

PETUNJUK PRAKTIKUM KEPERAWATAN DASAR

Penyusun :

Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep

Ns. Dely Maria P, M.Kep., Sp.Kep.Kom

Adventus MRL Batu, SKM., M.Kes

**PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI
UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA
2022**

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas Rahmat dan Anugerah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Petunjuk Praktikum Laboratorium Keperawatan Dasar. Materi dalam buku ini disusun penulis dalam rangka memenuhi proses pengajaran bagi para dosen dan pendidikan ilmu keperawatan kepada mahasiswa keperawatan.

Dalam buku ini akan membahas praktikum laboratorium kebutuhan oksigenasasi, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan nutrisi, kebutuhan aktivitas, istirahat dan tidur, kebutuhan eliminasi urin dan fekal, kebutuhan personal hygiene, kebutuhan spiritual, kebutuhan istirahat dan tidur serta kebutuhan keamanan dan kenyamanan. Penulis akan berusaha memperbaiki bila ada kekurangan dalam buku ini. Penulis menerima setiap kritikan dan masukan agar buku ini menjadi lebih baik dan sempurna pada masa yang akan datang.

Hormat Kami,

Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar...	i
Daftar Isi...	ii
Bab I: KEBUTUHAN OKSIGENASI.....	1
1.1 Menghitung Pernafasan.....	1
1.2 Latihan Nafas Dalam...	3
1.3 Memberikan Terapi Nebulizer.....	8
1.4 Pemberian Dengan Masker Oksigen.....	15
1.5 Pemberian Terapi Oksigen Via Nasal Kanul	16
1.6 Pemberian Terapi Oksigen Face Mask	24
1.7 Pemberian Terapi Oksigen Dengan Face Tent	30
1.8 Pemeriksaan Sputum.....	39
1.9 Fisioterapi Dada	46
1.10 Perkusi (Clapping)...	54
1.11 Vibrasi.....	59
1.12 Drainase Postural...	64
 BAB II: KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT...	 75
2.1 Memasang Infus.....	75
2.2 Melepaskan Infus	90
2.3 Melakukan Perawatan Infus.....	95
2.4 Mengganti Cairan Infus...	101
2.5 Tindakan Keperawatan Pada Gangguan Kebutuhan Cairan...	108
1). Mengukur Tekanan Darah	108
2). Menghitung Nadi	109
3). Pemeriksaan Rumble Lead...	109
4). Memberi Minum Per-Oral	111
5). Mengumpulkan Urine Untuk Pemeriksaan.....	112
6). Pengambilan Urine Pada Pasien Yang Memakai Kateter.....	113

7). Memasang Kondom Kateter...	113
8). Menghitung Keseimbangan Cairan...	115
9). Merawat Luka Infeksi.....	115
10). Mengganti Cairan Infus...	116
11). Memasang Infus	117
12). Melepaskan Infus.....	118
 BAB III KEBUTUHAN NUTRISI.....	120
3.1 Menimbang Berat Badan	120
3.2 Pengukuran Lingkar Lengan.....	124
3.3 Mengukur Tinggi Badan	128
3.4 Menghitung Indeks Tubuh (IMT).....	133
3.5 Pemberian Makan Dan Minum Per Oral...	133
3.6 Memasang NGT.....	138
3.7 Memberi Makan PerSonde Atau Melalui NGT...	145
3.8 Melepas NGT.....	150
3.9 Memberi Makan Melalui Selang Lambung / Sonde	154
3.10 Memasukan Makanan Via NGT (Enteral).....	158
 BAB IV KEBUTUHAN AKTIVITAS, ISTIRAHAT DAN TIDUR...	165
4.1 Memberikan Klien Posisi Di Tempat Tidur.....	165
4.2 Menerima Pasien Baru.....	171
4.3 Posisi Fowler.....	173
4.4 Posisi Sim.....	173
4.5 Posisi Trendelenburg...	174
4.6 Posisi Dorsal Recumbent...	175
4.7 Posisi Litotomi	176
4.8 Posisi Genu Pertoral (Knee Chest)...	177

4.9 Memindahkan Klien Dari Tempat Tidur Ke Kursi Roda dan Sebaliknya	210
4.10 Membantu Klien Memakai Stoniket (Elastic Stocking)... ..	214
4.11 Melakukan Pijat Punggung (Back Rub)... ..	220
 BAB V KEBUTUHAN ELIMINASI URIN DAN FEKAL	226
5.1 Memasang Kateter	226
5.2 Melepas Kateter	237
5.3 Melakukan Perawatan Kateter... ..	243
5.4 Memasang Kondom Kateter... ..	252
5.5 Membantu Klien BAK Di Tempat Tidur... ..	258
5.6 Membantu Klien BAB Di Tempat Tidur	263
5.7 Melakukan Evakuasi Fekal Secara Manual... ..	270
 BAB VI KEBUTUHAN PERSONAL HYGIENE	276
6.1 Mengganti Pakaian Pasien Di Tempat Tidur... ..	276
6.2 Perawatan Area Genital Dan Perinium.....	278
6.3 Hygiene Penis... ..	280
6.4 Merawat Kuku Tangan Dan Kaki... ..	285
6.5 Tempat Tidur Terbuka	291
6.6 Memandikan Klien Di Tempat Tidur... ..	293
6.7 Perawatan Rambut	299
6.8 Mengeramasi Rambut Klien Dengan Shampo Dan Obat Kutu... ..	303
6.9 Perawatan Gigi Dan Mulut... ..	305
6.10 Memasang Dan Melepaskan Sarung Tangan Steril	315
6.11 Memakai Dan Melepaskan Sarung Tangan, Celemek dan Masker... ..	323
6.12 Tempat Tidur Tertutup... ..	329
6.13 Tempat Tidur Pasca Bedah... ..	336

6.14 Menggunakan Alat Tenun Dengan Pasien Diatasnya (Occupied Bed)	340
6.15 Mencuci Tangan.....	346
 BAB VII KEBUTUHAN SPRITUAL.....	352
7.1 Perawatan Jenazah... ..	352
7.2 Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Pada Klien Mengalami Kehilangan & Berduka	359
 BAB VIII KEBUTUHAN ISTIRAHAT DAN TIDUR.....	366
8.1 Memberikan Klien Posisi Di Tempat Tidur.....	366
8.2 Memindahkan Klien Dari Tempat Tidur Ke Kursi Roda Dan Sebaliknya	394
8.3 Membantu Memakai Stokinet (Elastic Stocking)... ..	402
8.4 Melakukan Pijat Punggung (Back Rub)... ..	407
 BAB IX KEBUTUHAN KEAMANAN DAN KENYAMANAN... ..	413
9.1 Mencuci Tangan.....	413
9.2 Memakai Dan Melepaskan Alat Pelindung Diri/ APD.....	425
9.3 Melakukan Tepid Water Sponge	431
9.4 Memasang Dan Melepaskan Sarung Tangan Steril	436
9.5 Melakukan Perawatan Luka Bersih... ..	443
9.6 Bed Making.....	453
9.7 Melakukan Oral Hygiene	4

BAB I

KEBUTUHAN OKSIGENASI

1.1 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

Persiapaan 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

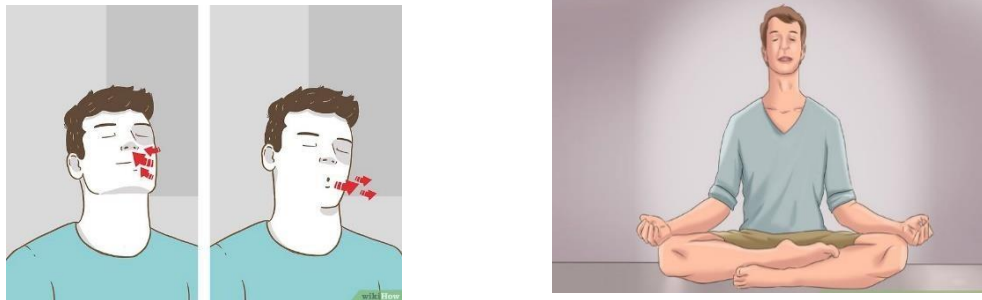
Table Pola Pernafasan

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

1.2 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 nafas 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. ≡v Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2 ≡v 11
7. Anjurkan kepada klien untuk melakukan latihan napas dalam ini paling sedikit 5 pernafasan empat kali sehari.
8. Rapihan klien.

Tahap terminasi

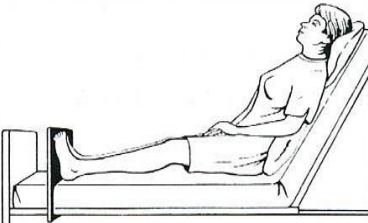
1. Evaluasi hasil / respon klien
2. Dokumentasikan hasilnya
3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
4. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat
5. Cuci tangan

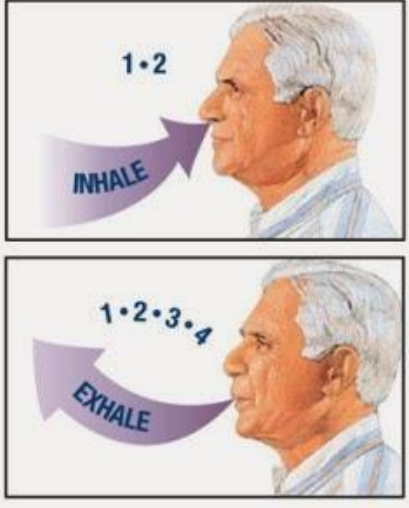
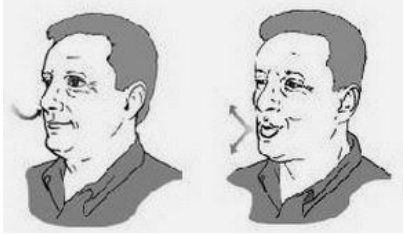
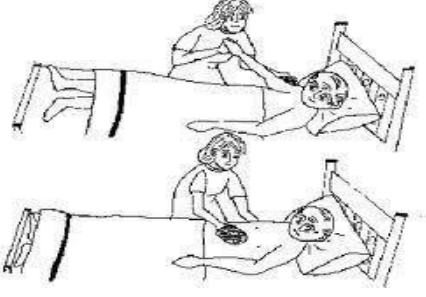
Indikasi

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

FORMAT PENILAIAN PRAKTIKUM LATIHAN NAPAS DALAM

Nama Mahasiswa :

Aspek yang dinilai	Ya	Tidak	Gambar ilustrasi
A. Tahap Pra Interaksi - Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien - Mencuci tangan - Menyiapkan alat			
B. Tahap Orientasi - Memberikan salam, panggil klien dengan namanya - Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan - Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya			
C. Tahap Kerja - 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. - Menganjurkan klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen. - Melatih pasien melakukan			

pernapasan perut (memerintahkan klien menarik napas dalam melalui hidung dengan mulut ditutup hingga 3 hitungan) 4. Mengajarkan klien tetap rileks, jangan melengkungkan punggung dan konsentrasi pada pengembangan abdomen sejauh yang dapat dilakukan. Meminta klien menahan napas hingga 3 hitungan. 5. Memerintahkan klien untuk mengerutkan bibir seperti sedang bersiul dan mengeluarkan udara dengan pelan dan tenang hingga 3 hitungan. 6. Mengajarkan klien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi otot. 7. Merapikan klien		 
D. Tahap Terminasi 1. Mengevaluasi hasil / respon klien 2. Mendokumentasikan hasilnya ≅v Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2 ≅v 13 3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan,		

membersihkan alat-alat			
5. Mencuci tangan			

1.3 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 selesai, 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 (Diusahakan 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 pemakaian 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, mintaklien 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.	

Contoh dokumentasi implementasi keperawatan

Nama : Ny. A(35 tahun)

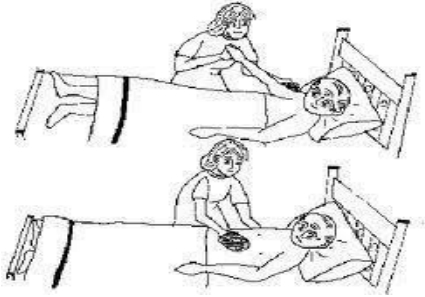
Ruang Anggrek RS UKI

			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 1. Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat			
B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Tanyakan apa yang dirasakan pasien 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan			
C. 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			  Sarung Tangan Steril 

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 selesa, alat dirapihkan		 
a. Tahap Terminasi 1. Evaluasi respon klien (Menanyakan kepada klien bagaimana pak/bu setelah dipasang alat Nebulizer apakah sesak berkurang) 2. Rencana tindak lanjut (Diusahakan bapak/ibu jangan banyak beraktivitas dulu ya, agar sesak nya bisa cepat sembuh atau tidak kambuh kembali) 3. Merapikan klien dan membiarkan klien beristirahat		

1.4 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 valve 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 kelubang 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

1.5 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 kedalam lubang hidung dan mengaitkannya di belakang telinga. Panjang selang yang dimasukkan 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. Humidifier 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 segabai 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 pengkajian, terapi yang diberikan, dan data yang relevan dalam dokumentasi keperawatan.



Gambar 4. Pasien Menggunakan Nasal Canula

Identifikasi hasil dan perencanaan

- Rentang frekuensi pernafasan dari 14-20x/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, pemberian oksigen merupakan wewenang perawat dan tidak memerlukan instruksi 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: • Tabung oksigen lengkap dengan manometer, dan sarung tabung oksigen • Flow meter (pengukur aliran) • Humidifier (yang sudah diisi dengan aquadest) • Selang oksigen • Nasal kanule • Tanda “dilarang merokok”							
Persiapan Lingkungan: 1. Jaga privasi klien.							
Persiapan Klien: 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							

Langkah – Langkah : 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) Masukan cabang kanule ke dalam lubang hidung klien $\pm 1-2$ 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 : 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							
---	--	--	--	--	--	--	--

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 :

1.6 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 instruksi 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 keamanan dipenuhi.

12. Dokumentasikan hasil pengkajian, terapi yang diberikan dan data yang relevan dalam dokumentasi 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 : • Tabung oksigen lengkap dengan manometer, dan sarung tabung oksigen • Flow meter (pengukur aliran) • Humidifier (yang sudah diisi dengan aquadest) • Selang oksigen • Face Mask • 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 humidifier 3. Tekan tombol flow meter sampai							

kecepatan yang diprogramkan dan mencoba aliran pada kulit muka melalui face mask 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. Rapikan alat dan pasien 10. Lepaskan sarung tangan 11. Menjelaskan kepada klien dan keluarga : 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							
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 :

1.7 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 venture

Persiapan Alat

1. Tabung oksigen dengan flowmeter
2. Humidifier menggunakan cairan steril, air distalasi, 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 instruksi 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	• Memberikan terapi oksigen dengan konsentrasi rendah • Memberikan terapi oksigen tanpa harus ada interupsi aktivitas lain, seperti makan dan minum
Face Mask	• Memberikan terapi oksigen dengan konsentrasi dan atau tingkat kelembapan yang lebih tinggi dari nasal kanul • Menyediakan terapi oksigen dengan tingkat kelembapan yang tinggi • Menyediakan oksigen pada klien yang tidak bisa toleransi terhadap face mask
Face Tent	• 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 PPON (penyakit paru obstruktif menahun) yang mulai bernapas spontan maka pemasangan masker partial repleating dan nion 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, posisikan 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 20×/menit, nadi 65×/menit.	
--	--	--	--	--

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 : • Tabung oksigen lengkap dengan manometer, dan sarung tabung oksigen • Flow meter (pengukur aliran) • Humidifier (yang sudah diisi dengan aquadest) • Selang oksigen • Face Mask • 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							

humidifier 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 : 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

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

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

1.8 Pemeriksaan Sputum

Pengertian

Sputum, dahak, atau riak adalah sekret yang dibatukkan dan berasal dari tenggorokan, hidung atau mulut. Perbedaan ini hendaknya dijelaskan kepada pasien yang dahaknya akan diperiksa.

