yang dinilai	Skor			Bobot (%)	Nilai (%)
		0	1	2		
A.	Tahap pers interaksi (5)					
1	Cek catatan kererawatan dan catatan medis klien				2	
2	Siapkan alat alat				2	
3	Cuci tangan				1	
B.	Tahap Orientasi (10)					
1	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				3	
2	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				4	
3	Berikan privacy pada klien				3	
C.	Tahap kerja (65)					
1	Atur posisi pasien dengan langkah : Berikan pasien posisi lateral sebelum memberikan pasien posisi pronasi				10	
2	Bantu pasien merubah posisi dari lateral ke posisi tengkuap dengan abdomen sebagai tumpuan dan rata dengan tempat tidur				15	
3	Arahkan kepala pasien pada satu sisi(kanan/kiri) dan support dengan bantal				10	
4	Letakkan bantal kecil dibawah abdomen dibagian bawah diafragma (jika pasien menghendaki)				10	
5	Support lengan pada posisi fleksi sejajar dengan bahu				10	
6	Support kaki bawah dengan bantal untuk mengelavasi kaki				10	
D.	Tahap Terminasi (10)					
1	Evaluasi perasaan				3	
2	Kesimpulan kegiatan				3	
3	Kontrak yang akan dating				3	
4	Membereskan alat dan cuci tangan				1	
E.	Dokumentasi (5)				5	
	Total					

Keterangan skor

0 = Tidak dilaksanakan

 Evalutaor

1 = Dilakukan tidak sempurna

2 = Melakukan dengan sempurna

(.....)

Bangkinang, _____

Rumus Penyelesaian :

$LAI = \frac{\text{Jumlah skor didapat}}{\text{Jumlah skor tertinggi}} \times \text{Bobot}$

$TOTAL NILAI = \text{Total nilai keseluruhan}$
--

Catatan : Nilai batas lulus : apabila 75% dari jumlah seluruh nilai kegiatan yang dilakukan

PENILAIAN KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI SIM'S

Nama ; _____

No. Mhs ; _____

No.	Aspek yang dinilai	Skor			Bobot (%)	Nilai (%)
		0	1	2		
A.	Tahap pers interaksi (5)					
1	Cek catatan kererawatan dan catatan medis klien				2	
2	Siapkan alat alat				2	
3	Cuci tangan				1	
B	Tahap Orientasi (10)					
1	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				3	
2	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				4	
3	Berikan privacy pada klien				3	
C	Tahap kerja (65)					
1	Atur posisi pasien dengan langkah: Dari posisi tubuh pasien miring ke salah satu sisi				15	
2	Atur posisi kepala pasien kea rah salah satu sisi				15	
3	Letakkan tangan yang tertindih tubuh kebelakang				15	
4	Letakkan tangan yang bebas dengan posisi fleksi sejajar dengan bahu dan sokong dengan bantal				10	
5	Atur kedua kaki agak fleksi dan beri bantal diantara kedua kaki tersebut				10	
D	Tahap terminasi (10)					
1	Evaluasi perasaan				3	
2	Kesimpulan kegiatan				3	
3	Kontrak yang akan dating				3	
4	M embereskan alat dan cuci tangan				1	
E	Dokumentasi (5)				5	
	Total					

Keterangan skor :
 0 = Tidak dilaksanakan
 Evaluataor
 1 = Dilakukan tidak sempurna
 2 = Melakukan dengan sempurna

Bangkinang, _____

(.....)

Rumus Penyelesaian :

$LAI = \frac{\text{Jumlah skor didapat}}{\text{Bobot}} \times \text{Jumlah skor tertinggi}$ <p>TOTAL NILAI = Total nilai keseluruhan</p>
--

Catatan : Nilai batas lulus : apabila 75% dari jumlah seluruh nilai kegiatan yang dilakukan