Tujuan untuk mendapatkan specimen untuk analisis dengan resiko kontaminasi yang minimal

Indikasi

- Bronkitis
- Bronkopneumonia
- Pneumonia
- Bronkiektasis
- Abses paru
- Fibrosis kistik

Kontradiksi

- Anak dalam serangan asma akut
- Terdapat tanda distress nafas
- Terdapat wheezing
- Tanda vital abnormal
- Epistaxis
- Pneumotoraks
- Fraktur iga atau trauma toraks
- Baru menjalani prosedur dalam mata

Pengkajian

- Program dokter untuk permintaan uji dan metode yang diperlukan dalam pengambilan specimen
- Bunyi nafas yang mengidentifikasi kongesti dan kebutuhan untuk pengisapan
- Dokumentasi sebelumnya untuk menentukan apakah sekret kental atau apakah keteter pengisap (asotrakea atau nasofaring) sulit dimasukkan

Persiapan alat

- Kacamata pelindung
- Gown masker
- Alat pengambil spuam steril
- Alat penghisap sputum
- Kantung specimen dan label
- Sarung tangan steril dan nonsteril

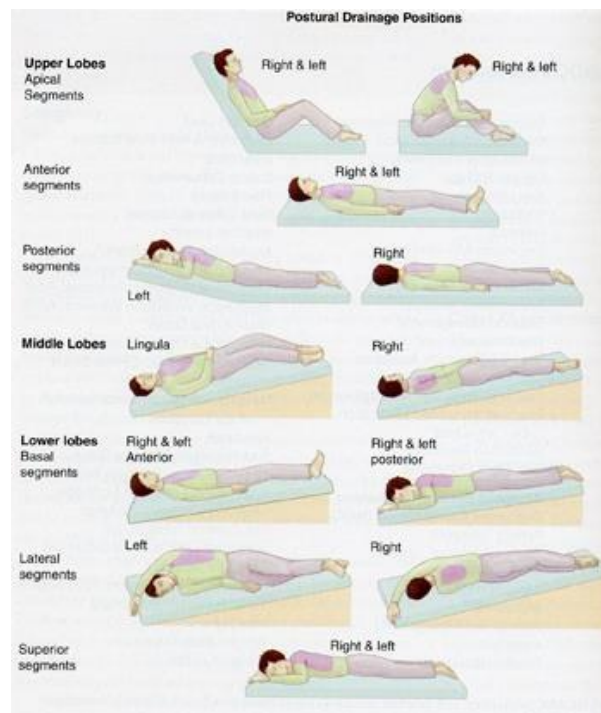
Langkah – langkah pemeriksaan sputum

1. Bantu klien mengambil posisi berdiri atau duduk (misalnya posisi Fowler-tinggi atau- semi atau pada tepi tempat tidur atau kursi). Posisi ini memungkinkan ventilasi dan ekspansi paru yang maksimum.
2. Minta klien untuk memegang bagian luar wadah sputum, atau, untuk klien yang tidak dapat melakukannya, pasang sarung tangan dan pegang bagian luar wadah tersebut untuk klien.
3. Minta klien untuk bernapas dalam dan kemudian membatukkan sekresi. Inhalasi yang dalam memberikan udara yang cukup untuk mendorong sekresi keluar dari jalan udara ke dalam faring.
4. Pegang wadah sputum sehingga klien dapat mengeluarkan sputum ke dalamnya, pastikan sputum tidak kontak dengan bagian luar wadah. Memasukkan sputum ke dalam wadah akan mencegah penyebaran mikroorganisme ke tempat lain.
5. Bantu klien untuk mengulang batuk sampai terkumpul jumlah sputum yang cukup.
6. Tutup wadah segera setelah sputum berada di dalam wadah. Menutup wadah akan mencegah penyebaran mikroorganisme secara tidak sengaja ke tempat lain.

7. Bila sputum mengenai bagian luar wadah, bersihkan bagian luar dengan disinfektan. Beberapa institusi menganjurkan untuk membersihkan seluruh bagian luar wadah dengan sabun cair dan air dan kemudian mengeringkannya dengan handuk kertas.
8. Lepas dan buang sraung tangan.

Hal yang perlu diperhatikan

- Pengambilan sputum dipagi hari, agar mendapatkan hasil sputum bagain dalam yang lebih besar
- Sebelum pengambilan sputum, pasien tidak boleh menyikat gigi agar sputum mudah dikeluarkan
- Agar sputum dapat mudah dikeluarkan, maka pasien dianjurkan meminum air putih dimalam hari sebelumnya.



Gambar 8. Posisi Postural Drainage

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :

MENGUKUR SPUTUM

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: 1. Kacamata pelindung 2. Gown masker 3. Alat pengambil spuun steril 4. Alat penghisap sputm 5. Kantung specimen dan label 6. Sarung tangan steri dan nonsteril							
Persiapan Lingkungan: 1. Penjelasan pada keluarga 2. Pasang skerem/ tabir 3. Pencahayaan yang baik							
Persiapan Klien: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.							

2. Beri klien posisi fowler atau duduk di kursi.							
Langkah-langkah: 1. Bantu klien mengambil posisi berdiri atau duduk (mis., posisi Fowler-tinggi atau-semi atau pada tepi tempat tidur atau kursi). Posisi ini memungkinkan ventilasi dan ekspansi paru yang maksimum. 2. Minta klien untuk memegang bagian luar wadah sputum, atau, untuk klien yang tidak dapat melakukannya, pasang sarung tangan dan pegang bagian luar wadah tersebut untuk klien. 3. Minta klien untuk bernapas dalam dan kemudian membatukan sekresi. Inhalasi yang dalam memberikan udara yang cukup untuk mendorong sekresi keluar dari jalan udara ke dalam faring.							

4. Pegang wadah sputum sehingga klien dapat mengeluarkan sputum ke dalamnya, pastikan sputum tidak kontak dengan bagian luar wadah. Memasukan sputum ke dalam wadah akan mencegah penyebaran mikroorganisme ke tempat lain. 5. Bantu klien untuk mengulang batuk sampai terkumpul jumlah sputum yang cukup. 6. Tutup wadah segera setelah sputum berada di dalam wadah. Menutup wadah akan mencegah penyebaran mikroorganisme secara tidak sengaja ke tempat lain. 7. Bila sputum mengenai bagian luar wadah, bersihkan bagian luar dengan disinfektan. Beberapa institusi menganjurkan untuk							
---	--	--	--	--	--	--	--

membersihkan seluruh bagian luar wadah dengan sabun cair dan air dan kemudian mengeringkannya dengan handuk kertas. 8. Lepas dan buang sraung tangan							
Sikap Teliti, sopan, dan sabar.							

Keterangan :

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

Kriteria Penilaian

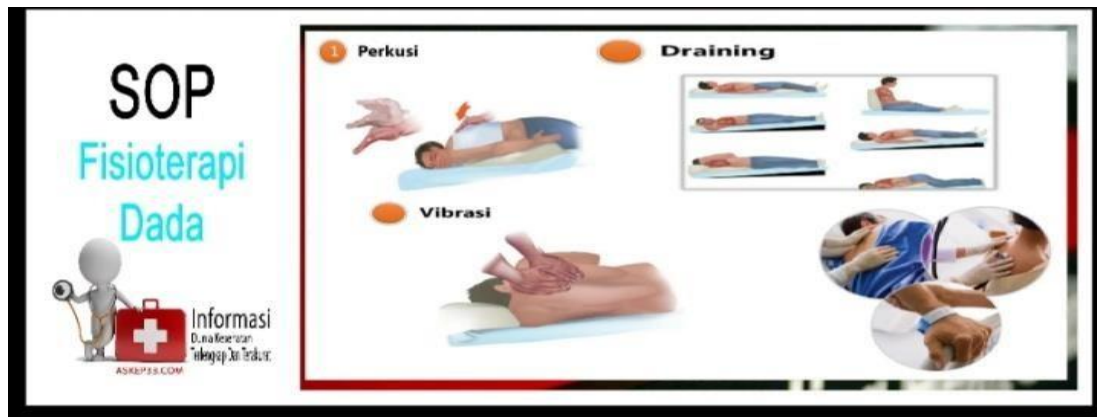
- Baik sekali: 100
- Baik : 81-99
- Kurang/TL: < 80

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

20

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

1.9 Fisioterapi Dada



Gambar 9. Fisioterapi Dada

Pengertian

Fisioterapi dada adalah suatu rangkaian tindakan keperawatan yang terdiri atas perkusi, vibrasi, dan drainase postural. Fisioterapi dada merupakan suatu rangkaian tindakan keperawatan yang terdiri atas perkusi, vibrasi, dan *postural drainage*. Tindakan ini dilakukan dengan tujuan meningkatkan efisiensi pola pernapasan dan membersihkan jalan napas.

Tujuan

1. Mengeluarkan sekresi di jalan napas
2. Mengalirkan dan mengeluarkan sekret yang berlebihan
3. Menurunkan akumulasi sekret pada klien yang tidak sadar atau lemah
4. Memperbaiki ventilasi
5. Meningkatkan efisiensi otot-otot pernapasan

Indikasi

1. Pasien toleran terhadap posisi *head down* untuk drainase
2. Malfungsi mekanisme pembersihan *bronchial* normal yang mengakibatkan retensi sputum, penyakit yang terindikasi meliputi : Sistik fibrosis, COPD, ateletaksis akut, abses paru, pneumonia, penyakit yang membutuhkan perawatan ventilasi

3. Pasien mampu memadukan perintah untuk batuk dan teknik vibrasi
4. Pasien dalam kondisi perdarahan, metastasis paru, empyema, merupakan kontraindikasi relative dilakukan vibrasi dan perkusi dada
5. Modifikasi tehnik pada beberapa pasien dan kondisi diperlukan untuk keamanan dan keefektifan terapi

Kontraindikasi

1. Perubahan posisi pada pasien kritis dapat menyebabkan stress kardiovaskuler
2. Posisi tredelenburg dapat meningkatkan TIK, tidak disarankan pada pasien bedah syaraf, penyakit intracranial, hipertensi
3. Pasien dalam kondisi perdarahan, metastasis paru, empyema, merupakan kontraindikasi relative dilakukan vibrasi dan perkusi dada
4. Pastikan pasien tidak makan setidaknya satu jam terakhir

Pengkajian

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

Masalah keperawatan yang terkait

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

Rencana tindakan keperawatan

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

Implementasi tindakan keperawatan

Tindakan keperawatan yang di berikan terdiri atas perkusi, vibrasi, dan *postural drainage*.

Evaluasi

1. Evaluasi kepatenan jalan nafas dan terlepasnya sekret dari dinding bronkus

Persiapan Alat

1. Bantal untuk mengatur posisi
2. Baju klien atau handuk kecil
3. Tempat sputum dan tisu

Persiapan lingkungan

1. Gunakan sketsel saat melakukan prosedur, jaga privasi pasien.
2. Ciptakan lingkungan yang tenang.

Persiapan klien

1. Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan
2. Menyiapkan posisi pasien dalam keadaan duduk tegak

Langkah-langkah

1. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien
2. Bantu klien mengatur posisi yang nyaman atau sesuai
3. Tutupi atau lapisi tubuh klien dengan baju atau handuk
4. Anjurkan klien untuk bernapas dalam dan lambat
5. Kuncupkan kedua tangan hingga membentuk mangkuk, rapatkan jari-jari, dan lemaskan pergelangan tangan
6. Tepuk-tepuk punggung klien mulai dari punggung ke arah bahu. Jika dilakukan dengan benar, tepukan itu akan berbunyi seperti letupan
7. Lakukan selama 3-5 menit; masing-masing segmen paru diperkusi selama 1-2 menit
8. Anjurkan klien untuk menarik napas dalam dan mengembuskannya melalui mulut (bentuk bibir mecucu atau seperti bersiul) secara perlahan

9. Letakkan tangan bersilangan atau bersisian pada lokasi paru yang dikehendaki
10. Getarkan bagian tersebut dengan kekuatan dari bahu; lakukan dengan mengerutkan dan melemaskan tangan secara bergantian saat klien ekshalasi
11. Lakukan berturut-turut selama lima kali ekshalasi
12. Anjurkan klien untuk batuk dan membuang sputum ke tempat yang telah disediakan
13. Jadwalkan tindakan perkusi dan vibrasi secara teratur dalam sehari

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :
FISIOTERAPI DADA**

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 : • Celemek/perlak • Bengkok • Lysol • Masker • Handscoen • handuk/tissue • Sarung tangan							
Persiapan lingkungan : • Gunakan sketsel saat melakukan prosedur, jaga privasi pasien • Ciptakan lingkungan yang tenang							
Persiapan perawat dan klien: • Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan • Menyiapkan posisi pasien dalam keadaan duduk tegak							

Langkah-langkah: • Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien • Bantu klien mengatur posisi yang nyaman atau sesuai • Tutupi atau lapiasi tubuh klien denganbaju atau handuk • Anjurkan klien untuk bernapas dalam dan lambat • Kuncupkan kedua tangan hingga membentuk mangkuk, rapatkan jari-jari, dan lemaskan pergelangan tangan							
• Tepuk-tepuk punggung klien mulai dari punggung ke arah bahu. Jika dilakukan dengan benar, tepukan itu akan berbunyi seperti letupan • Lakukan selama 3-5 menit; masing-masing segmen paru diperkusi selama 1-2 menit							

• Anjurkan klien untuk menarik napas dalam dan mengembuskannya melalui mulut (bentuk bibir mecucu atau seperti bersiul) secara perlahan • Letakkan tangan bersilangan atau bersisian pada lokasi paru yang dikehendaki							
• Getarkan bagian tersebut dengan kekuatan dari bahu; lakukan dengan mengerutkan dan melemaskan tangan secara bergantian saat klien ekshalasi • Lakukan berturut-turut selama lima kali ekshalasi • Anjurkan klien untuk batuk dan membuang sputum ke tempat yang telah disediakan • Jadwalkan tindakan perkusi dan vibrasi secara teratur							

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)

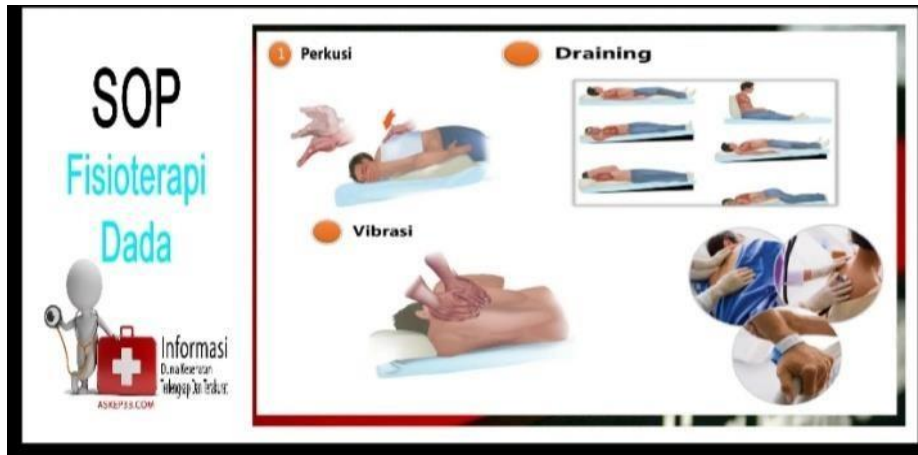
Kriteria penilaian :

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

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

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

1.10 Perkusi (Clapping)



Gambar 10. Tindakan Perkusi

Pengertian

Perkusi atau terkadang disebut *clapping*, adalah pukulan kuat pada kulit dengan tangan dibentuk seperti mangkuk.

Tujuan : Secara mekanik dapat melepaskan sekret yang melekat pada dinding bronkus.

Indikasi : Bronkiektasis, Empiema, Fibrosis, Bronchitis kronik

Kontraindikasi : Abses paru-paru, Tumor paru-paru, Pneumotoraks, Penyakit dinding paru-paru.

Pengkajian

1. Observasi tanda dan gejala yang berhubungan dengan Bronkiektasis, Empiema, Fibrosis, Bronchitis kronik, penurunan kesadaran, adanya kelemahan, frekuensi nafas, adanya penggunaan otot bantu nafas.

Masalah keperawatan yang terkait

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

Persiapan alat

1. Handuk jika perlu
2. Peniti jika perlu

Persiapan lingkungan

- Periksa memposisikan pasien sesuai dengan kebutuhan teknik fisioterapi dada dan kondisi actual pasien.
- Gunakan sketsel saat melakukan prosedur, jaga privasi pasien
- Ciptakan lingkungan yang tenang

Persiapan klien

- Jika tidak ada kontraindikasi berikan posisi tredelenburg (*head down*) dan atur agar pasien merasa nyaman.
- Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan
- Menyiapkan posisi pasien dalam keadaan duduk tegak

Pelaksanaan atau langkah-langkah

1. Tutupi area yang akan dilakukan perkusi dengan handuk atau pakaian klien untuk mengurangi ketidaknyamanan.
2. Anjurkan klien untuk menarik napas dalam dan lambat untuk mendorong relaksasi.
3. Rapat dan tekuk jari Anda hingga membentuk mangkuk.
4. Secara bergantian, lakukan fleksi dan ekstensi pergelangan tangan dengan cepat untuk menepuk dada.
5. Perkusi setiap segmen paru selama 1-2 menit.
6. Hindari melakukan perkusi pada area yang memiliki struktur yang mudah cedera, seperti payudara, sternum, kolumna spinalis, dan ginjal.

Sikap

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

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN: PERKUSI
(CLAPPING)**

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: • Handuk jika perlu • Peniti jika perlu							
Persiapan lingkungan : • Gunakan sketsel saat melakukan prosedur, jaga privasi pasien • Ciptakan lingkungan yang tenang • Pemeriksa memposisikan pasien sesuai dengan kebutuhan teknik fisioterapi dada dan kondisi actual pasien.							
Persiapaan perawat dan klien: • Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan • Menyiapkan posisi pasien dalam keadaan duduk tegak							

• Jika tidak ada kontraindikasi berikan posisi tredelenburg (<i>head down</i>) dan atur agar pasien merasa nyaman.							
Langkah-langkah : • Tutupi area yang akan dilakukan perkusi dengan handuk atau pakaian klien untuk mengurangi ketidaknyamanan. • Anjurkan klien untuk menarik napas dalam dan lambat untuk mendorong relaksasi. • Rapat dan tekuk jari Anda hingga membentuk mangkuk.							
• Secara bergantian, lakukan fleksi dan ekstensi pergelangan tangan dengan cepat untuk menepuk dada.							
• Perkusi setiap segmen paru selama 1-2menit. • Hindari melakukan perkusi pada area							

yang memiliki struktur yang mudah cedera, seperti payudara, sternum, kolumna spinalis, dan ginjal.							
Sikap : • Melakukan tindakan dengan sistematis • Komunikatif dengan klien • Percaya diri							

Keterangan :

- Ya = 1 (dilakukandengan benar)
- Tdk = 0 (tidakdilakukan / dilakukandenganbaik / kurangbenar)

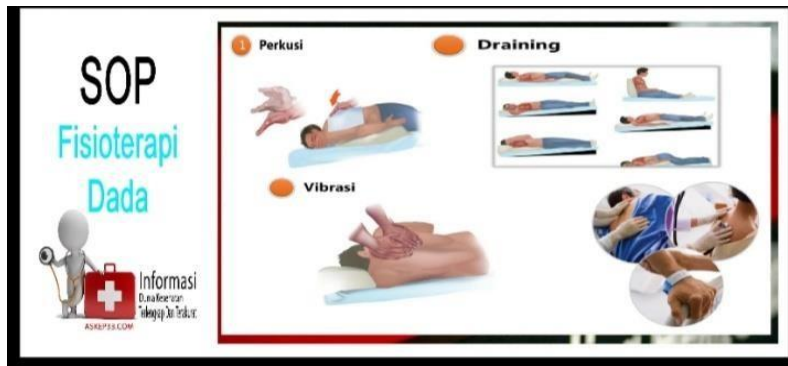
Kriteria penilaian :

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

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

Tanggal :	Tanggal :	Tanggal :
Nilai :	Nilai :	Nilai :
Pembimbing :	Pembimbing :	Pembimbing :
Mahasiswa :	Mahasiswa :	Mahasiswa : 59

1.11 Vibrasi



Gambar 11. Tindakan Vibrasi

Pengertian

Vibrasi merupakan serangkaian getaran kuat yang dihasilkan oleh tangan yang diletakkan mendatar pada dinding dada klien. Vibrasi sering dilakukan secara bergantian dengan perkusi.

Tujuan : Untuk meningkatkan turbulensi udara ekspirasi dan meluruhkan mukus kental.

Indikasi : Bronkiektasis, Empiema, Fibrosis, Bronchitis kronik

Kontraindikasi : Patah tulang dan hemoptisis

Pengkajian

1. Observasi tanda dan gejala yang berhubungan dengan Bronkiektasis, Empiema, Fibrosis, Bronchitis kronik, penurunan kesadaran, adanya kelemahan, frekuensi nafas, adanya penggunaan otot bantu nafas.

Masalah keperawatan yang terkait

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

Pelaksanaan atau langkah-langkah

1. Letakkan telapak tangan Anda menghadap ke bawah di area dada yang akan dilakukan vibrasi, satu tangan di atas tangan yang lain dengan jari rapat dan ekstensi. Cara lainnya, tangan diletakkan berdampingan.

2. Anjurkan klien untuk menarik napas dalam dan mengembuskannya dengan lambat melalui hidung atau *pursed lip breathing*.
3. Selama ekspirasi, tegangkan seluruh otot tangan dan lengan Anda, kemudian dengan menggunakan hampir seluruh tumit tangan, getarkan tangan, gerakkan ke arah bawah. Hentikan getaran ketika klien inspirasi
4. Lakukan vibrasi selama lima kali ekspirasi pada segmen paru yang mengalami penyumbatan
5. Setelah setiap kali vibrasi, anjurkan klien untuk batuk dan mengeluarkan sekret ke dalam wadah sputum

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN : VIBRASI

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 : -							
Persiapan lingkungan : - Gunakan sketsel saat melakukan prosedur, jaga privasi pasien - Ciptakan lingkungan yang tenang - Pemeriksa memposisikan pasien sesuai dengan kebutuhan teknik fisioterapi dada dan kondisi actual pasien							
Persiapan perawat dan klien : - Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan - Menyiapkan posisi pasien dalam keadaan duduk tegak - Jika tidak ada kontraindikasi berikan posisi tredelenburg							

(<i>head down</i>) dan atur agar pasien merasa nyaman.							
Langkah-langkah : • Letakkan telapak tangan Anda menghadap ke bawah di area dada yang akan dilakukan vibrasi, satu tangan di atas tangan yang lain dengan jari rapat dan ekstensi. Cara lainnya, tangan diletakkan berdampingan. • Anjurkan klien untuk menarik napas dalam dan mengembuskannya dengan lambat melalui hidung atau <i>pursed lip breathing</i>.							
• Selama ekspirasi, tegangkan seluruh otot tangan dan lengan Anda, kemudian dengan menggunakan hampir seluruh tumit tangan, getarkan tangan, gerakkan ke arah bawah. Hentikan							

getaran ketika klien inspirasi							
- Lakukan vibrasi selama lima kali ekspirasi pada segmen paru yang mengalami penyumbatan - Setelah setiap kali vibrasi, anjurkan klien untuk batuk dan mengeluarkan sekret ke dalam wadah sputum							
Sikap : - Melakukan tindakan dengan sistematis - Komunikatif dengan klien - Percaya diri							

Keterangan :

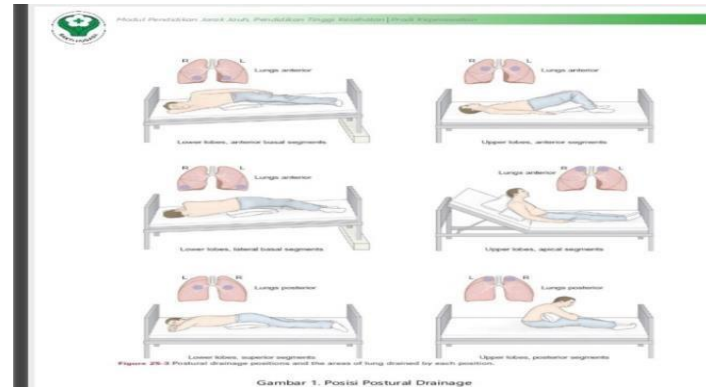
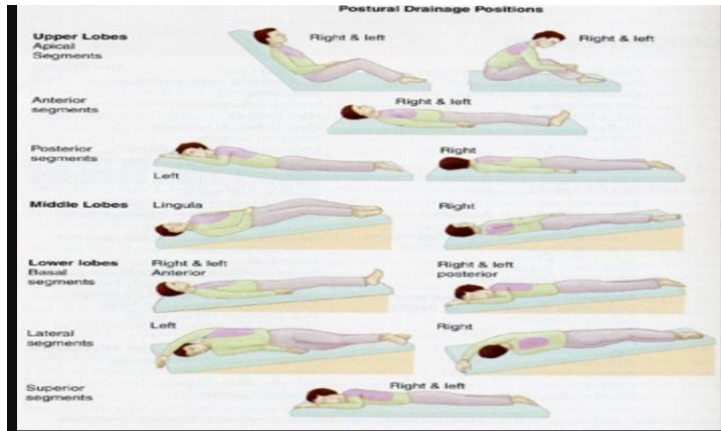
- Ya = 1 (dilakukan dengan benar)
- Tdk = 0 (tidak dilakukan / dilakukan dengan baik / kurang benar)

Kriteria penilaian :

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

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

1. 12 Drainase Postural



Gambar 12. Tindakan Drainase Postural

Pengertian

Drainase postural adalah drainase sekresi dari berbagai segmen paru dengan memanfaatkan gravitasi. Drainase postural juga merupakan pengaliran sekresi dari berbagai segmen paru dengan memanfaatkan gaya gravitasi. Untuk mengeluarkan sekret dari segmen paru yang berbeda dibutuhkan posisi yang berbeda pula. Posisi yang paling sering digunakan pada prosedur ini adalah posisi untuk mengeluarkan sekret dari segmen bawah paru. Ini karena segmen atas paru dapat mengalirkan sekretnya dengan memanfaatkan gaya gravitasi.

Tujuan

1. Untuk mengeluarkan sekret yang tertampung
2. Untuk mencegah akumulasi sekret agar tidak terjadi atelektasis
3. Mencegah dan mengeluarkan sekret

Indikasi

- Pasien yang memakai ventilasi, pasien yang melakukan tirah baring yang lama, pasien yang produksi sputum meningkat seperti pada fibrosis kistik, bronkiektasis.
- Pasien dengan atelektasis yang disebabkan oleh sekret, pasien dengan abses paru, dan pasien dengan pneumonia.
- Ketidakmampuan pasien untuk berganti posisi

- Produksi sputum lebih dari 25-30 ml/hari
- Sistik fibrosis
- Potensial atau Aktual Atelekaksis
- Adanya *plug* pada mukosa

Kontraindikasi

- Tension pneumotoraks, hemoptisis, gangguan sistem kardiovaskuler seperti hipotensi, hipertensi, infark miokard, akutrd infark dan aritmia.
- Peningkatan TIK
- Ketidakstabilan hemodinamik
- Empysema
- Cedera tulang belakang/leher
- Fraktur costase
- Efusi pleura

Pengkajian

- Mengkaji mengenai pola nafas dan kualitas dan sekresi klien
- Mengkaji riwayat dan keadaan fisik klien : hipertensi, gagal jantung, kongestif, edema pulmonal, peningkatan TIK.

Masalah keperawatan yang terkait

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

Persiapan alat

1. Bantal 2 atau 3 buah
2. Papan pengatur posisi
3. Kertas tisu
4. Segelas air minum
5. Wadah sputum

Pelaksanaan atau langkah-langkah

1. Cuci tangan. *Mencegah transmisi mikroorganisme*
2. Pilih area yang akan dilakukan drainase berdasarkan pengkajian seluruh bidang paru, data klinis, dan hasil rontgen dada. *Agar efektif, tindakan harus dilakukan secara individu untuk mengatasi area tertentu pada paru yang mengalami penumpukan sekresi*
3. Bantu klien memperoleh posisi yang tepat untuk drainase area yang mengalami penumpukan sekresi. Area pertama yang dipilih dapat bervariasi dari satu klien ke klien lain. Bantu klien memilih posisi sesuai kebutuhan dan ajarkan klien cara memosisikan tubuh, lengan, dan kaki secara tepat. Letakkan bantal untuk menyangga dan memberi kenyamanan. *Posisi khusus dipilih untuk drainase area yang mengalami penyumbatan*
4. Minta klien mempertahankan posisi tersebut selama 10-45 menit. *Pada klien dewasa, drainase setiap memerlukan waktu lebih lama. Pada anak-anak, prosedur ini membutuhkan waktu sekitar 3-5 menit*
5. Selama klien berada dalam posisi drainase postural, lakukan perkusi dan vibrasi dada di atas area yang mengalami penumpukan sekresi. *Memberi dorongan mekanik yang bertujuan memobilisasi sekresi pada jalan napas*
6. Setelah drainase pada posisi pertama selesai dilakukan, minta klien untuk duduk dan batuk. Tampung sekresi yang dikeluarkan dalam wadah sputum. Jika klien tidak dapat batuk, lakukan pengisapan. *Setiap sekresi yang dimobilisasi ke jalan napas harus dikeluarkan melalui batuk atau pengisapan sebelum klien dibaringkan untuk prosedur drainase postural selanjutnya. Batuk akan sangat efektif jika klien duduk dan bersandar ke depan*
7. Minta klien untuk istirahat sebentar jika perlu. *Periode istirahat di antara drainase postural dapat mencegah kelelahan dan membantu klien menoleransi terapi dengan baik.*
8. Minta klien untuk minum. *Menjaga mulut tetap basah sehingga memudahkan pengenceran sekresi.*
9. Ulangi langkah 3-8 hingga semua area yang mengalami penumpukan sekresi telah dilakukan drainase. Setiap prosedur drainase postural tidak boleh dilakukan lebih dari 30-60 menit. *Drainase postural dilakukan hanya untuk drainase area yang mengalami penumpukan sekresi berdasarkan pengkajian individual*

10. Ulangi pengkajian dada di seluruh bidang paru. *Memungkinkan Anda mengkaji kebutuhan drainase postural selanjutnya atau mengganti program drainase postural*
11. Cuci tangan. *Mencegah transmisi mikroorganisme*
12. Dokumentasikan tindakan pada catatan perawatan

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN:
DRAINASE POSTURAL**

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 1. Bantal 2 atau 3 buah 2. Papan pengatur posisi 3. Kertas tisu 4. Segelas air minum 5. Wadah sputum							
Persiapan lingkungan • Gunakan sketsel saat melakukan prosedur, jaga privasi pasien • Ciptakan lingkungan yang tenang • Pemeriksa memposisikan pasien sesuai dengan kebutuhan teknik fisioterapi dada dan kondisi actual pasien.							
Persiapan perawat dan klien • Memberitahu dan menjelaskan tujuan tindakan							

• Menyiapkan posisi pasien dalam keadaan duduk tegak • Jika tidak ada kontraindikasi berikan posisi tredelenburg (<i>head down</i>) dan atur agar pasien merasa nyaman.							
Langkah-langkah • Cuci tangan. <i>Mencegah transmisi mikroorganisme</i> • Pilih area yang akan dilakukan drainase berdasarkan pengkajian seluruh bidang paru, data klinis, dan hasil rontgen dada. <i>Agar efektif, tindakan harus dilakukan secara individu untuk mengatasi area tertentu pada paru yang mengalami penumpukan sekresi</i> • Bantu klien memperoleh posisi yang tepat untuk drainase area yang							

mengalami penumpukan sekresi. Area pertama yang dipilih dapat bervariasi dari satu klien ke klien lain. Bantu klien memilih posisi sesuai kebutuhan dan ajarkan klien cara memosisikan tubuh, lengan, dan kaki secara tepat. Letakkan bantal untuk menyangga dan memberi kenyamanan. <i>Posisi khusus dipilih untuk drainase area yang mengalami penyumbatan</i> • Minta klien mempertahankan posisi tersebut selama 10-45 menit. <i>Pada klien dewasa, drainase setiap memerlukan waktu lebih lama. Pada anak-anak, prosedur ini membutuhkan waktu sekitar 3-5 menit</i>							
• Selama klien berada							

dalam posisi drainase postural, lakukan perkusi dan vibrasi dada di atas area yang mengalami penumpukan sekresi. <i>Memberi dorongan mekanik yang bertujuan memobilisasi sekresi pada jalan napas</i> • Setelah drainase pada posisi pertama selesai dilakukan, minta klien untuk duduk dan batuk. Tampung sekresi yang dikeluarkan dalam wadah sputum. Jika klien tidak dapat batuk, lakukan pengisapan. <i>Setiap sekresi yang dimobilisasi ke jalan napas harus dikeluarkan melalui batuk atau pengisapan sebelum klien dibaringkan untuk prosedur drainase postural selanjutnya.</i>							
---	--	--	--	--	--	--	--

<i>Batuk akan sangat efektif jika klien duduk dan bersandar ke depan</i> • Minta klien untuk istirahat sebentar jika perlu. <i>Periode istirahat di antara drainase postural dapat mencegah kelelahan dan membantu klien menoleransi terapi dengan baik.</i> • Minta klien untuk minum. <i>Menjaga mulut tetap basah sehingga memudahkan pengenceran sekresi.</i>							
• Ulangi langkah 3-8 hingga semua area yang mengalami penumpukan sekresi telah dilakukan drainase. Setiap prosedur drainase postural tidak boleh dilakukan lebih dari 30-60 menit. <i>Drainase postural dilakukan</i>							

<i>hanya untuk drainase area yang mengalami penumpukan sekresi berdasarkan pengkajian individual</i> • Ulangi pengkajian dada di seluruh bidang paru. <i>Memungkinkan Anda mengkaji kebutuhan drainase postural selanjutnya atau mengganti program drainase postural</i> • Cuci tangan. <i>Mencegah transmisi mikroorganisme</i> • Dokumentasikan tindakan pada catatan perawatan							
Sikap • Melakukan tindakan dengan sistematis • Komunikatif dengan klien • 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

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

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

BAB II

KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT

2.1 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.

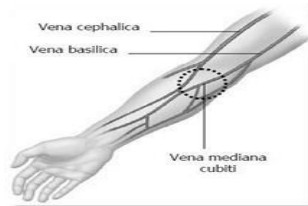
Kontraindikasi

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 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 osmolaritas $> 500 \text{ mOsm/L}$. 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. Hematoma, yakni darah mengumpul dalam jaringan tubuh akibat pecahnya pembuluh darah arteri vena, atau kapiler, terjadi akibat penekanan yang kurang tepat saat memasukkan 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, seperti yang di sebutkan di bawah ini:

Tabel Jenis Cairan Infus

Jenis	Deskripsi
Cairan hipotonik	Osmolaritasnya lebih rendah di bandingkan serum (konsentrasi ion Na ⁺ lebih rendah dibandingkan serum), sehingga larut dalam serum, dan menurunkan osmolaritas serum. Mekanisme 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 dehidrasi, 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 isotonic, 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, makasifatnya 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: • Sarung tangan bersih. • Kapas alcohol. • Tourniquet. • Pengalas. • Kassa steril. • Plester. • Abocath. • Infus set. • Betadin. • Botol infus(kolf). • 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							

botol cairan infus tanpa harus menyentuh area steril.							
8. Isi ruang udara dengan cara memijit ruang udara sehingga terisi 1/ 3 sampai ½ bagian.							
9. Buka roller klem dan alirkan cairan infus sampai keluar dari ujung selang ke bengkok.							
10. Periksa adanya udara di sepanjang selang.							
11. Pasang kembali roller klem dalam kondisi“off“.							
12. Tutup ujung selang dengan penutupnya atau dengan menggunakan jarum + penutup spuit lalu taruh di bak spuit.							
13. Pasang pengalas.							