PENILAIAN KETRAMPILAN PENGATURAN POSISI FOWLER

Nama : _____ No. Mhs ; _____

No.	Aspek yang dinilai	Skor			Bobot (%)	Nilai (%)
		0	1	2		
A	Tahap pers interaksi (5)					
1	Cek catatan kererawatan dan catatan medis klien				2	
2	Siapkan alat alat				2	
3	Cuci tangan				1	
B	Tahap Orientasi (10)					
1	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				3	
2	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				4	
3	Berikan privacy pada klien				3	
C	Tahap kerja (65)					
1	Atur posisi pasien dengan langkah : Atur pasien dengan posisi supinasi				15	
2	Naikkan tempat tidur bagian atas atau atur tempat tidur 45 derajat				15	
3	Letakkan bantal dibawah leher dan kepala dan sepanjang tulang belakang				7	
4	Letakkan trochanter rolls atau hand rolls jika diperlukan				7	
5	Letakkan bantal kecil dibawah paha sehingga lutut sedikit fleksi				7	
6	Letakkan bantal kecil dibawah popliteal untuk melancarkan sirkulasi				7	
7	Letakkan footboard dibawah telapak kaki				7	
D	Tahap terminasi (10)					
1	Evaluasi perasaan				3	
2	Kesimpulan kegiatan				3	
3	Kontrak yang akan datang				3	
4	Membereskan alat dan cuci tangan				1	
E	Dokumentasi (5)				5	
Total						

Keterangan skor :
 0 = Tidak dilaksanakan
 1 = Dilakukan tidak sempurna
 2 = Melakukan dengan sempurna

BAngkinang, _____
 Evalutaor

(.....)

Rumus Penyelesaian :

$$LAI = \frac{\text{Jumlah skor didapat} \times \text{Bobot}}{\text{Jumlah skor tertinggi}}$$

$$TAL\ NILAI = \text{Total nilai keseluruhan}$$

Catatan : Nilai batas lulus : apabila 75% dari jumlah seluruh nilai kegiatan yang dilakukan

PENILAIAN KETRAMPILAN PENGATURAN LATERAL

Nama : _____ No. Mhs : _____

No.	Aspek yang dinilai	Skor			Bobot (%)	Nilai (%)
		0	1	2		
A	Tahap pers interaksi (5)					
1	Cek catatan kererawatan dan catatan medis klien				2	
2	Siapkan alat alat				2	
3	Cuci tangan				1	
B	Tahap Orientasi (10)					
1	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				3	
2	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				4	
3	Berikan privacy pada klien				3	
C	Tahap kerja (65)					
1	Atur posisi pasien dengan langkah : Beri pasien posisi miring ke salah satu sisi				15	
2	Letakkan bantal pada leher dan kepala				10	
3	Letakkan bantal guling dibelakang punggung pasien				10	
4	Letakkan bantal didepan dada dan abdomen untuk menahan eksterminitas atas				10	
5	Atur salah satu kaki (kaki tergantung arah miring pasien) yang tidak tertindih dengan posisi fleksi dan beri bantal diantara kedua kaki				10	
6	Tangan yang tertindih diberi posisi fleksi sejajar dengan bahu				10	
D	Tahap terminasi (10)					
1	Evaluasi perasaan				3	
2	Kesimpulan kegiatan				3	
3	Kontrak yang akan datang				3	
4	Membereskan alat dan cuci tangan				1	
E	DOKUMENTASI (5)				5	
	Total					

Keterangan skor :
 0 = Tidak dilaksanakan
 1 = Dilakukan tidak sempurna
 2 = Melakukan dengan sempurna

B Angkinang, _____
 Evaluatior

(.....)

Rumus Penyelesaian :

$LAI = \frac{\text{Jumlah skor didapat}}{\text{Jumlah skor tertinggi}} \times \text{Bobot}$

$TAL\ NILAI = \text{Total nilai keseluruhan}$

Catatan : Nilai batas lulus : apabila 75% dari jumlah seluruh nilai kegiatan yang dilakukan