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

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

23. Lepaskan tourniquet							
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.							
25. Fiksasi bagian badan kateter abocath dengan plester hipoalergik seperti posisi pita menyilang.							
26. Tambahkan fiksasi di atas badan kateter abocath.							
27. Berikan desinfektan di area penusukan.							
28. Pasang kassa steril di area penusukan. Dapat juga memakai “trasparan dressing “.							
29. Fiksasi kembali							

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

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

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

2.2 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 2009	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 :

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 • Sarung tangan bersih • Bengkok • Gunting • Kapas alcohol • Kantong sampah medis							
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. Pasang sarung tangan bersih 3. 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 danklien 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

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

2.3 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 meminimalisir 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, pertimbangan 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, kebersihan, kelembaban.
3. Kaji adanya keluhan nyeri di daerah penusukan, rasa terbakar.
4. Kaji adanya alergi plester atau desifektan.

5. Kaji kepatenan infuse dan jumlah tetesan infus.

Masalah keperawatan yang terkait

Risiko infus

Rencana tindakan

Untuk mengatasi masala keperawatan tersebut, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah melakukan perawatan infus.

Implementasi tindakan keperawatan

Melakukan perawatan infus.

Evaluasi formatif

1. Evaluasi fungsi dan kepatenan infus.
2. Evaluasi suhu klien karena peningkatan suhu mengindikasikan adanya kontaminasi bakteri di lokasi penusukan.
- 3.

Contoh dokumentasi implementasi keperawatan

Nama: Ny. A (35 tahun)

Ruang Anggrek RS Peduli Sesama

Tanggal	Jam	Implementasi keperawatan dan respon	Paraf & nama
16 April 2009	12.00	Melakukan perawatan infus di lengan kiri klien. Respon: Klien merasa lebih nyaman setelah dilakukan tindakan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan infiltrasi, balutan posisi paten, tetesan infus lancer 20 tetes/menit	Raka

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: • Kassa steril berukuran 2×2 cm atau 4×4 cm. • Transparant dressing. • Cairan desinfektan. • Kapas alkohol. • Plester. • Sarung tangan bersih. • Label kecil untuk penanggalan.							
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 semifowler dengan tangan							

diluruskan.							
Langkah-langkah: 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.							
5. Bersihkann dengan cairan desifektan area penusukan dengan gerakan sirkular dari arah dalam kea rah luar.							
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

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

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

2.4 MENGANTICAIRAN 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.

5. Perhatikan pencatatan intake dan output jangan sampai terjadi dehidrasi ataupun overload / kelebihan cairan. Salah satu yang dapat dijadikan 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

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

Masalah keperawatan yang terkait

1. Kekurangan volume cairan dan elektrolit: kurang dari kebutuhan.
2. Resiko infeksi.
- 3.

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.

Contoh dokumentasi implementasi keperawatan

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :

MENGANTI 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: • Cairan infus yang di pesankan dokter • 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.							

3. Buka segel cairan infus atau tutup botol cairan infus. 4. Klem aliran infus agar tidak mengalir. 5. Cabut ujung selang infus dari cairan infus yang lama. 6. Dengan gerakan yang cepat sambungkan ujung selang infus dengan cairan infus yang baru tanpa menyentuh area steril. 7. Gantungkan kembali cairan infus di tempat gantungan / standar infus (posisi harus lebih tinggi dari badan klien). 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							
--	--	--	--	--	--	--	--

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. 9. Yakinkan ruangan udara terisi $\frac{1}{3}$ sd $\frac{1}{2}$ 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. 10. Atur tetesan infuse. 11. Rapihkan alat. 12. Cuci tangan.							
13. 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

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

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

2.5 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;
- Kembungkan /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 brachialis 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 meletakan diafragma dari stetoskop di atas arteri brakhialis;
- Kembungkan/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 $2,5 \times 2,5$ 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 tamping 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

- 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
- berdasarkan kebutuhan kalori = 100 – 150 cc/100 Kal
- berdasarkan berat badan

Rumus umum:

- 100 ml/kg = 10 kg pertama
- 50 ml/kg = 10 kg kedua
- 20 ml/kg = berat > 20 kg

Cara menghitung tetesan infus:

- Dewasa : (makro dengan 20 tetes/ml)

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

Atau

$$\text{Tetesan/menit} = \frac{\text{kebutuhan cairan} \times \text{faktor tetesan}}{\text{lama infus (jam)} \times 60 \text{ menit}}$$

- Pada anak:

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

9. 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)

10. 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

11. 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 memasukkan 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

12. 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.

BAB III

KEBUTUHAN NUTRISI

3.1 Menimbang Berat Badan

Persiapan Alat

1. Timbangan
2. Kertas dan alat tulis.

Tujuan

1. Mengkaji berat badan pasien dan perkembangannya
2. Membantu menentukan program pengobatan (dosis)
3. Membantu status nutrisi pasien
4. Menentukan status cairan pasien

Indikasi

1. Pada pasien baru.
2. Pada pasien khusus DM.
3. Pada pasien jantung.
4. Pada pasien ginjal.
5. Pada ibu hamil.
6. Pada bayi dan anak.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Jika timbangan menggunakan roda maka kunciilah timbangan sebelum pasien naik ke timbangan.

2. Jika timbangan menggunakan display digital pastikan tandanya di nol.

Persiapan

Jelaskan pada pasien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan.

Cara Kerja

1. Atur timbangan sehingga jarum menunjukan ke angka nol dan seimbang.
2. Minta pasien berdiri di atas timbangan tanpa sepatu/sandal, sebaiknya pakaian tidak terlalu tebal.
3. Baca berat badan pasien dan catat hasilnya.
4. Bereskan alat dan cuci tangan.

Sikap

Teliti, sopan, dan sabar.

Menghitung Berat Badan

Berat Badan Normal

Berat badan normal = Tinggi badan – 100

Berat Badan Ideal (BBI)

1. Bayi (3-12 bulan)

$$\text{BBI} = \frac{\text{usia (dalam bulan)} + 9}{2}$$

2. Anak-anak (1-6 tahun)

$$\text{BBI} = (\text{usia [dalam tahun]} \times 2) + 8$$

3. Anak usia sekolah (6-12 tahun)

$$\text{BBI} = \frac{(\text{usia [dalam tahun]} \times 7) - 5}{2}$$

4. Remaja dan dewasa

$$\text{BBI} = (\text{tinggi badan} - 100) - (10\% \times [\text{tinggi badan} - 100])$$

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :
MENIMBANG BERAT BADAN**

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: • Timbangan • Kertas dan alat tulis.							
Persiapan Lingkungan: 1. 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. Atur timbangan sehingga jarum menunjukan ke angka nol dan seimbang.							

2. Minta pasien berdiri di atas timbangan tanpa sepatu/sandal, sebaiknya pakaian tidak terlalu tebal. 3. Baca berat badan pasien dan catat hasilnya. 4. Bereskan alat dan cuci tangan.							
Sikap Teliti, sopan, dan sabar.							

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 = $\frac{\text{Jumlah tindakan yang dilakukan (Ya)}}{10} \times 100 =$

10

3.2 Pengukuran Lingkar Lengan

Persiapan Alat

1. Pita LILA sepanjang 33 cm dengan ketelitian 0.3 cm atau meteran kain.

Indikasi

1. Untuk bayi dan anak-anak.
2. Untuk ibu hamil.

Prosedur

1. Beritahu ibu dan anak tentang tujuan pengukuran LLA.
2. Tentukan posisi pangkal bahu.
3. Tentukan posisi ujung siku dengan cara siku dilipat dengan telapak tangan ke arah perut.
4. Tentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan menggunakan pita LILA atau meteran dan beri tanda dengan pulpen/spidol (sebelumnya dengan sopan minta izin kepada responden). Bila menggunakan pita LILA perhatikan titik nolnya.
5. Lingkarkan pita LILA sesuai tanda pulpen di sekeliling lengan responden sesuai tanda (di pertengahan antara pangkal bahu dan siku).
6. Masukkan ujung pita di lubang yang ada pada pita LILA.
7. Pita ditarik dengan perlahan, jangan terlalu ketat atau longgar.
8. Baca angka yang ditunjukkan oleh tanda panah pada pita LILA (kearah angka yang lebih besar).

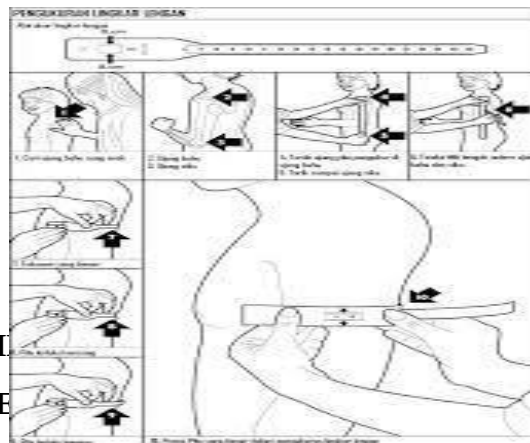
Keterangan

Jika lengan kiri lumpuh, yang diukur adalah lengan kanan (beri keterangan pada kolom catatan pengumpul data).

Sikap

Teliti, sopan, dan sabar.

Gambar 14. Pengukuran Lingkar Lengan



FORMAT PENILAIAN

MEASUREMENT

TRAMPILAN :

S

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: Pita LILA sepanjang 33 cm dengan ketelitian 0.3 cm atau meteran kain.							
Persiapan Lingkungan: 1. 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. Beritahu ibu dan							

anak tentang tujuan pengukuran LLA. 2. Tentukan posisi pangkal bahu. 3. Tentukan posisi ujung siku dengan cara siku dilipat dengan telapak tangan ke arah perut. 4. Tentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan menggunakan pita LILA atau meteran dan beri tanda dengan pulpen/spidol (sebelumnya dengan sopan minta izin kepada responden). Bila menggunakan pita LILA perhatikan titik nolnya. 5. Lingkarkan pita LILA sesuai tanda pulpen di sekeliling lengan responden sesuai tanda (di pertengahan antara pangkal bahu dan siku). 6. Masukkan ujung pita di lubang yang ada pada pita LILA. 7. Pita ditarik dengan perlahan, jangan terlalu ketat atau							
--	--	--	--	--	--	--	--

longgar. 8. Baca angka yang ditunjukkan oleh tanda panah pada pita LILA (kearah angka yang lebih besar).							
Sikap Teliti, sopan, dan sabar.							

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 = $\frac{\text{Jumlah tindakan yang dilakukan (Ya)} \times 100}{13} =$

13

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

3.3 Mengukur Tinggi Badan

Persiapan Alat

1. Alat pengukur tinggi badan dan penggaris segitiga siku-siku.
2. Kertas serta alat tulis.

Tujuan

1. Mengkaji tinggi badan dan perkembangan pasien.
2. Menentukan status nutrisi pasien.

Indikasi

1. Keadaan patologis/patofisiologis.
2. Impermen
3. Keterbatasan gerak
4. Keterbatasan fungsi.
5. Keterbatasan partisipasi.
6. Faktor resiko impermen.
7. Kebutuhan peningkatan kesehatan, kebugaran dan wellness.

Kontraindikasi

Tidak ada.

Persiapan Pasien

Jelaskan pada pasien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan.

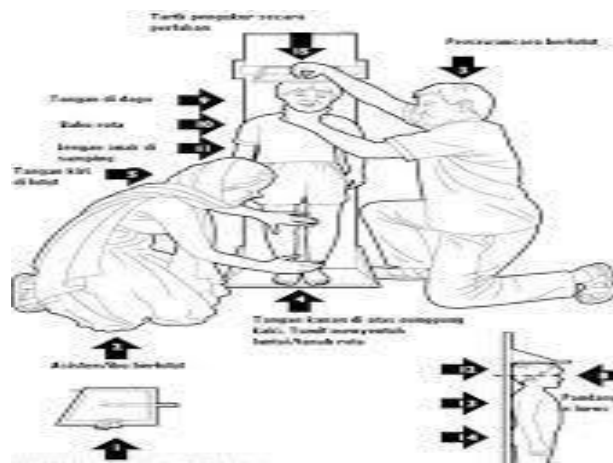
Cara Kerja

1. Cuci tangan.
2. *Pada pasien yang dapat berdiri.*
 - a. Atur letak alat pengukur tinggi badan.
 - b. Cek alat ukur dengan benar agar hasil pengukuran valid.
 - c. Minta pasien berdiri tegak, menghadap ke depan, posisi kepala lurus. Lepas sepatu atau sandal. Bagi wanita yang mengenakan jilbab, pastikan itu tidak mempengaruhi hasil pengukuran. Jika perlu, minta pasien untuk melepasnya sementara.
 - d. Pastikan posisi tubuh sudah tepat, kaki tidak jinjit, kepala tegak, dan pandangan lurus ke depan.
 - e. Tarik alat sampai batas kepala pasien.
 - f. Baca hasil pengukuran dan catat.
 - g. Bereskan alat dan cuci tangan.
3. *Pada pasien yang tidak dapat berdiri*
 - a. Pengukuran dapat dilakukan di tempat tidur pasien.
 - b. Atur posisi pasien senyaman mungkin. Pastikan tidak ada benda-benda yang dapat menghambat pengukuran.
 - c. Minta pasien tidur telentang; posisi kepala lurus tanpa bantal.
 - d. Ukur tinggi badan dengan menarik alat ukur sampai batas kepala pasien.
 - e. Baca hasil pengukuran dan catat.
 - f. Bereskan alat dan cuci tangan.

Sikap

Teliti, sopan, dan sabar.

Gambar 15. Tindakan Mengukur Tinggi Badan



FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA
KETERAMPILAN : MENGHITUNG TINGGI BADAN

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: 1. Alat pengukur Tinggi badan dan penggaris segitiga siku-siku. 2. Kertas serta alat tulis.							
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.Cuci tangan. 2.Pada pasien yang dapat berdiri. a) Atur letak alat pengukur tinggi badan. b) Cek alat ukur dengan benar agar hasil pengukuran valid. c) Minta pasien berdiri tegak, menghadap ke depan, posisi kepala lurus. Lepas sepatu atau sandal. Bagi wanita yang mengenakan jilbab, pastikan itu tidak mempengaruhi hasil pengukuran. Jika perlu, minta pasien untuk melepasnya sementara. d) Pastikan posisi tubuh sudah tepat, kaki tidak jinjit, kepala tegak, dan pandangan lurus ke depan. e) Tarik alat sampai batas kepala pasien. f) Baca hasil pengukuran							
---	--	--	--	--	--	--	--

dan catat. g) Bereskan alat dan cuci tangan. 3. Pada pasien yang tidak dapat berdiri a) Pengukuran dapat dilakukan di tempat tidur pasien. b) Atur posisi pasien senyaman mungkin. Pastikan tidak ada benda-benda yang dapat menghambat pengukuran. c) Minta pasien tidur telentang; posisi kepala lurus tanpa bantal. d) Ukur tinggi badan dengan menarik alat ukur sampai batas kepala pasien. e) Baca hasil pengukuran dan catat. f) Bereskan alat dan cuci tangan.							
Sikap Teliti, sopan, dan sabar.							

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 = $\frac{\text{Jumlah tindakan yang dilakukan (Ya)}}{16} \times 100 =$

16

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

3.4 Menghitung Indeks Tubuh (Imt)

Indeks massa tubuh merupakan cara yang sederhana untuk memantau status gizi klien dewasa (>18 tahun)

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (meter)} \times \text{tinggi badan (meter)}}$$

Kategori IMT :

IMT <17,0	= kurus dengan kekurangan berat badan tingkat berat.
IMT 17,0 – 18,4	= kurus dengan kekurangan berat badan tingkat ringan.
IMT 18,5 – 25,0	= normal.
IMT 25,1 – 27	= gemuk dengan kelebihan berat badan tingkat ringan.
IMT >27,0	= gemuk dengan kelebihan berat badan tingkat berat.

3.5 Pemberian Makan Dan Minum Per Oral

Definisi

Proses memberikan makan/minum untuk klien yang mampu makan/minum via oral



Gambar 16. Pemberian Makan Dan Minum Per Oral

Tujuan

- Tercukupinya keseimbangan nutrisi klien.
- Sosialisasi antara klien-perawat.

Indikasi

Klien yang tidak mampu makan secara mandiri yang disebabkan karena sakit atau trauma tubuh, misalnya hemiplegia, quadriplegia, fraktur lengan, adanya kecacatan anggota tubuh bagian atas atau kelemahan karena usia manusia.

Kontraindikasi

Tidak ada

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Jika klien mendapatkan jumlah kalori yang telah ditetapkan oleh konselor gizi, maka catat intake yang dihabiskan dalam format keperawatan.
2. Pada klien yang menerima suplemen oral tambahan (misalnya Ensure, Isocal, dan lain-lain), catat kapan pemberian makanan (misalnya, antara waktu makan atau bersamaan dengan makanan inti), jumlah yang harus dikonsumsi dan kemampuan toleransi klien terhadap suplemen yang diberikan (misalnya apakah suplemen tersebut disukai atau tidak, adanya mual dan muntah setelah mengonsumsi suplemen tersebut). Jangan lupa untuk mengevaluasi keefektifan dari suplemen yang diberikan.
3. Pada klien dengan kondisi tertentu, seperti klien dengan dekubitus, pemasangan traksi atau post pembedahan dengan anestesi spinal, hindari memberikan makan dengan kepala elevasi (seperti posisi semi fowler) karena akan mengakibatkan penekanan yang lebih besar pada area tubuh posterior. Akan lebih baik menggunakan posisi supine (mendatar).

Pengkajian

1. Kaji fungsi gastrointestinal dan tipe diet yang dapat ditoleransi oleh klien.
2. Kaji kemampuan menelan. Jika klien mengalami gangguan neurologi, kaji gag refleks.
3. Kaji kemampuan klien untuk makan secara mandiri, kemampuan motorik, tingkat kesadaran, kekuatan visual dan mood.
4. Kaji nafsu makan, toleransi terhadap makanan, jenis makanan yang disukai dan yang tidak disukai.
5. Kaji adanya alergi makanan.

Masalah keperawatan yang terkait

1. Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh.
2. Defisit kemampuan makan secara mandiri.

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah membantu memberikan makan dan minum per oral.

Implementasi tindakan keperawatan

Pemberian makan dan minum per oral

Evaluasi formatif

1. Evaluasi kemampuan menelan klien selama pemberian makan.
2. Evaluasi tingkat toleransi diet yang mampu diberikan klien.
3. Evaluasi intake makanan dan cairan yang klien habiskan.
4. Evaluasi adanya kemungkinan klien untuk makan dari minum secara mandiri.

Contoh dokumentasiimplementasi keperawatan

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi keperawatan dan respon	Paraf dan nama
16 April 2009	12.00	1	Memberikan klien makan siang 1 porsi 1800 kalori dan minum 300 cc. Respon : klien menghabiskan setengah bagian Porsi (900 kalori), mual (+), muntah (-) Minum habis 100 cc	

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA
KETERAMPILAN : PEMBERIAN MAKAN DAN MINUM

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 : • Piring yang berisi makanan • Garpu • Sendok • Gelas minum berisi air hangat beserta tatakan dan tutupnya • Sedotan • Tissue dan tempatnya • Serbet • Baki untuk membawa makanan • k/p Pisau • obat (jika ada obat yang diberikan setelah makan)							
Persiapan Lingkungan : 1. 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. Perawat mencuci tangan 2. Bawa makanan dengan menggunakan baki 3. Serbet dibentangkan dibawah dagu klien 4. Perawat duduk dengan posisi yang memudahkan pekerjaan 5. Klien ditawari minum (bila perlu dengan menggunakan sedotan) 6. Suapkan makanan sedikit demi sedikit dengan menggunakan sambil berkomunikasi dengan klien. Jika terdapat makanan yang berukuran besar, potong menjadi bagian yang lebih kecil - dengan menggunakan pisau dan garpu 7. Perhatikan apakah makanan sudah ditelan habis oleh klien sebelum menyuapkan makanan berikutnya 8. Setelah memberikan makanan klien diberikan minum, dilanjutkan dengan pemberian obat oral 9. Mulut klien dan sekitarnya dibersihkan dengan menggunakan tissue 10. Rapihkan alat dan klien 11. Cuci tangan 12. 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

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

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

3.6 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 esofageal 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 kanotong 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, “respiratory arrest” berhubungan dengan kecelakaan pemasangan intubasi trakea
 - d. Trauma jaringan
2. Memasukkan 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 di lubang 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 : • Selang NGT • Spuit NGT 60 cc. • Plester hipoalergik. Potong ± 10 cm. • Strip indicator PH • 1 gelas air dan sedotannya • Stetoskop • Handuk kecil • Bengkok / basin • Tissue • Sarung tangan bersih • Penlight • Spatel • 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.							

Langkah – Langkah : 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 : 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 :

3.7 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, fistula enterokutan high-output intractable diarrhea, kelainan congenital pada saluran cerna
3. Gangguan perkusi saluran cerna (instabilitas kemonadik, 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: • Baki. • Makanan cair yang hangat. • Corong dan spuit. • Jika ada obat, haluskan dan larutkan dengan air putih secukupnya. • Stetoskop, serbet makan.							
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. Periksa perut pasien apakah kembung atau tidak. 2. Bantu pasien mengambil posisi <i>semifowler</i>, 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 kelm slang kembali. 9. Tulis pada catatan perawat mengenai prosedur yang telah dilakukan, jenis, dan							

jumlah cairan yang diberikan, serta reaksi pasien. 10. Rapihan 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 =

13

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

3.8 MelepasNgt

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 karean 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 : • Sarung tangan bersih • Pengalas dada • Tissue • Plastik sampah • Spuit 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 :							

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 glositis 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 : 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 :
-------------	-------------	-------------

3.9 Memberikan Makan Melalui Selang Lambung/Sonde

PENGERTIAN	Memasukkan makanan cair ke dalam lambung melalui selang hidung.
TUJUAN	a. Memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi. b. Memberi diet sesuai kebutuhan klien. c. Mencegah komplikasi aspirasi bila klien makan per oral.
KEBIJAKAN	Ada aturan untuk pemenuhan nutrisi klien.
PROSEDUR	PERSIAPAN ALAT a. Baki makan. b. Minuman dan makanan cair yang dibutuhkan. c. Air putih secukupnya dalam gelas. d. Servet/tissue. e. Kateter tip 50 cc. f. Stetoskop. LANGKAH-LANGKAH a. Mahasiswa/I keperawatan cuci tangan. b. Bawa dan letakkan baki makan di samping klien. c. Jelaskan kepada klien tentang tindakan yang akan dilakukan. d. Atur posisi baring klien semi fowler. e. Pasang servet di atas dada. f. Buka penutup selang, bilas selang terlebih dahulu dengan air putih secukupnya. g. Pastikan sonde berada dalam lambung dengan memasukkan sedikit udara sambil mendengarkan dengan stetoskop di atas epigastrium. h. Buka penutup selang kemudian bilas dahulu selang dengan air putih

	secukupnya. - Kateter tip dipasang, tuang makanan/minuman sedikit demi sedikit sambil memperhatikan respons klien. - Bilas kembali selang dengan 30 cc air putih hingga bersih (sesuaikan jumlah air dengan usia/kebutuhan) - Lepaskan kateter tip siang ditutup kembali. - Klien tetap dianjurkan untuk berbaring semi fowler selama 30 menit. - Bereskan dan bersihkan alat-alat makan dan disimpan pada tempatnya. - Dokumentasikan dan laporkan jumlah, jenis makanan cair yang diberikan. - Mahasiswa/I keperawatan cuci tangan. PERHATIAN - Bekerja hati-hati. - Hindari bahaya aspirasi. - Bila klien batuk saat pemberian makanan, pemberian dihentikan sejenak, bila klien sudah tenang pemberian diteruskan. - 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: • Baki makan. • Minuman dan makanan cair yang dibutuhkan. • Air putih secukupnya dalam gelas. • Servet/tissue. • Kateter tip 50 cc. • 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).							

11. Lepaskan kateter tip siang ditutup kembali. 12. Klien tetap dianjurkan untuk berbaring semi fowler selama 30 menit. 13. Bereskan dan bersihkan alat-alat makan dan disimpan pada tempatnyanya. 14. Dokumentasikan dan laporkan jumlah, jenis makanan cair yang diberikan. 15. Mahasiswa/I keperawatan cuci tangan.							
Sikap 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.							

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 =

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

3.8 Memasukkan Makanan Via Ngt (Enteral)

Definisi

Proses memberikan makanan melalui saluran cerna dengan menggunakan selang NGT kearah lambung. Nutrisi enteral direkomendasikan bagi pasien-pasien yang tidak dapat memenuhi kebutuhan nutrisinya secara volunteer melalui asupan oral. Klien yang dapat diberikan nutrisi enteral adalah mereka yang tidak bisa makan, tidak dapat makan, dan tidak cukup makan.

Pemberian nutrisi enteral dini (yang dimulai dalam 12 jam sampai 48 jam setelah pasien masuk ke dalam perawatan intensif [ICU]) lebih baik dibandingkan pemberian nutrisi parenteral. Pemberian makan via NGT akan lebih murah dibandingkan dengan pemberian nutrisi parenteral.

Manfaat dari pemberian makanan via NGT (enteral) adalah :

1. Mempertahankan fungsi usus.
2. Mempertahankan integritas mukosa saluran cerna
3. Mempertahankan fungsi-fungsi imunologik mukosa saluran cerna.

4. Mengurangi proses katabolic.
5. Menurunkan resiko komplikasi infeksi secara bermakna.
6. Mempercepat pertumbuhan luka.
7. Lama perawatan rumah sakit menjadi lebih pendek dibandingkan dengan Nutrisi Parenteral.

Tujuan

1. Terpenuhi status nutrisi klien.
2. Mempertahankan fungsi usus.
3. Mempertahankan integritas mukosa saluran cerna.
4. Mempertahankan fungsi-fungsi imunologik mukosa saluran cerna.

Indikasi

1. Klien yang tidak mampu makan per oral (klien dengan kesadaran koma yang mengalami gangguan gastrointestinal, klien yang memakai bantuan ventilator, klien manula, klien yang tampak bingung).
2. Klien yang tidak mendapatkan intake oral yang adekuat (misalnya klien dengan kanker,

Masalah yang umumnya terjadi	Solusi
------------------------------	--------

sepsis, infeksi, trauma, injury kepala).

Kontraindikasi

Tidak ada

Hal-hal yang perlu diperhatikan

Diare dan kram	- Cek konsentrasi makanan formula yang diberikan, apakah terlalu pekat atau terlalu encer. - Jangan campurkan jenis makanan yang satu dengan yang lain. - Atur kecepatan aliran makanan lebih lambat untuk sementara waktu. - Kolaborasikan dengan dokter jika masalah tidak teratasi.
Nausea	- Atur kecepatan aliran makanan lebih lambat untuk sementara waktu. - Hentikan pemberian makanan via NGT, ganti dengan cara atau rute yang lain. - Kolaborasikan dengan dokter jika masalah tidak teratasi.
Muntah	- Hentikan pemberian makanan. - Bila muntah sudah berhenti, berikan makanan dengan kecepatan lambat melalui NGT. - Kolaborasikan dengan dokter jika masalah tidak teratasi.
Klien merasa kembung dan tidak nyaman	- Hentikan pemberian makanan selama 1 jam - Kolaborasikan dengan dokter jika masalah tidak teratasi.

1. Jika bunyi usus tidak normal ataupun tidak ada, laporkan ke dokter sebelum pemberian makanan via NGT.
2. Tinggikan kepala pada saat pemberian makanan untuk menghindari aspirasi dan muntah.
3. Tinggikan kepala 1 jam setelah pemberian makanan.
4. Berikan makanan sesuai dengan suhu ruang.
5. Nutrisi enteral harus langsung dihentikan dan dikonsultasikan ke dokter, bila terjadi muntah-muntah yang berat, diare yang berat dan diduga aspirasi.
6. Lakukan hal di bawah ini jika terjadi beberapa masalah di bawah ini :
7. Memasukkan makanan via NGT juga dapat menyebabkan komplikasi, seperti :
 - a. Komplikasi mekanis seperti sondanya tersumbat atau dislokasi dari sonde, misalnya karena kurang melekatkannya sonde dengan plester disayap hidung.
 - b. Komplikasi pulmonal, misalnya aspirasi dikarenakan pemberian makanan via NGT yang terlalu cepat.
 - c. Komplikasi yang disebabkan oleh tidak sempurnanya kedudukan sonde yang menyerupai jerat atau simpul. Apabila sonde masuk ke dalam duodenum atau jejunum maka dapat menyebabkan diare.
 - d. Komplikasi yang disebabkan oleh zat nutrisi.

Pengkajian

1. Identifikasi adanya malnutrisi.
2. Kaji adanya alergi makanan tertentu.
3. Kaji kebutuhan pemasangan NGT.
4. Auskultasi bising usus sebelum memasukkan makanan via NGT.
5. Review catatan medis dokter berkaitan dengan macam diit dan frekuensi pemberian.

Masalah keperawatan yang terkait

Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan

Rencana tindakan keperawatan

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

Implementasi tindakan keperawatan

Memasukkan makanan via NGT (format 4.4)

Evaluasi formatif

1. Evaluasi adanya residu di dalam lambung klien untuk mengevaluasi toleransi klien terhadap pemberian makanan via NGT.
2. Jika perlu, evaluasi glukosa darah perifer untuk mengevaluasi toleransi klien terhadap glukosa.
3. Evaluasi intake dan output klien setiap shift.
4. Evaluasi berat badan klien sebagai indikator status nutrisi klien.
5. Evaluasi hasil laboratorium klien yang berhubungan dengan nutrisi, seperti darah lengkap, elektrolit.
6. 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 dan nama
16 April 2009	12.00	3	Memasukkan susu cair 300 kalori sebanyak 250 cc dan air putih 100 cc via NGT Respon : minuman yang disediakan habis, klien tidak mengeluh mual dan tidak ada muntah, tidak ada aspirasi isi lambung	

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :
MEMASUKKAN MAKANAN VIA NGT**

Nama Mahasiswa :

	Dilakukan	
--	-----------	--

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	Tgl:		Tgl:		Tgl:		KET
	Ys	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
Persiapan Alat : • Makanan cair sesuai kebutuhan klien • Spuit besar ukuran 20-50 cc • Bengkok • Sarung tangan bersih • Alat pengukur PH (kertas lakmus) jika diperlukan • Stetoskop • Air dengan suhu ruang							
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 : 1. Cuci tangan 2. Gunakan sarung tangan bersih 3. Cek ketepatan letak selang di lambung dengan cara : a. Buka klem NGT atau spuit NGT dan masukkan selang ke dalam gelas yang berisi air. Posisi tepat jika tidak ada gelombang udara. b. Buka klem dan aspirasi cairan lambung dengan menggunakan spuit NGT. Cek cairan lambung dengan menggunakan stirp indikator PH. Posisi tepat jika $PH \leq 6$. c. Buka klem dan cek dengan menggunakan stetoskop. Masukkan 30 cc udara dalam spuit NGT dan masukkan ke dalam lambung dengan gerakan cepat. Posisi tepat jika terdengar suara udara yang dimasukkan (seperti gelembung udara yang pecah). 4. Klem selang NGT selama pengisian makanan cair ke dalam spuit. 5. Masukkan makanan cair ke dalam spuit							

besar. 6. Buka klem. 7. Alirkan makanan cair dengan perlahan. Atur kecepatan dengan cara meninggikan spuit. Jika klien merasa tidak nyaman dengan lambungnya, klem selang NGT beberapa menit. 8. Jika makanan cair akan habis, isis kembali (jangan biarkan udara masuk ke dalam lambung). 9. Bilas makanan yang masuk dengan air sampai selang menjadi bersih. 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							
---	--	--	--	--	--	--	--

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

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Tindakan yang dilakukan (Ya)}}{20} \times 100 = \dots$$

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

BAB IV

PROSEDUR KEBUTUHAN AKTIVITAS, ISTIRAHAT DAN TIDUR

4.1 Memberikan klien posisi di tempat tidur

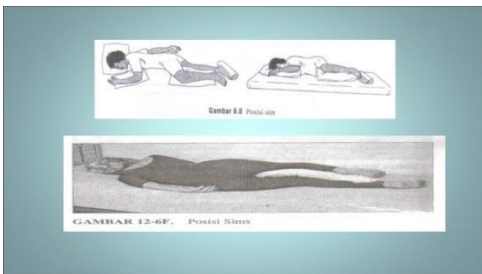
Definisi

Membantu klien pada posisi tertentu dengan *body alignment* yang tepat, baik untuk melakukan pemeriksaan fisik area tertentu atau untuk merubah dari satu posisi ke posisi yang lain. Tindakan ini dapat dilakukan secara mandiri oleh klien atau dengan bantuan perawat. Klien yang memerlukan bantuan, misalnya klien dengan penurunan kesadaran, klien yang lemah, klien yang lemah, klien yang mengalami nyeri, dan klien dengan paralisis. Beberapa posisi yang dapat dilakukan adalah posisi duduk, supine, fowler, lateral, sims, prone, trendelenberg, litotomi, knee-chest, dan dorsal recumbent.

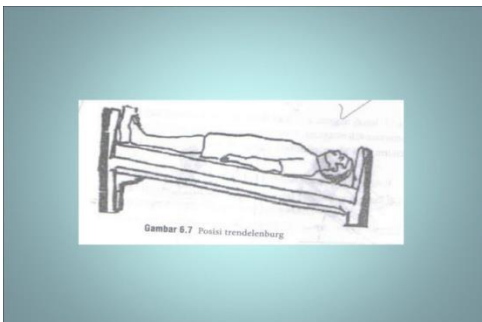
1. Posisi duduk adalah posisi dimana klien dalam posisi duduk tanpa penyangga apapun di tubuh bagian belakang dan bagian kaki dalam keadaan menggantung bebas.
2. Posisi supine adalah posisi dimana klien dalam posisi terlentang dengan kaki ekstensi dan kepala diberi bantal.
3. Posisi fowler adalah posisi dimana klien dalam posisi mendatar tapi dengan elevasi kepala 45°-60°.
4. Posisi lateral adalah posisi dimana klien miring ke salah satu sisi.
5. Posisi sims adalah posisi klien setengah terlungkup dengan lengan diletakkan di belakang tubuh sejajar dengan tubuh klien dan betis kaki difleksikan.
6. Posisi prone adalah posisi dimana klien dalam kondisi terlungkup mendatar.
7. Posisi trendelenberg adalah posisi dimana bagian kepala lebih rendah daripada bagian kaki.
8. Posisi litotomi adalah posisi dimana klien dalam kondisi terlentang dengan kaki diletakkan di penyangga tempat tidur dan pinggul sejajar dengan sudut tempat tidur.
9. Posisi knee-chest (genupektoral) adalah posisi dimana klien dalam kondisi terlungkup tetapi kaki dan pinggul membuat sudut 90°.
10. Posisi dorsal recumbent adalah posisi dimana bagian tubuh belakang klien dalam kondisi terlentang dengan kaki difleksikan dan pinggul rotasi eksternal dengan kepala diberi bantal



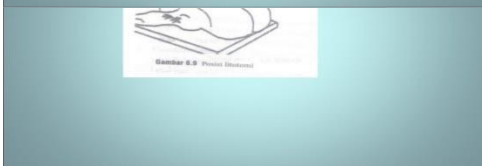
Posisi Semi Fowler



Posisi Sims



Posisi Trendelenberg



Posisi Litotomi



Posisi Ortopnea



Posisi Dorsal Recumbent



Posisi Supine

- Masalah yang sering terjadi ;
- Hyperekstensi leher
- Hyperekstens spinal lumbal
- Plantarfleksi pergelangan kaki
- Titik penekanan di dagu ,siku, pinggul, lutut, dan jarijari kaki tidak terlindungi



Posisi Prone



Posisi Genupektoral



Posisi Lateral

Gambar 18. Jenis Posisi Pasien di Tempat Tidur

Tujuan

1. Melakukan pemeriksaan fisik area tertentu.
2. Meningkatkan rasa nyaman karena dapat memperlancar sirkulasi darah
3. Merubah dari satu posisi ke posisi yang lain sehingga tidak terjadi gangguan integritas kulit akibat penekanan area tubuh dalam jangka waktu lama.
4. Meningkatkan ventilasi paru (untuk posisi tertentu, misalnya duduk dan fowler).
5. Memudahkan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, misalnya melakukan pengkajian atau dalam melakukan tindakan tertentu.
6. Memberikan klien kesempatan untuk bersosialisasi (untuk posisi tertentu, misalnya duduk dan fowler).