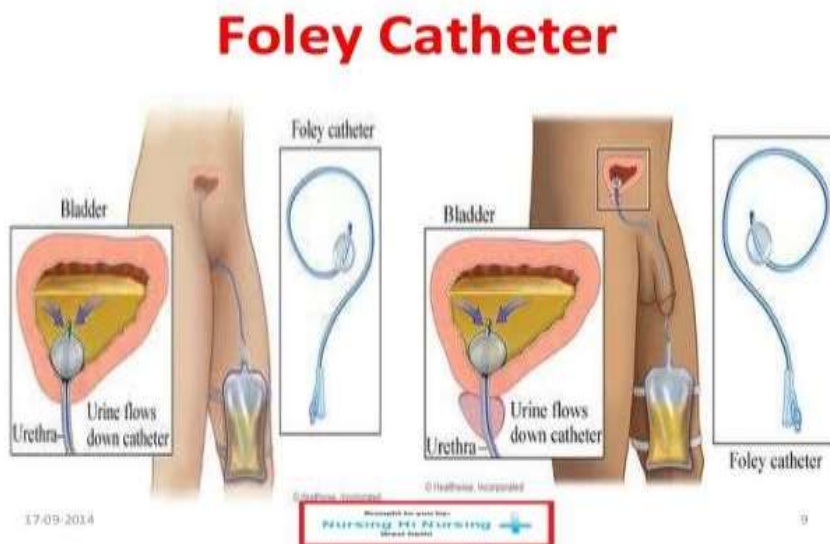
H. PRAKTIK PEMENUHAN KEBUTUHAN ELIMINASI URIN DAN FEKAL

Tubuh manusia yang sehat secara lancar dan efektif memakan, mencerna, mengabsorpsi/menyerap dan memetabolisme makanan untuk memberikan bahan bakar dan mengoperasikan banyak fungsinya. Tubuh yang sehat juga secara lancar dan efektif membuang produk sampah yang tidak dibutuhkannya, untuk mempertahankan homeostasis. Eliminasi produk sampah cair dan padat normalnya terjadi secara rutin dan merupakan peristiwa biasa, kecuali terjadi perubahan kebiasaan atau penyakit. Perubahan kebiasaan defekasi atau berkemih dapat menandakan/ menyebabkan penyakit. Mengkaji produk eliminasi (urin dan fekal) pasien, mengobservasi fungsi kandung kemih dan ususnya, serta membantu pasien yang menghadapi masalah dalam fungsi ini merupakan tanggung jawab keperawatan yang mendasar.

MEMASANG KATETER

Definisi

Memasukkan selang kateter ke dalam kandung kemih melewati uretra.



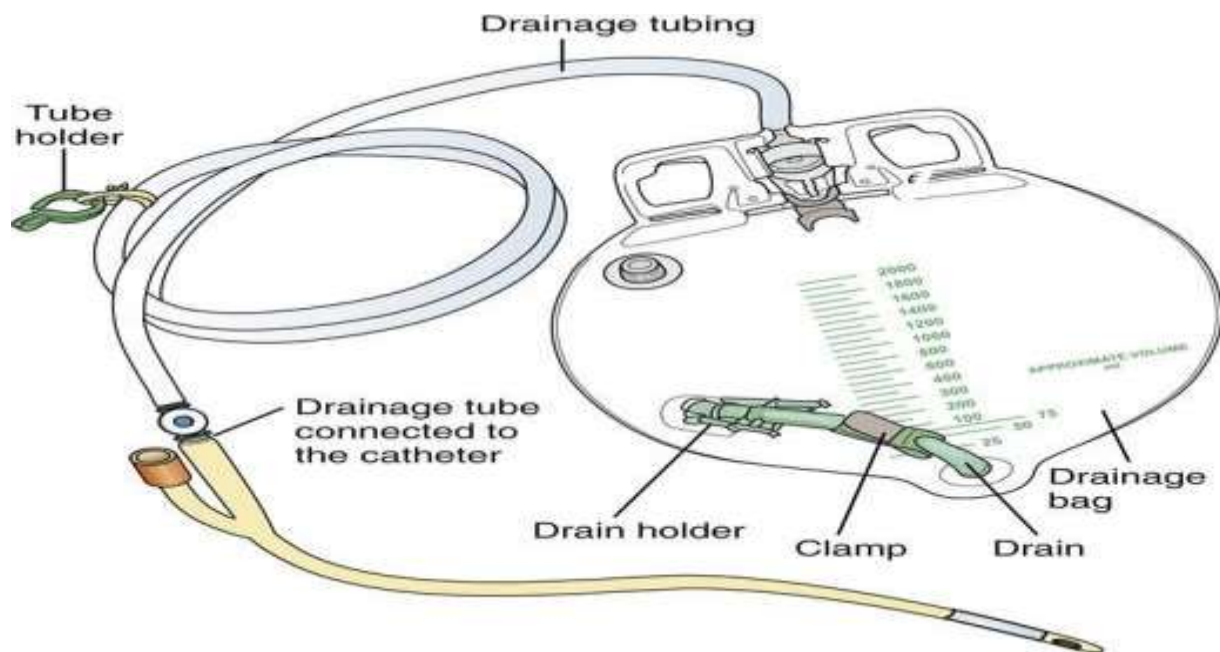
Gambar : posisi kateter dan selang kateter

Jenis kateter :

1. *Intermittent Catheter* adalah kateter yang digunakan untuk mengalirkan isi kandung kemih dalam jangka waktu yang pendek (sekitar 5-10 menit)

2. *Retention / indwelling catheter* adalah kateter yang di masukkan kedalam kandung kemih klien untuk jangka waktu tertentu. Biasanya dilakukan pada pasien yang akan dilakukan operasi, injuri kandung kemih atau infeksi kandung kemih. Pemasangan kateter dilakukan untuk drainase sementara atau permanent, kompresi kandung kemih atau untuk irigasi kandung kemih.
3. *Folley catheter* adalah kateter yang paling umum dilakukan. Pada ujung selang kateter terdapat balon yang dapat diisi dengan cairan steril (misalnya NaCl 0,9%) yang berguna untuk mencegah selang kateter keluar dari kandung kemih. Pada ujung yang lain terdapat dua lumen (selang kecil) yang berguna untuk mengisi balon dan lumen yang lainnya sebagai saluran yang mengalirkan urin. Bahkan beberapa kateter mempunyai lumen ketiga yang berfungsi sebagai tempat melakukan irigasi kateter.
4. *Suprapubic catheter* adalah kateter yang dimasukkan ke dalam kandung kemih melalui proses insisi pembedahan.

Bagian kateter seperti digambarkan berikut ini :



Tujuan

1. Meningkatkan rasa nyaman klien akibat distensi abdomen
2. Menghitung sisa urin (residu) dalam kandung kemih
3. Sebagai media pemeriksaan specimen urin
4. Mengosongkan kandung kemih secara optimal sebelum tindakan pembedahan
5. Memfasilitasi pengukuran output urin yang lebih akurat. Hal ini biasanya dibutuhkan pada klien yang membutuhkan pengukuran urin tiap jam.

- Mencegah urin mengkontaminasi bekas insisi bedah setelah operasi perineal.
- Membantu klien yang mengalami inkontinensia ketika cara lain gagal dilakukan (seperti mengurangi minum di malam hari atau menawarkan urinal lebih sering)

Indikasi

Efektif dilakukan pada pasien yang :

- Distensi abdomen
- Akan mengalami operasi atau tindakan pembedahan atau post operasi (dimana dikhawatirkan akan membasahi daerah operasi)
- Decompresi kandung kemih selama atau setelah tindakan operasi
- Klien dengan inkontinensia (dimana tidak ada cara ataupun solusi yang lain)
- Mebutuhkan pengukuran urin yang lebih akurat
- Mengalami retensi urin yang akut
- Mengalami obstruksi seperti pembesaran prostat, striktur uretra, prolapse organ pelvis,
- Mengalami penyakit terminal, koma.

Kontraindikasi

Klien yang mengalami retensi urin yang masih dapat dilakukan dengan cara selain pemasangan kateter (misalnya kateter kondom)

Hal-hal yang perlu diperhatikan

- Perhatikan jenis kelamin dan usia klien untuk menentukan ukuran kateter. Tabel dibawah ini dapat membantu untuk menentukan ukuran kateter.

Tabel : ukuran kateter berdasarkan jenis kelamin dan usia klien

Ukuran Kateter	Klien
8 – 10	Anak-anak
14 – 16	Wanita dewasa
20 – 22	Laki-laki dewasa

- Pada beberapa kelompok klien memerlukan ukuran selang kateter lebih kecil dari biasanya, yaitu pada klien dengan infeksi kandung kemih atau pada wanita hamil.
- Banyaknya isi balon kateter adalah 5 – 30cc. baca etiket di plastic pembungkus selang kateter. Balon berguna untuk memfiksasi kateter didalam kandung kemih. Hati-hati terhadap pengisian balon yang terlalu besar, karna akan menyebabkan spasma otot kandung kemih, sakit kepala, kram abdomen bagian bawah, injuri kandung kemih dan uretra, keringat yang berlebihan, dan *automatic dyseflexia* .
- Kolaborasi dengan dokter sesegera mungkin jika setelah pemasangan kateter tidak terdapat urin yang keluar lewat selang kateter.

5. Pada pasien dengan usia anak-anak, berilah penjelasan pada orang tua mengapa pemasangan kateter dilakukan.
6. Pemasangan kateter dalam waktu yang lama dapat menyebabkan beberapa komplikasi, seperti : batu kandung kemih, septikemia, hematuria, kerusakan integrasi kulit, infeksi saluran perkemihan, pendarahan atau bahkan jika pemakaian bertahun-tahun dapat menyebabkan kanker kandung kemih.
7. Perawat harus berhati-hati pada saat pemasangan kateter, terutama jika selang kateter berukuran besar karena akan menyebabkan kerusakan atau ruptur uretra.
8. Jangan paksa atau jangan teruskan tindakan jika jika terdapat halangan/hambatan ketika memasukkan kateter.
9. Jangan teruskan tindakan jika ujung selang kateter sudah terkena labia atau area lain yang tidak steril.
10. Pilihlah jenis selang kateter yang aman bagi pasien dan tidak menimbulkan alergi. Selang kateter yang terbuat dari Latex agak lebih mahal tetapi paling cocok untuk pemakaian jangka pendek. Selang yang terbuat dari Silicon atau Telfon paling cocok untuk jangka Panjang (lebih dari 1 minggu) karena jenis ini dapat menurunkan resiko iritasi dan gesekan (Glen-rose Rehabilitation Hospital, 2005).
11. Kantong urin harus selalu diletakkan pada level dibawah kandung kemih karena memanfaatkan gravitasi yang akan menyebabkan urin turun kebawah menuju kantong urin.