Indikasi

1. Posisi duduk:
 - Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik umum bagian kepala, leher, thorakx, anterior dan posterior, paru-paru, payudara, jantung, tanda-tanda vital, ekstermitas, atas-bawah, dan refleksnya. Posisi ini juga memungkinkan simetrisitas tubuh bagian atas klien lebih jelas.
 - Klien yang mengalami gangguan pernapasan, misalnya keluhan sesak karenaposisi ini dapat meningkatkan ekspansi paru sehingga klien dapat bernafas lebih lega.
 - Klien yang ingin mengalami mobilisasi.
2. Posisi supine:
 - Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik umum bagian kepala, leher, thorax, anterior, paru-paru, payudara, jantung, tanda-tanda vital, ekstermitas, atas-bawah, dan denyutan nadi pariferal. Posisi ini merupakan posisi terbaik dalam relaksasi dan juga mencegah penekanan abdomen.
 - Klien yang akan dilakukan pemasangan infuse karena posisi ini dapat mempermudah kerja perawat dalam tindakan tersebut.
3. Posisi flowler:

- Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik umum bagian kepala, leher, thorax, anterior, paru-paru, payudara, jantung, tanda-tanda vital, ekstermitas atas-bawah, dan denyutan nadi peripheral.
- Klien yang mengeluh sesak napas ataupun klien pasca operasi bagian thorax karena dapat meningkatkan ventilasi paru.
- Klien yang ingin meningkatkan kenyamanan posisi atau relaksasi.
- Klien yang ingin bersosialisasi dengan klien lain tanpa harus turun dari tempat tidur karena adanya keterbatasan gerak.
- Klien yang ingin dilakukan tindakan keperawatan tertentu sehingga dengan posisi tersebut akan lebih memudahkan kerja perawat, misalnya memberikan makanan via NGT pada klien.

4. Posisi lateral:

- Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik umum bagian kepala, leher, thorax anterior-posterior, paru-paru, payudara, jantung, tanda-tanda vital, ekstermitas atas-bawah dan denyutan nadi peripheral. Posisi ini juga merupakan posisi terbaik dalam mendengarkan murmur.

5. Posisi sims:

- Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik bagian rectum dan vagina.
- Klien yang akan dilakukan rectal touche (colok dubur)

6. Posisi prone:

- Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik bagian thorax posterior dan pergerakan pinggul.

7. Posisi trendelenberg:

- Klien yang akan dilakukan operasi tertentu, terutama operasi bagian abdomen. Diharapkan dengan posisi tersebut maka area yang dimaksud akan lebih jelas dan memudahkan kerja tim tenaga kesehatan.
- Klien dengan gangguan sirkulasi, misalnya pasien pasca stroke. Posisi ini dapat membantu melancarkan venous return (aliran balik darah).

8. Posisi litotomi:

- Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik bagian vagina, rectum dan saluran perkemihan atau pada klien wanita yang akan dilakukan pemasangan kateter.

- Klien yang akan dilakukan pemeriksaan diagnostic daerah rongga panggul dan ginekologi, misalnya *cystoscopy* dan *rectoscopy*.

9. Posisi knee-chest:

- Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik bagian anus dan rektum.

10. Posisi dorsal recumbent:

- Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik, terutama bagian abdomen (walaupun jarang dilakukan karena biasanya tidak nyaman dengan posisi ini).
- Klien yang akan dilakukan pemeriksaan *rectal touche* dan *vagina touché*.
- Klien yang akan partus. Posisi ini akan memudahkan untuk membantu persalinan.

Kontraindikasi

Pada prinsipnya tidak ada kontraindikasi untuk tiap posisi asalkan tiap posisi tersebut disesuaikan dengan indikasi tindakan dengan kemampuan klien untuk melakukan perubahan posisi.

Pengkajian

- Kaji body alignment dan tingkat kenyamanan klien.
- Kaji faktor-faktor resiko terhadap komplikasi imobilisasi, seperti:
 - Paralisis, pada klien hemiparesis akibat stroke, penurunan sensasi.
 - Kerusakan mobilisasi, pada klien yang terpasang traksi atau menderita artritis.
 - Kerusakan sirkulasi.
 - Faktor usia, seperti terlalu muda atau klien manula.
- Kaji tingkat kesadaran klien.
- Kaji kemampuan fisik klien yang dapat membantu dalam perubahan posisi seperti umur, penyakit yang diderita, kekuatan otot, ROM dan koordinasi.
- Kaji adanya alat-alat bantu yang terpasang, misalnya NGT, selang infuse, traksi dan lain-lain.

Masalah keperawatan

- Kerusakan mobilitas fisik.
- Kerusakan integritas kulit.

- Nyeri.

Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dikolaborasikan dengan tim medis adalah memberikan klien posisi duduk, supine, flowler, lateral, sims, prone, rendelenberg, litotomi, knee-chest atau dorsal recumbent.

4.2 Menerima pasien baru

Prosedur penerimaan pasien baru merupakan prosedur yang mengatur penerimaan baru masuk ke rumah sakit untuk di lakukan perawatan, dengan tujuan mengetahui keadaan pasien dan melakukan perawatan pasien.

Persiapan :

- Tempat tidur dalam keadaan bersih dan siap pakai, serta fasilitas lainnya.
- Meja dan kursi pasien.
- Dokumen rekam medis
- Alat pemeriksaan fisik, antara lain thermometer, tensimeter, timbangan BB bila perlu.

Cara pelaksanaan :

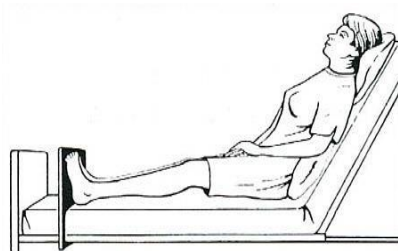
- Lakukan penerimaan pasien di ruangan.
- Perkenalkan diri pada klien dan keluarganya.
- Pindahkan pasien ke tempat tidur (apabila pasien datang dengan berangkat atau kursi roda)dan berikan posisi yang nyaman
- Perkenalkan pasien baru dengan pasien yang sekamar.
- Berikaninformasi kepada klien dan keluarga tentang orientasi ruangan , termasuk perawat yang bertanggung jawab dan sentralisasiobat, dokter yang bertanggung jawab dan jadwal visite, serta tata tertib ruangan.
- Lakukan pengkajian data pasien.
- Lakukan inform consent untuk pelaksanaan perawatan di ruangan.

Mentransportasi pasien

Merupakan tindakan memindahkan pasien dari tempat tidur ke branchard

Cara pelaksanaan :

- a. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
- b. Atur branchard dalam posisi terkunci.
- c. Bantu pasien dengan 2- 3 petugas.
- d. Berdirilah menghadap pasien.
- e. Silangkan tangan di depan dada.
- f. Petugas / pelaksana menekuk lutut kemudian memasukkan tangannya ke bawah tubuh pasien.
- g. Petugas pertama meletakkan tangan di bawah leher/ bahu dan bawah pinggang, petugas kedua meletakkan tangan di bawah pinggang dan panggul pasien, sedangkan petugas ketiga meletakkan tangan di bawah pinggul dan kaki.
- h. Angkat bersama –sama dan pindahkan ke branchard.
- i. Atur posisi pasien di branchard (hidayat & Uliyah, 2005).



Gambar 19. Posisi Pasien Di Branchard

4.3 Posisi fowler

Merupakan posisi dengan setengah duduk atau duduk, di mana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi.

Persiapan alat : bantal

Cara pelaksanaan :

1. Cuci tangan.
2. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
3. Tinggikan kepala tempat tidur 45 – 60 derajat.
4. Topangkan kepala di atas tempat tidur atau bantal kecil.
5. Gunakan bantal untuk menyokong lengan dan tangan bila pasien tidak dapat mengontrolnya secara sadar dapat menggunakan tangan dan lengan.
6. Tempatkan bantal tipis di punggung bawah.
7. Tempatkan bantal kecil atau gulungan handuk di bawah paha.
8. Tempatkan bantal kecil atau gulungan di bawah pergelangan kaki.
9. Tempatkan papan kaki di dasar telapak kaki pasien.
10. Turunkan tempat tidur.
11. Observasi posisi pasien kesejajaran tubuh, dan tingkat kenyamanan.
12. Cuci tangan.
13. Catat respons pasien.

4.4 Posisi sim

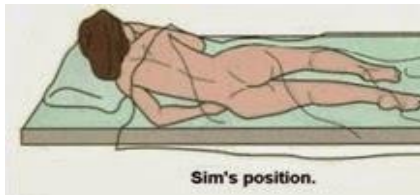
Merupakan posisi berbaring miring baik ke kanan atau ke kiri.

Persiapan alat: bantal

Cara pelaksanaan:

- 1) Cuci tangan
- 2) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 3) Tempatkan kepala datar di tempat tidur
- 4) Tempatkan pasien dalam posisi telentang
- 5) Posisikan pasien dalam posisi miring yang sebagian pad abdomen
- 6) Tempatkan bantal dibawah kepala

- 7) Tempatkan bantal dibawah lengan atas yang fleksikan dan menyokong lengan setinggi bahu, sokong lengan lain diatas tempat tidur
- 8) Tempatkan bantal dibawah tungkai atas yang difleksikan, yang menyokong tungkai setinggi panggul
- 9) Tempatkan bantal pasien parallel dengan permukaan plantal kaki
- 10) Turunkan tempat tidur
- 11) Observasi kesejajaran tubuh, tingkat kenyamanan dan titik potensi tekanan
- 12) Cuci tangan
- 13) Catat respon pasien



Gambar 20. Posisi SIM

4.5 Posisi Trendelenburg

Merupakan posisi dengan bagian kepala lebih rendah dari bagian kaki

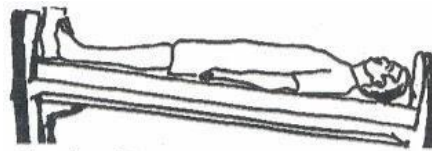
Persiapan alat atau bahan:

- 1) Bantal
- 2) Tempat tidur khusus
- 3) Balok penopang kaki tempat tidur

Cara pelaksanaan:

- 1) Cuci tangan
- 2) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 3) Pasien dalam keadaan berbaring atau telentang.
- 4) tempatkan bantal di antara dan ujung tempat tidur pasien;
- 5) tempatkan bantal dibawa lipatan lutut;
- 6) tempatkan balok penopang di bagian kaki tempat tidur;
- 7) atur tempat tidur khusus, tinggikan bagian kaki pasien;
- 8) cuci tangan;

- 9) catat respon pasien.



Gambar 7.3 Cara posisi *trendelenburg*
Sumber: Belland dan Wells 1986

Gambar 21. Posisi Tredelenburg

4.6 Posisi Dorsal Recumbent

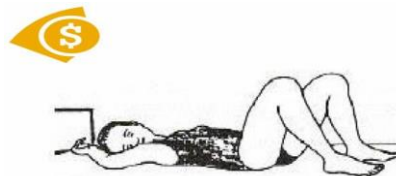
Merupakan posisi telentang dengan kedua lutut ditarik atau diregangkan.

Persiapan alat/bahan:

- 1) Bantal,
- 2) tempat tidur khusus,
- 3) selimut.

caranya:

- 1) cuci tangan,
- 2) jelaskan prosedur yang akan dilakukan,
- 3) pasien dalam keadaan terbaring (telentang),
- 4) pakaian bawa dibuka,
- 5) tekuk lutut dan renggangkan,
- 6) pasien selimut untuk menutupi area genitalia,
- 7) cuci tangan,
- 8) catat respon pasien.



Gambar 22. Posisi Tredelenburg

4.7 Posisi Litotomi.

Merupakan posisi telentangan dengan menegakat kedua kaki dan Tarik ke atas abdomen.

Persiapan alat/bahan:

1. Bantal,
2. tempat tidur khusus,
3. selimut.

Cara pelaksanaan:

1. cuci tangan,
2. jelaskan prosedur yang akan dilakukan,
3. pasien dalam keadaan berbaring (telentang),
4. angkat kedua paha dan tarik ke atas abdomen,
5. tungkai bawa membentuk sudut 90 derajat terhadap paha,
6. letak bagian lutut/kaki pada penyangga kaki di tempat tidur khusus untuk posisi litotonim,
7. pasang selimut,
8. cuci tangan
9. catat respon pasien.



Gambar 23. Posisi Litotomi

4.8 Posisi Genu Pertoral (Knee Chest)

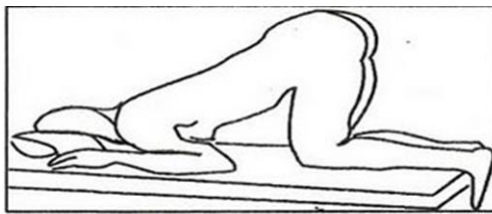
Merupakan posisi menungging dengan kedua kaki diketuk dan di dada menempel pada bagian alas tempat tidur.

Persiapan alat/bahan:

- 1) tempat tidur,
- 2) selimut.

Cara pelaksanaan:

- 1) cuci tangan,
- 2) jelaskan prosedur yang akan dilakukan,
- 3) minta pasien untuk mengambil posisi menungging dengan kedua kaki diteku dan dada menempel pada matras tempat tidur,
- 4) pasang selimut untuk menutupi daerah perineal pasien,
- 5) cuci tangan,
- 6) catat respon pasien.



Gambar 24. Posisi Genu Pertoral (Knee Chest)

Hal-hal yang perlu diperhatikan

- Pada beberapa klien yang mengalami nyeri sedang sampai dengan berat kadang membutuhkan obat penurun rasa nyeri (analgesik) sebelum memindahkan atau merubah posisi.
- Gunakan bantal yang cukup untuk mengurangi tekanan bersih dan kering. Linen yang lembab dan kusut dapat meningkatkan risiko luka akibat penekanan.
- Yakinkan linen tempat tidur dalam keadaan bersih dan kering. Linen yang lembab dan kusut dapat meningkatkan risiko luka akibat penekanan.

- Lakukan perubahan posisi terutama pada klien dengan penurunan kesadaran atau klien dengan paralisis paling tidak setiap 2 jam. Perawat dapat pula melibatkan pihak keluarga dengan cara mengajarkan teknik perubahan posisi dan tanda-tanda kontraktur. Di bawah ini adalah contoh jadwal perubahan posisi.

Waktu (pukul atau jam)	Posisi	Contoh
08.00	Fowler	
10.00	Lateral Kiri	
12.00	Fowler atau duduk di kursi	
14.00	Lateral Kanan	
16.00	Sims Kanan	
18.00	Fowler atau duduk di kursi	
20.00	Lateral Kiri	
22.00	Sims Kiri	
24.00	Supine	
02.00	Lateral Kanan	
04.00	Sims Kanan	
06.00	Supine	

Dokumentasi implementasi tindakan 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	1	Memberikan klien posisi fowler karena merasa sesak. Respon: Klien mampu merubah posisi dengan bantuan minimal. Klien juga mengatakan merasa nyaman dengan perubahan posisi dan sesak berkurang. Tidak ada tanda-tanda kerusakan integritas kulit _____	Raka

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN: MEMBERIKAN KLIEN POSISI DUDUK

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: • Ikat pinggang khusus untuk memindahkan klien (jika diperlukan). • Penyangga kaki. • Bantal secukupnya. • Sarung tangan bersih.							
Persiapan Lingkungan: Jaga privasi klien.							
Persiapan klien: Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.							
Langkah-langkah: 1) Cuci tangan. 2) Gunakan sarung tangan bersih. 3) Tinggikan bagian kepala klien agar memudahkan kerja perawat. 4) Perawat berdiri berlawanan dengan pinggul klien. 5) Beri klien posisi lateral menghadap ke posisi klien akan didudukan. 6) Tangan kiri perawat berada di bawah bahu klien (menyangga kepala dan leher klien) dan tangan kanan memegang paha klien. 7) Putar pinggul klien secara diagonal							

sehingga klien mendekat ke arah perawat. 8) Pindahkan kaki klien di sisi tempat tidur . Biarkan kaki klien mengayun di sisi tempat tidur 9) Seimbangkan posisi klien. 10) Berikan penyangga kaki. 11) Rapihkan alat. 12) Lepaskan sarung tangan. 13) Cuci tangan. 14) Dokumentasi.							
Sikap: 1. Melakukan tindakan dengan sistematis. 2. Komunikatif dengan klien. 3. Percaya diri.							