Pengkajian

1. Kaji status klien :
 - a. Kapan waktu terakhir pasien berkemih yang mengindikasikan isi kandung kemih penuh.
 - b. Tingkat kesadaran sebagai dasar menilai tingkat kemampuan pasien untuk kooperatif terhadap tindakan
 - c. Kemampuan mobilisasi dan fisik pasien sebagai dasar apakah perawat memerlukan bantuan perawat lain.
 - d. Jenis kelamin dan usia klien untuk menentukan ukuran kateter.
 - e. Distensi kandung kemih karena umumnya mengakibatkan rasa nyeri.
 - f. Keadaan patofisiologis lain yang memungkinkan perawat mengalami kesulitan pada saat memasukkan kateter, seperti pembesaran kelenjar prostat pada pria. Obstruksi akan menghambat masuknya kateter melewati uretra menuju kandung kemih.
 - g. Alergi terhadap jenis karet kateter (lateks, silicon, telfon), cairan antiseptik yang digunakan, dan jelly (pelumas)
2. Kaji ulang catatan kolaborasi dokter tentang tujuan pemasangan kateter, seperti persiapan pembedahan, irigasi kandung kemih, pemeriksaan specimen urin atau pengukuran urin sisa (residual).
3. Kaji tingkat pengetahuan pasien terhadap tujuan pemasangan kateter.

Masalah Keperawatan Yang Terkait

1. Nyeri
2. Retensi Urin

Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi masalah pasien, salah satu intervensi yang dapat dikolaborasikan dengan tim medis adalah memasang kateter.

Implementasi Tindakan Keperawatan

Persiapan alat

- Bak steril yang berisi :
 - 1 pinset silurgis
 - 2 pinset anatomis
 - 5 depper
 - 1 bengkok
 - 2 kom kecil
 - 4 lembar kassa
 - duk bolong
- Kateter steril
- Urine bag dan gantungannya
- 1 pasang sarung tangan steril
- Spuit steril ukuran 10cc atau 20cc
- Cairan steril (aqua destilata) untuk mengisi balon
- Mangkok kecil berisi kapas sublimat
- Cairan desinfektan (savlon, betadine)
- Jelly
- Perlak pengalas
- Bengkok bersih
- Selimut ekstra
- Plester dan gunting
- Orentang dalam tempatnya
- Sampiran

Persiapan Lingkungan

Jaga privasi pasien

Persiapan Pasien

Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan

Langkah-langkah :

1. Cuci tangan
2. Pasang sarung tangan bersih
3. Melepaskan pakaian bawah klien dan pasang selimutklien
4. Membungkus kaki klien dengan sudut selimut dan bagian tengah menutupi daerah pubic (jika selimut lebar) ata membuka selimut sampai keatas pubic

5. Memasang perlak (pengalas) pada bagian bawah tempat tidur
6. Bantu klien untuk posisi dorsal recumbent (wanita) atau supine (pria)
7. Membuka set steril
8. Mengeluarkan kateter dan spuit dari bungkusnya kemudian diletakkan dalam area steril
9. Menuang cairan desinfektan pada kom kecil
10. Menuang jelly pada kassa steril
11. Memakai sarung tangan steril (tangan dominan/ kanan saja)
12. Isi spuit dengan aquadestilata (cairan steril). Spuit di tangan dominan yang sudah terpasang sarung tangan steril, sedangkan aquadestilata di tangan non dominan. Letakkan spuit kembali ke area steril
13. Memakai sarung tangan steril untuk tangan non dominan / kiri
14. Memasang duk bolong steril pada daerah genital
15. Memberi ujung kateter dengan jelly (pelicin)
16. Meletakkan bengkok steril diantara 2 tungkai pasien
17. Mengambil kassa steril dengan pinset steril, lalu kassa dibasahi larutan desinfektan
18. Buka daerah meatus

Wanita

Buka labia mayora dengan jari telunjuk dan ibu jari tangan kiri perawat (tangan kiri dapat di-on-kan atau dilapisi dengan kassa steril jika masih mau dipertahankan kesterilannya) dan bersihkan dengan tangan kanan yang masih steril dari arah atas kebawah 1x usap.

Pria

Pegang penis dengan sudut 90°. Pegang bagian bawah glands penis dengan ibu jari dan telunjuk, preputulum di tarik ke bawah. Bersihkan dengan arah melintang dari meatus ke arah keluar

19. Masukkan kateter melalui uretra ke kandung kemih sampai keluar urin dari ujung kateter yang diletakkan dalam bengkok steril :

Wanita : 5-7 cm s.d urin keluar

Pria : 18-20 cm s.d urin keluar

20. Isi galon dengan aquadestilata (cairan steril)
21. Menarik sedikit kateter untuk mengecek balon sudah berfungsi
22. Melepaskan duk bolong
23. Ambil pengalas dengan bokong klien
24. Membuka urine bag dan sambung dengan kateter
25. Gantung urine bag dengan posisi lebih rendah dari vesika urinaria
26. Memfiksasi kateter dengan plester. Laki-laki di daerah abdomen dan wanita di samping paha
27. Merapihkan alat dan klien
28. Membuka sarung tangan
29. Cuci tangan Dokumentasi

Sikap

30. Melakukan tindakan dengan sistematis
31. Komunikatif dengan klien
32. Percaya diri

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

KETERAMPILAN : PEMASANGAN KATETER

Nama Mahasiswa :

ASPEK YANG TERJADI	DILAKUKAN						KET
	Tgl :		Tgl :		Tgl :		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Persiapan alat <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bak steril yang berisi : <ul style="list-style-type: none"> - 1 pinset silurgis - 2 pinset anatomis - 5 depper - 1 bengkok - 2 kom kecil - 4 lembar kassa - duk bolong <input type="checkbox"/> Kateter steril <input type="checkbox"/> Urine bag dan gantungannya <input type="checkbox"/> 1 pasang sarung tangan steril <input type="checkbox"/> Sduit steril ukuran 10cc atau 20cc <input type="checkbox"/> Cairan steril (aqua destilata) untuk mengisi balon <input type="checkbox"/> Mangkok kecil berisi kapas sublimat <input type="checkbox"/> Cairan desinfektan (savlon, betadine) <input type="checkbox"/> Jelly <input type="checkbox"/> Perlak pengalas <input type="checkbox"/> Bengkok bersih <input type="checkbox"/> Selimut ekstra <input type="checkbox"/> Plester dan gunting <input type="checkbox"/> Orentang dalam tempatnya <input type="checkbox"/> Sampiran 							
Persiapan Lingkungan 2. Jaga privasi pasien							
Persiapan Pasien 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan							
Langkah-langkah : <ol style="list-style-type: none"> 4. Cuci tangan 5. Pasang sarung tangan bersih 6. Melepaskan pakaian bawah klien dan pasang selimut klien 7. Membungkus kaki klien dengan sudut selimut dan bagian tengah menutupi daerah pubic (jika 							

<p>selimut lebar) atau membuka selimut sampai keatas pubic</p> <p>8. Memasangkan perlak (pengalas) pada bagian bawah tempat tidur</p> <p>9. Bantu klien untuk posisi dorsal recumben (wanita) dan supine (pria)</p>							
<p>10. Membuka set steril</p> <p>11. Mengeluarkan kateter dan spuit dari bungkusnya kemudian diletakkan dalam area steril</p> <p>12. Menuang cairan desinfektan pada kom kecil</p> <p>13. Menuang jelly pada kassa steril</p>							
<p>14. Memakai sarung tangan (tangan dominan atau kanan saja)</p> <p>15. Isi spuit dengan aqua destilata (cairan steril). Spuit di tangan dominan yang sudah terpasang sarung tangan steril, sedangkan aquadestilata ditangan non dominan. Letakkan spuit kembali di area steril</p> <p>16. Memakai sarung tangan steril untuk tangan non dominan / kiri</p> <p>17. Memasang duk bolong steril pada daerah genital</p> <p>18. Memberi pada ujung kateter dengan jelly (pelicin)</p> <p>19. Meletakkan bengkok steril diantara 2 tungkai pasien</p> <p>20. Mengambil kassa steril dengan pinset steril, lalu kassa dibasahi larutan desinfektan.</p>							
<p>21. Buka daerah meatus :</p> <p>Wanita Buka labia mayora dengan jari telunjuk dan ibu jari tangan kiri perawat (tangan kiri dapat di-on-kan atau dilapisi dengan kassa steril jika masih mau dipertahankan kesterilannya) dan bersihkan dengan tangan kanan yang masih steril dari atas kebawah 1x usap</p> <p>Pria : Pegang penis dengan sudut 90°. Pegang daerah dibawah glands penis dengan ibu jari dan telunjuk, preputulum ditarik kebawah. Bersihkan dengan arah melintang dari meatus kearah keluar.</p>							
<p>22. Masukkan kateter melalui uretra ke kandung kemih sampai keluar urin dari ujung kateter yang diletakkan dalam bengkok steril :</p>							