Keterangan:

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

Kriteria Penilaian:

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

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Tindakan yang dilakukan (Ya)}}{20} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$$

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN:

MEMBERIKAN POSISI SUPINE

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: Sarung tangan bersih (jika diperlukan).							
Persiapan Lingkungan: Jaga privasi klien.							
Persiapan klien: Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.							
Langkah-langkah: - Perawat mencuci tangan. - Gunakan sarung tangan bersih. - Baringkan klien terlentang mendatar di tengah tempat tidur tanpa alas bantal dib again kepala atau bagian tubuh manapun. - Letakan bantal kecil atau handuk yang digulung di bawah lumbar klien untuk menopang bagian tersebut. - Letakan bantal yang dapat menopang area kepala, leher dan bahu untuk memberikan posisi alignment dan mencegah kontraktur servikal vertebrae.							

6. Berikan bantal kecil di lengan bagian bawah yang pronasi sehingga sejajar dengan posisi klien untuk menurunkan resiko rotasi internal bahu dan mencegah siku klien menjadi ekstensi. 7. Letakkan bantal kecil di bawah pergelangan tangan klien untuk mencegah ekstensi jari-jari tangan dan abduksinya ibu jari tangan. 8. Tempatkan trochanter roll di sisi paha klien untuk menurunkan resiko rotasi eksternal dari pinggul. 9. Letakkan bantal kecil di bawah betis klien untuk menopang bagian tumit. 10. Tempatkan papan kaki di bawah telapak kaki klien untuk memantapkan posisi dorsifleksi dan mencegah foot-drop. 11. Rapihkan alat. 12. Lepaskan sarung tangan. 13. Cuci tangan 14. Dokumentasi/							
--	--	--	--	--	--	--	--

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

Keterangan:

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

Kriteria Penilaian:

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

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Tindakan yang dilakukan (Ya)}}{20} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$$

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN:

MEMBERIKAN KLIEN POSISI LATERAL

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: • Sarung tangan bersih. • Bantak 2-5 buah • K/p sandaran punggung							
Persiapan Lingkungan: Jaga privasi klien							
Persiapaan klien: Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.							
Langkah-langkah: 1) Perawat mencuci tangan. 2) Gunakan sarung tangan bersih. 3) Tempatkan klien pada posisi terlentang di tengah tempat tidur. 4) Miringkan klien kesalah satu sisi tubuh. 5) Bantu klien untuk memutar badannya kearah lateral. Untuk memudahkan kerja, fleksikan terlebih dahulu kaki klien.Lalu tangan perawat memegang bagian pinggul dan bahu klien, setelah itu putar klien kearah perawat. 6) Tempatkan bantal dibawah kepala dan leher klien untu memberikan posisi alignment,							

menurunkan resiko fleksi lateral leher dan menurunkan ketegangan otot sternocleidomastoid. 7) Condongkan bagian bahu kearah sisi. 8) Posisikan kedua lengan pada posisi fleksi dengan cara lengan atas didukung dengan bantal pada bahu. 9) Tempatkan gulungan bantal sejajar pada punggung klien untuk memantabkan posisi lateral. 10) Tempatkan 1 atau 2 bantal di bawah kaki atas klien yang semi fleksi. Bantal harus mendukung kaki dari lipat paha ke kaki. Hal ini untuk memberikan posisi yang alignment dan mencegah penekanan di daerah tulang prominence. 11) Tempatkan papan kaki di bawah telapak kaki klien untuk memantabkan posisi dorsifleksi dan mencegah foot-drop 12) Rapikan alat 13) Lepaskan sarung tangan.. 14) Cuci tangan 15) Dokumentasi.							
Sikap: 1.Melakukan tindakan dengan sistematis. 2.Komunikatif dengan klien. 3.Percaya diri.							

Keterangan:

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

Kriteria Penilaian:

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

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Tindakan yang dilakukan (Ya)}}{20} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$$

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

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN:
MEMBERIKAN KLIEN POSISI FOWLER**

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: - Bantal besar 2 buah (atau secukupnya). - Bantal kecil 5 buah (atau secukupnya). - Papan kaki. - Sarung tangan bersih.							
Persiapan Lingkungan: Jaga privasi klien.							
Persiapan klien: Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan. Langkah-langkah: - Perawat mencuci tangan. - Gunakan sarung tangan bersih. - Baringkan klien terlentang mendatar di tengah tempat tidur. - Atur ketinggian tempat tidur dengan elevasi kepala 45-60 derajat (jika tempat tidur dapat disetting secara otomatis) atau dengan menggunakan bantal besar.							

5. Berikan bantal kecil di bawah kepala klien untuk mencegah kontraktur servical vertebrae. 6. Berikan bantal kecil untuk menyangga pergelangan tangan dan lengan bagian bawah jika klien kehilangan control volunteer sehingga lengan tidak dapat digerakan. Hal ini untuk mencegah dislokasi bahu dari efek lengan yang tidak di support / ditopang, meningkatkan sirkulasi dan mencegah kontraktur pergelangan tangan dan lengan. 7. Berikan klien bantal kecil di bawah pinggang untuk menopang lumbar							
--	--	--	--	--	--	--	--

Langkah-langkah: 1. Perawat mencuci tangan. 2. Gunakan sarung tangan bersih. 3. Baringkan klien terlentang mendatar di tengah tempat tidur. 4. Atur ketinggian tempat tidur dengan elevasi kepala 45-60 derajat (jika tempat tidur dapat disetting secara otomatis) atau dengan menggunakan bantal besar. 5. Berikan bantal kecil di bawah kepala klien untuk mencegah kontraktur servical vertebrae. 6. Berikan bantal kecil untuk menyangga pergelangan tangan dan lengan bagian bawah jika klien kehilangan control volunteer sehingga lengan tidak dapat digerakan. Hal ini untuk mencegah dislokasi bahu dari efek lengan yang tidak di support / ditopang, meningkatkan sirkulasi dan mencegah kontraktur pergelangan tangan dan lengan.							
---	--	--	--	--	--	--	--

7.Berikan klien bantal kecil di bawah pinggang untuk menopang lumbar vertebrae dan menurunkan fleksinya bagian vertebrae. 8.Berikan klien bantal kecil di bawah paha untuk mencegah hiperekstensi paha dan penyumbatan arteri politeal dari tekanan akibat berat badan. 9.Berikan klien bantal kecil di bawah betis untuk mencegah tekanan di tumit. 10.Tempatkan papan kaki di bawah telapak kaki klien untuk memantapkan posisi dorsifleksi dan mencegah food-drop. 11.Rapihkan alat. 12.Lepaskan sarung tangan. 13.Cuci sarung tangan. 14.Dokumentasi.							
Sikap: 1.Melakukan tindakan dengan sistematis. 2.Komunikatif dengan klien. 3.Percaya diri.							

Keterangan:

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

Kriteria Penilaian:

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

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Tindakan yang dilakukan (Ya)} \times 100}{20} = \underline{\hspace{2cm}}$$

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN:**MEMBERIKAN KLIEN POSISI SIMS**

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: • Bantal 2-5 buah. • K/p sandaran punggung							
Persiapan Lingkungan: Jaga privasi klien.							
Persiapan Klien: Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.							
Langkah-langkah: 1. Perawat mencuci tangan. 2. Gunakan sarung tangan. 3. Tempatkan klien pada posisi terlentang di tengah tempat tidur. 4. Miringkan klien dengan sebagian berbaring pada abdomen. 5. Tempatkan bantal kecil di bawah kepala. 6. Tempatkan bantal di bawah lengan fleksi klien. Bantal harus lebih dari tangan sampai siku. 7. Tempatkan bantal di bawah tungkai yang fleksi, dengan menyokong tungkai setinggi panggul. 8. Tempatkan bantal pasir atau penyangga foot-drop melawan kaki klien. 9. Rapihkan alat. 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 dengan tidak / kurang benar).

Kriteria Penilaian:

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

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Tindakan yang dilakukan (Ya)}}{20} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$$

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

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN:
MEMBERIKAN POSISI PRONE (TENGGURAP)**

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: - Bantal 2-5 buah. - K/p sandaran punggung							
Persiapan Lingkungan: Jaga privasi klien.							
Persiapan klien: Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.							

Langkah-langkah: 2. Perawat mencuci tangan. 3. Gunakan sarung tangan. 4. Mengangkat bantal dari kepala klien. 5. Bantu klien untuk menggeser kea rah kanan (dapat juga kea rah kiri, tergantung bagian tubuh mana yang mengalami hemiplegia). 6. Memasang bantal tipis di samping perut sebelah kiri. 7. Letakan lengan kiri klien berhimpit pada sisi tubuh. 8. Tekukan kaki kanan klien. 9. Silangkan lengan kanan klien kea rah dada kiri. 10. Bantu klien untuk memutar bagian tubuhnya kea rah kanan. 11. Perawat membantu merubah posisi pasien ke posisi telungkup. 12. Rapihkan alat. 13. Lepaskan sarung tangan. 14. Cuci tangan. 15. Dokumentasi.							
Sikap: 16. Melakukan tindakan dengan sistematis. 17. Komunikatif dengan klien. 18. Percaya diri.							

Keterangan:

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

Kriteria Penilaian:

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

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Tindakan yang dilakukan (Ya)}}{20} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$$

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

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN: MEMBERIKAN
POSISI TRENDELENBURG**

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: - Bantal 2-5 buah. - K/p sandaran punggung							
Persiapan Lingkungan: 2. Jaga privasi klien.							
Persiapan klien: 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.							
Langkah-langkah: 4. Perawat mencuci tangan. 5. Gunakan sarung tangan. 6. Angkat bagian kaki tempat tidur, perawat lain memberikan bantal di bagian kaki tempat tidur. 7. Memberikan posisi yang nyaman. 8. Rapikan alat. 9. Lepaskan sarung tangan. 10. Cuci tangan. 11. Dokumentasi.							
Sikap: 19. Melakukan tindakan dengan sistematis. 20. Komunikatif dengan							

klien. 21. Percaya diri.							
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Keterangan:

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

Kriteria Penilaian:

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

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Tindakan yang dilakukan (Ya)}}{20} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$$

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN: MEMBERIKAN KLIEN POSISI LITOTOMI

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: • Bantal besar 2-5 buah. • Gulungan handuk atau bantal kecil 2-5 buah. • Sarung tangan bersih • Tempat tidur dengan penyangga kaki..							
Persiapan Lingkungan: 2. Jaga privasi klien.							
Persiapaan klien: 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.							

Langkah-langkah: 4. Perawat mencuci tangan. 5. Gunakan sarung tangan. 6. Baringkan klien terlentang mendatar di tengah tempat tidur. 7. Letakan bantal kecil atau gulungan handuk pada spinal lumbal klien. 8. Letakan tumit klien di penyangga kali tempat tidur. 9. Rapihan alat. 10. Lepaskan sarung tangan. 11. Cuci tangan. 12. Dokumentasi.							
Sikap: 13. Melakukan tindakan dengan sistematis. 14. Komunikatif dengan klien. 15. Percaya diri.							

Keterangan:

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

Kriteria Penilaian:

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

Nilai = $\frac{\text{Jumlah Tindakan yang dilakukan (Ya)}}{20} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$

Tanggal :	Tanggal :	Tanggal:
-----------	-----------	----------

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN: MEMBERIKAN KLIEN POSISI KNEE-CHEST

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: • Bantal besar 2-5 buah. • Gulungan handuk atau bantal kecil 2-5 buah. • Sarung tangan bersih							
Persiapan Lingkungan: Jaga privasi klien.							
Persiapan klien: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.							

Langkah-langkah: 2. Perawat mencuci tangan. 3. Gunakan sarung tangan. 4. Bantu klien untuk posisi prone tanpa alas bantal 5. Bantu klien untuk menekukkan kakinya sehingga membentuk sudut 90°. 6. Letakkan bantal kecil di kepala klien. 7. Letakkan bantal secukupnya di bagian abdomen klien untuk membantu menopang berat badan klien. 8. Rapihan alat. 9. Lepaskan sarung tangan. 10. Cuci tangan. 11. Dokumentasi.							
Sikap: 12. Melakukan tindakan dengan sistematis. 13. Komunikatif dengan klien. 14. Percaya diri.							

Keterangan:

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

Kriteria Penilaian:

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

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Tindakan yang dilakukan (Ya)}}{20} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$$

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN: MEMBERIKAN KLIEN POSISI DORSAL RECUMBENT

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: • Bantal besar 2-5 buah. • Gulungan handuk atau bantal kecil 2-5 buah. • Sarung tangan bersih							
Persiapan Lingkungan: Jaga privasi klien.							
Persiapan klien: Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.							

Langkah-langkah: 1. Perawat mencuci tangan. 2. Gunakan sarung tangan. 3. Baringkan klien terlentang mendatar I tangan tempat tidur. 4. Letakkan bantal kecil atau gulungkan handuk pada spinal lumbal klien. 5. Bila perlu, tempatkan trochanter roll atau bantal pasir sejajar dengan permukaan lateral paha pasien. 6. Letakkan bantal kecil di bawah mata kaki klien untuk meninggikan tumit. 7. Letakkan papan kaki atau penahan foot-drop di atas telapak kaki klien. 8. Letakkan bantal di bawah lengan pronasi, mempertahankan lengan atas sejajar dengan tubuh. 9. Letakkan gulungan handuk kecil / bola kecil pada klien atau menggunakan bebat. 10. Rapihan alat. 11. Lepaskan sarung tangan. 12. Cuci tangan. 13. Dokumentasi.							
Sikap: 1. Melakukan tindakan dengan sistematis. 2. Komunikatif dengan klien. 3. Percaya diri.							

Keterangan:

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

Kriteria Penilaian:

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

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Tindakan yang dilakukan (Ya)}}{20} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$$

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

4.9 Memindahkan Klien Dari Tempat Tidur Ke Kursi Roda Dan Sebaliknya

Defenisi

Proses merubah posisi klien dari tempat tidur klien ke kursi roda atau sebaliknya .



Gambar 25. Memindahkan Pasien dari tempat tidur ke Kursi Roda

Tujuan

1. Memobilisasi klien.
2. Mendorong dan menstimulasi klien untuk menambah kegiatan atau aktivitas sosial kepada orang lain.
3. Memberikan klien perubahan suasana selain di tempat tidur.

Indikasi

1. Klien yang harus dilakukan pemeriksaan penunjang lain yang harus dilakukan di ruangan lainnya.
2. Klien yang malas untuk melakukan aktivitas selain di tempat tidur padahal klien sudah mampu melakukan secara fisik.

Kontraindikasi

Klien dengan penurunan kesadaran yang parah. Akan lebih aman memakai tempat tidur ketika klien harus dibawa ke tempat lain.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Sebelum melakukan proses pemindahan, rencanakan dengan baik apa yang akan dilakukan dan bagaimana mengerjakannya. Perawat perlu pertimbangkan apakah memerlukan bantuan lain. Pertimbangkan kekuatan perawat dan berat badan klien .
2. Periksa terlebih dahulu peralatan sebelum dimulai, misalnya ikat pinggang khususnya memindahkan klien atau kursi rodanya apakah berfungsi dengan baik atau tidak.

3. Pindahkan barang-barang yang dapat mengganggu proses pemindahan, misalnya kursi roda penunggu pasien.
4. Jelaskan terlebih dahulu apa yang akan dilakukan kepada klien , termasuk apa yang harus dilakukan perawat.
5. Selama proses pemindahan , berikan klien instruksi setahap demi setahap, misalnya : “Pak, sekarang pindahkan kaki kanan bapak ke arah depan “.
6. Jangan lupa memasang kursi roda atau tempat tidur dalam keadaan terkunci pada saat klien akan dipindahkan menuju atau dari kursi roda.
7. Pasang alas kaki ketika klien sudah dipindahkan ke kursi roda atau lepaskan alas kaki sebelum klien dipindahkan.

Pengkajian

1. Kaji kemampuan fisiologis klien untuk proses pemindahan, seperti kekuatan otot kaki dan lengan, mobilitas sendi, adanya kontraktur, adanya paralisis atau paresis serta adanya luka trauma dibagian ekstremitas atau adanya amputasi. Klien dengan imobilitas atau dengan poses infeksi (seperti Artritis) biasanya terdapat kekakuan otot (kontraktur) serta kerusakan mobilitas sendi. Sedangkan klien dengan stroke akan mengalami paralisis (baik bilateral ataupun unilateral), sehingga perawat membutuhkan alat bantu (seperti ikat pinggang khusus mentransfer klien).
2. Kaji adanya kelemahan, adanya rasa pusing dan adanya hipotensi postural (perubahan tekanan darah akibat perubahan posisi). Hal ini penting dilakukan untuk meminimalisir kejadian klien yang terjatuh pada proses memindahkan. Pada klien imobilisasi akan mengalami penurunan sistem syaraf autonomic sehingga tekanan darah akan turun 15 mmHg atau lebih ketika klien bangun dari posisi duduk ke berdiri.
3. Kaji tingkat daya ketahanan klien dalam menggunakan ekstremitas atas dan bawah untuk melakukan perubahan posisi dan pemindahan. Lakukan dengan pengukuran tand – tanda vital.
4. Kaji fungsi keseimbangan klien ketika di sisi tempat tidur.
5. Kaji status sensori klien, meliputi pendengaran, penglihatan dan sensasi.
6. Kaji tingkat kenyamanan klien, misalnya adanya nyeri dan spasme otot.
7. Kaji status kognitif klien, seperti kemampuan mengikuti perintah verbal, daya ingat, memberikan respon seperti yang di harapkan serta limit waktu melakukan pemindahan posisi.
8. Kaji motivasi klien sehingga perawat mengetahui beberapa keinginan klien untuk melakukan aktivitas.
9. Kaji tehnik yang terbaik untuk memindahkan klien (misalkan perlu atau tidaknya memakai alat bantu atau dengan bantuan perawat lain).