Wanita : 5-7 cm s.d urin keluar Pria : 18- 20cm s.d urin keluar 23. Isi balon dengan aquadestilata (cairan steril) 24. Menarik sedikit kateter untuk mengecek balon sudah berfungsi							
25. Melepas duk bolong 26. Ambil pengalas dari bokong klien 27. Membuka urine bag dan sambung dengan kateter 28. Gantung urine bag dengan posisi lebih rendah dari vesika urinaria 29. Memfiksasi kateter dengan plaster. Laki-laki di daerah abdomen dan wanita disamping paha 30. Merapihkan alat dan klien 31. Membuka sarung tangan 32. Cuci tangan 33. Dokumentasi							
Sikap : 34. Melakukan tindakan dengan sistematis 35. Komunikatif dengan klien 36. Percaya diri							

Keterangan :

- Ya : 1 (dilakukan dengan benar)
- Tdk : 0 (tidak dilakukan / dilakukan dengan tidak /kurang benar)

Kriteria Penilaian :

- Baik sekali : 100
- Baik : 81 – 99
- Kurang/TL : ≤ 80
-

Nilai = $\frac{\text{JumlahTindakanyangDilakukan(Ya)} \times 100}{\dots}$

Tanggal :	Tanggal :	Tanggal :
Nilai :	Nilai :	Nilai :
Pembimbing :	Pembimbing :	Pembimbing :
Mahasiswa	Mahasiswa :	Mahasiswa

Gambar pemasangan kateter pada Iaki-Iaki



Gambar pemasangan kateter pada perempuan



MELEPAS KATETER

Definisi

Melepaskan selang kateter dari dalam kandung kemih

Tujuan

1. Membuat klien merasa lebih nyaman
2. Menghindari adanya infeksi di saluran perkemihan karena pemakaian kateter dalam jangka waktu yang lama

Indikasi

Efektif dilakukan pada :

1. Klien yang tidak memerlukan kembali pemakaian kateter
2. Klien yang mampu BAK secara normal
3. Klien yang sudah terpasang kateter lebih dari 7 hari dan direncanakan kateter dipasang kembali

Kontraindikasi

Tidak ada

Hal-hal yang Perlu Diperhatikan

1. Jika balon belum benar-benar kempes sebelum mengeluarkan selang kateter, maka akan menyebabkan trauma dan bengkak pada meatus uretra dan kemungkinan akan terjadi pula retensi urin
2. Kolaborasi dengan dokter jika klien belum juka bisa BAK dalam waktu 8 jam setelah kateter dilepaskan, atau klien mengeluh nyeri dan terdapat distensi abdomen.

Pengkajian

1. Kaji kembali catatan kolaborasi dokter tentang alasan pelepasan kateter, apakah memang akan dipasang kembali atau tidak
2. Kaji dan lihat kembali catatan yang menginformasikan waktu pemasangan kateter. Pemasangan kateter dalam waktu lama akan menyebabkan hilangnya fungsi otot kandung kemih
3. Kaji tingkat pengetahuan klien terhadap prosedur dan alasan mengapa kateter perlu dilepaskan

Masalah Keperawatan yang Terkait

Risiko infeksi

Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut, salah satu intervensi yang dapat dikolaborasikan dengan tim medis adalah melepas kateter

Implementasi Tindakan Keperawatan

Persiapan Alat

- Pengalas
- Bengkok
- Spuit 10 cc
- Sampiran
- Sarung tangan bersih
- Selimut mandi
- Klem

Persiapan Lingkungan

Jaga privasi klien

Persiapan Klien

1. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
2. Beri klien posisi supine (pria), dorsal recumbent (wanita)

Langkah-langkah :

1. Perawat cuci tangan
2. Pakai sarung tangan
3. Ganti selimut klien dengan selimut mandi
4. Pasang pengalas
5. Klem kateter
6. Buka plester dan kasa pada bagian penis (jika laki-laki). Jika wanita maka tindakan ini tidak diperlukan
7. Masukkan spuit 10 cc ke selang kateter, kemudian keluarkan cairan yang berada di balon kateter secara perlahan-lahan
8. Anjurkan klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam
9. Keluarkan selang kateter secara perlahan-lahan saat klien inspirasi
10. Rapihkan alat dan klien
11. Lepaskan sarung tangan
12. Cuci tangan
13. Dokumentasi

Sikap :

1. Melakukan tindakan dengan sistematis
2. Komunikatif dengan klien
3. Percaya diri

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

KETERAMPILAN : MELEPASKAN KATETER PADA PRIA DAN WANITA

Nama Mahasiswa :

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	DILAKUKAN						KET
	Tgl :		Tgl :		Tgl :		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Persiapan Alat : <input type="checkbox"/> Pengalas <input type="checkbox"/> Bengkok <input type="checkbox"/> Sput 10cc <input type="checkbox"/> Sampiran <input type="checkbox"/> Sarung tangan bersih <input type="checkbox"/> Selimut mandi <input type="checkbox"/> Klem							
2. Persiapan Lingkungan 2. Jaga privasi klien							
3. Persiapan Klien 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi supine (pria) dorsal recumbent (wanita)							
Langkah-langkah : 5. Perawat cuci tangan 6. Pakai sarung tangan 7. Ganti selimut klien dengan selimut mandi 8. Pasang pengalas 9. Klem kateter 10. Buka plaster dan kasa pada bagian penis (jika klien laki-laki), jika wanita maka tindakan ini tidak diperlukan 11. Memasukkan spuit 10cc ke selang kateter, kemudian keluarkan cairan yang berada di balon kateter secara perlahan- lahan 12. Anjurkan klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam 13. Keluarkan selang kateter secara perlahan- lahan saat klien inspirasi 14. Rapihan alat dan klien 15. Lepaskan sarung tangan 16. Cuci tangan 17. Dokumentasi							

Sikap : 18. Melakukan tindakan dengan sistematis 19. Komunitatif dengan klien 20. Percaya diri							
--	--	--	--	--	--	--	--

Keterangan :

- Ya : 1 (dilakukan dengan benar)
- Tdk : 0 (tidak dilakukan / dilakukan dengan tidak / kurang benar)

Kriteria Penilaian

- Baik sekali : 100
- Baik : 81 – 99
- Kurang / TL : ≤ 80

$$\text{Nilai} = \frac{\text{JumlahTindakanyangDilakukan(Ya)} \times 100}{20} = \dots\dots$$

LOG BOOK PELAKSANAAN PRAKTEK LABORATORIUM

NAMA MAHASISWA/KELAS :
 MATA KULIAH/SEMESTER :
 DOSEN PENGAJAR :

NO	MATERI/TINDAKAN	KEGIATAN PRAKTIK						KET
		WAKTU PELAKSANAAN DAN PARAF DOSEN						
		Demonstrasi		Mandiri				L/TL
		Tgl	Paraf	Tgl	Paraf	Tgl	Paraf	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

CTT: *Pelaksanaan Praktek mandiri dilaksanakan minimal 1 kali Pertindakan*

KETERANGAN

1. DEMONTRASI (DOSEN) KODE = **D**
2. DILAKUKAN MANDIRI KODE = **M**

Ket. Diisi dengan lulus dengan tidak lulus

BANGKINANG,202...
DOSEN PENGAJAR

()

DAFTAR PUSTAKA

1. Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2016). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice, 10th edition*. New Jersey: Prentice Hall Health.
2. DeLancey, S.C., & Ladner, P.K. (2011). *Fundamentals of Nursing: Standards and Practice, 4th edition*. New York: Delmar Cengage Learning.
3. Lynn, J. (2011). *Wong's Handbook of Clinical Nursing Skills, 3rd ed.* Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
4. Mosby. (2014). *Mastering Nursing Video Skills DVD Package: Basic, intermediate and advanced: 4th Edition*. Mosby: Elsevier Inc.
5. Potter, P.A. & Perry, A.G. (2020). *Fundamentals of Nursing, 10th edition*. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
6. Rebeiro G., Jack L., Scully N., Wilson D., Soeastari E., Supartini Y. (2015). *Keperawatan Dasar. Manual Keterampilan Klinis. Edisi Indonesia*. Elsevier