10. Kaji adanya faktor resiko yang spesifik tentang adanya kemungkinan klien untuk jatuh, misalnya devisit neuromuscular, kelemahan motorik, atau kehilangan kalsium dari tulang panjang.

Masalah keperawatan yang terkait

1. Intoleransi aktivitas.
2. Resiko anjuri.
3. Kerusakan mobilitas fisik.
4. Nyeri

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya dan memindahkan klien dengan bantuan 3 orang perawat.

Implementasi tindakan keperawatan

Memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya (format 8.11).

Memindahkan klien dengan bantuan 3 orang penolong (8.12).

Evaluasi formatif

1. Evaluasi tanda- tanda vital klien setelah dilakukan perpindahan.
2. Evaluasi body alignment klien, apakah sudah tepat atau belum.
3. Evaluasi respon klien pada saat dilakukan pemindahan.
4. Evaluasi apakah klien mengalami nyeri selama proses pemindahan.

Contoh dokumentasi implemetnasi tindakan keperawatan.

Nama: Ny. A (35 Tahun)

Ruang Anggrek RS Peduli Sesama

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Keperawatan dan Respon	Paraf dan Nama
16 April 2019	12:00	1	Memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda Respon: klien mengatakan nyaman pada posisi yang sekarang, tidak ada nyeri, tekanan darah 120/80 mmHg, RR 20x/menit, nadi 75x/menit_____	

TABEL

4.10 Membantu Klien Memakai Stokinik (Elastic Stocking)

Definisi

Memasukkan bagian kaki pasien ke dalam stokinik

Tujuan

1. Menurunkan risiko statisnya aliran darah
2. Menurunkan risiko terjadinya pembuluh darah vena yang abnormal

Indikasi

Efektif dilakukan pada klien dengan:

1. Setelah terjadinya injury
2. Setelah dilakukannya operasi

Pada 2 kasus di atas, klien berisiko terjadinya DVT (Deep Vein Thrombosis). Menurut love (1990), pemakaian stokinik merupakan salah satu proses recovery postoperative

Kontraindikasi

1. Dermatitis atau adanya luka terbuka
2. Skin graft yang baru
3. Aterosklerosis tingkat sedang
4. Edema pulmonary
5. Penurunan sirkulasi di ekstremitas yang ditandai dengan sianosis, ekstremitas yang dingin

Hal-hal yang perlu di perhatikan

1. Terdapat 3 elemen terbentuknya DVT yaitu hiperkoagulasi darah, dinding vena yang abnormal serta statisnya darah (Handerhan, 1991; love, 1990; miller,1989, ligeti, 1990) Tiga elemen ini disebut dengan Triad Virchow's. pemakaian stokinik akan membantu untuk menurunkan 2 elemen Triad Virchow's yaitu pembentukan dinding vena yang abnormal serta statisnya darah. Stokinik akan memperlancar venous return (aliran balik vena) dengan cara memantapkan tekanan di vena superfisial untuk mencegah pembentukan bekuan darah di ekstremitas bawah, DVT juga ditemukan pada klien yang mengalami pelebaran diameter vena lebih dari 20% (Jeffery & nicolaides, 1990). Dengan pemakaian stokinik akan mencegah dilatasi vena dan robek lapisan endothelial.
2. Ekstremitas bawah yang terpasang stokinik tidak boleh dilakukan massage/ pijat
3. Klien sebaiknya mempunyai 2 pasang stokinik sehingga ketika 1 pasang dipakai dan 1 pasang yang lain dapat dicuci. Cuci stokinik tiap 2 hari dengan deterjen yang lembut, kemudian keringkan adalah posisi datar. Pengeringan dengan menggunakan hair-dryer dapat menyebabkan stokinik menjadi rusak oleh karena itu lakukan pengeringan serta alami. Stokinik juga jangan digantung karena akan menyebabkan perubahan bentuk stokinik.

4. Cara lain untuk menurunkan risiko DVT adalah penggunaan stokinnet kompresi pneumatic. Jenis stokinnet ini dapat mengembang dan mengempis sehingga dapat mencegah terjadinya statis vena dan akumulasi factor pembekuan darah
5. Perawat perlu mengajarkan klien cara memakai stokinnet yang benar
6. Perawat harus mengingatkan klien untuk tidak melakukan posisi yang dapat menstimulus stasis vena, misalnya menyilangkan kaki. Minta klien untuk mengelevasikan kakinya untuk meningkatkan aliran balik vena/venous return (Handerhan, 1991; Holcomb, 1991)
7. Kaji alasan klien jika klien tidak mau menggunakan stokinnet lagi. Factor yang mungkin menjadi alasan penolakan klien menggunakan stokinnet adalah social ekonomi (harga stokinnet relative mahal, apalagi jika stokinnet yang ada sudah rusak dan tidak bisa dipakai lagi, maka klien harus membeli lagi, factor kosmetik, klien merasa tidak nyaman, kurang pengetahuan tentang alasan pemakaian atau kesulitan memakai stokinnet (Kiev et al, 1990)

Pengkajian

1. Kaji kebutuhan klien terhadap pemakaian stokinnet
 - a. Hiperkoagulasi : terjadi pada klien dengan gangguan pembekuan darah, demam, dehidrasi, wanita hamil, ibu postpartum wanita yang memakai kontrasepsi oral (khususnya jika klien merokok)
 - b. Dinding vena abnormal : terjadi pada klien dengan trauma local, pembedahan ortopedi, pembedahan abdomen skala besar, aterosklerosis
 - c. Stasis darah : terjadi pada klien imobilisasi atau klien dengan obesitas
2. Kaji tanda dan gejala yang kontraindikasi pemakaian stokinnet
3. Kaji catatan medis dokter
4. Kaji tingkat pengetahuan klien terhadap pemakaian stokinnet
5. Kaji dan catat kondisi kulit serta sirkulasi

Masalah keperawatan yang terkait

1. Perfusi jaringan perifer
2. Kurang mobilitas fisik
3. Kurang pengetahuan klien tentang prosedur pemakaian stokinnet

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah membantu klien memakai stokinnet

Implementasi tindakan keperawatan

Membantu klien memakai stokinnet

Evaluasi formatif

1. Evaluasi respon pemakaian stokinnet setelah 1 jam pemakaian
2. Evaluasi adanya lipatan di area stokinnet

3. Evaluasi sirkulasi ekstremitas bawah (warna, suhu, dan kondisi kulit)
4. Evaluasi cara klien atau keluarga dalam pemakaian stokin

Contoh dokumentasi implementasi tindakan 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	1	Membantu klien dalam pemakaian stokin dengan panjang 60 cm, ukuran M Respon : kondisi kulit tidak ada lesi dan iritasi, sirkulasi lancar ditandai dengan tidak adanya tanda-tanda sianosis, suhu hangat. Stokin akan dilepas pukul 16.00 WIB	Raka

Format penilaian penampilan kerja keterampilan: membantu klien memakai stocking elastis (stokinet)

Nama mahasiswa :

ASPEK YANG DINILAI	DILAKUKAN						KET
	Tgl :		Tgl:		Tgl:		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Persiapan alat: • Bedak powder untuk kulit • Stocking (stokinet) elastis sesuai dengan ukuran kaki • Handuk kecil • Sarung tangan bersih							
Persiapan lingkungan 2. Jaga privasi klien							
Persiapan klien 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi supine di tempat tidur							
Langkah-langkah: 5. Mencuci tangan 6. Pakai sarung tangan bersih 7. Bersihkan kaki klien dengan handuk kecil 8. Taburkan bedak powder di kaki klien untuk mengurangi friksi di kulit dan memudahkan pemakaian 9. Balikkan stocking kea rah luar dengan cara memasukkan tangan perawat ke dalam stocking lalu ambil bagian ujung stocking dengan tangan yang lain sehingga posisis stocking bagian							

dalam ada di luar. Cara ini dilakukan agar memudahkan perawat ketika memasukkan kaki klien ke dalam stocking 10. Masukkan kaki klien ke dalam stocking dari ujung kaki sampai dengan seluruh bagian kaki secara perlahan 11. Instruksikan kepada klien agar jangan menggulung stocking ke arah bawah karena dapat menimbulkan efek konstriksi dan menghambat aliran balik vena 12. Bantu klien untuk kembali ke posisi yang diinginkan 13. Rapihkan alat 14. Lepaskan sarung tangan bersih 15. Mencuci tangan 16. Mendokumentasikan prosedur							
Sikap : 17. Melakukan tindakan dengan sistematis 18. Komunikatif dengan klien 19. 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

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

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

4.11 Melakukan pijat punggung (backrub)

Definisi

Melakukan pijatan di area tubuh bagian posterior (termasuk bahu dan leher bagian bawah). Prosedur ini dilakukan setelah klien mandi atau sebelum klien tidur. Banyak keuntungan yang dapat dilakukan dengan prosedur ini, seperti pengerjaan prosedur yang relative mudah, murah, tidak memerlukan peralatan yang sulit (hanya sekedar minyak pijat atau lotion), tidak membutuhkan waktu yang lam (pijat punggung yang efektif hanya memerlukan waktu 3-5 menit) serta dapat diajarkan kepada anggota keluarga klien

Tujuan

1. Menurunkan kekauan otot
2. Mendukung proses relaksasi, baik fisik ataupun psikologis
3. Memperbaiki dan meningkatkan fungsi kulit dan otot
4. Menurunkan gejala insomnia (sulit tidur di malam hari)
5. Menurunkan sensasi nyeri
6. Meningkatkan sirkulasi darah

Indikasi

Efektif dilakukan pada:

1. Klien yang mengalami kekakuan otot, stress fisik dan psikologis, dan klien yang mengalami nyeri ringan sampai sedang
2. Klien dengan insomnia

Kontraindikasi

1. Klien yang mempunyai luka terbuka atau bekas insisi operasi di bagian anterior, misalnya abdomen.
2. Klien dengan gangguan pernafasan Karena posisi prone pada saat dilakukan pijat punggung akan mengakibatkan ekspansi paru menurun

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Lakukan pijatan di ruangan yang terjaga privasi klien, nyaman, tidak rebut, suhu yang hangat, pencahayaan yang cukup dan aman.
2. Yakinkan linen dalam keadaan bersih, kering, dan tidak kusut
3. Minta klien untuk berkemih terlebih dahulu sebelum dilakukan pijatan agar tidak ada distraksi pada saat dilakukan pijatan
4. Jika klien terdapat keluhan kekakuan otot, lakukan pijatan secara lebih mantap (bukan berarti keras)
5. Hindari pijatan di area kulit yang mengalami abrasi

6. Jika klien merasakan adanya peningkatan rasa nyaman setelah dilakukan pijatan punggung, ajarkan kepada anggota keluarga cara melakukan prosedur. Pijatan punggung dapat dijadikan bagian dari rutinitas klien sebelum tidur
7. Dalam melakukan pijat punggung, posisi klien harus tetap diusahakan body alignment. Gunakan bantal jika diperlukan
8. Selama dilakukan pijatan, klien tetap harus dijaga agar tidak terjatuh dari tempat tidur klien

Pengkajian

1. Kaji limit waktu klien dalam posisi pijat punggung
2. Kaji adanya kondisi seperti fraktur vertebra, luka bakar, luka terbuka atau factor lain yang menjadi kontraindikasi dilakukannya pijat punggung
3. Kaji tanda-tanda vital, terutama pada klien dengan riwayat hipertensi atau distritmia. Pijat punggung mungkin akan menstimulus system syaraf autonomon yang akan mengubah irama jantung dan tekanan darah. Belum ada penelitian yang menunjukkan adanya hubungan

Masalah keperawatan yang terkait

1. Ansietas
2. Risiko kerusakan integritas kulit
3. Nyeri

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah melakukan pijatan punggung (back rub)

Implementasi tindakan keperawatan

Melakukan pijatan punggung / *back rub*

Evaluasi formatif

1. Evaluasi apakah klien merasa nyaman setelah dilakukan pijatan punggung, terutama pada area yang mengalami nyeri atau kekakuan otot
2. Evaluasi tekanan darah dan nadi klien karena pijatan punggung memungkinkan terjadinya peningkatan tekanan darah dan nadi klien

Contoh dokumentasi implementasi tindakan keperawatan

Nama : Ny. A (35 tahun)

Ruangan Anggrek RS Peduli sesama

Tanggal	Jam	Dx	Implemetasi keperawatan dan respon	Paraf & Nama
16 april 2009	12.00	1	Melakukan pijatan punggung Respon : klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan prosedur, terutama di area yang mengalami kekakuan otot, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 78x/menit	Raka

Format penilaian penampilan kerja keterampilan : melakukan pijat punggung (*backrub*)

Nama mahasiswa :

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	DILAKUKAKAN						KET
	Tgl		Tgl		Tgl		
	Ya	tdk	Ya	Td k	Ya	Td k	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Persiapan alat: - Selimut mandi - Handuk mandi - Minyak pijat atau lotion							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien.							
Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Berikan klien posisi prone atau sims dengan punggung klien menghadap perawat							
Langkah-langkah : 5. Cuci tangan 6. Atur ketinggian tempat tidur senyaman mungkin untuk memudahkan perawat melakukan pijat punggung. Buka side rail/sisi tempat tidur (jika ada) 7. Buka area punggung, bahu, lengan atas bagian posterior. Tutup area yang tidak diperlukan dengan menggunakan selimut mandi 8. Ambil minyak pijat secukupnya. Terangkan kepada klien bahwa mintak pijat akan membuat badan klien hangat 9. Pijat bagian tubuh klien, dimulai dari arah sacral ke arah punggung dengan gerakan sirkular. Arah pijatan dalam 1x gerakan adalah sacral, punggung, lengan, bagian atas iliaka.jadi tangan perawat jangan diangkat dulu sampai 1x							

gerakan. Ulangi gerakan-gerakan tersebut selama 3 menit. Pada saat memijat. Gunakan ibu jari dan 4 jari lainnya lalu lakukan sedikit hentakkan /genggaman. Jika klien dalam posisi side lying, lakukan di sisi lainnya. 10. Akhiri pijatan dengan gerakan usapan panjang dan katakana pada klien bahwa pijatan sudah selesai dilakukan 11. Bersihkan tubuh klien dari sisa minyak pijat dengan menggunakan handuk mandi 12. Bantu klien untuk memakaikan pakaiannya 13. Bantu klien pada posisi nyaman pasang kembali side rail jika diperlukan 14. Rapihkan alat 15. Cuci tangan 16. Dokumentasi							
Sikap : 17. Melakukan tindakan dengan sistematis 18. Komunikatif dengan klien 19. 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

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

Tgl:		Tgl:		Tgl:	
Nilai :		Nilai :		Nilai :	
Pembimbing:		Pembimbing:		Pembimbing:	

Mahasiswa :		Mahasiswa :		Mahasiswa :	
-------------	--	-------------	--	-------------	--

BAB 5

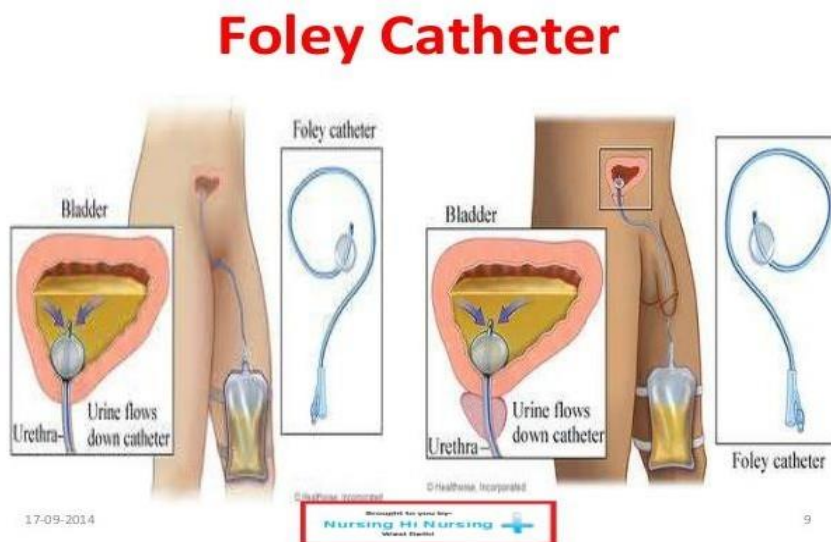
PROSEDUR KEBUTUHAN ELIMINASI URIN DAN FEKAL

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, mengamati fungsi kandung kemih dan ususnya, serta membantu pasien yang menghadapi masalah dalam fungsi ini merupakan tanggung jawab keperawatan yang mendasar.

5.1 Memasang Kateter

Definisi

Memasukkan selang kateter ke dalam kandung kemih melewati uretra.



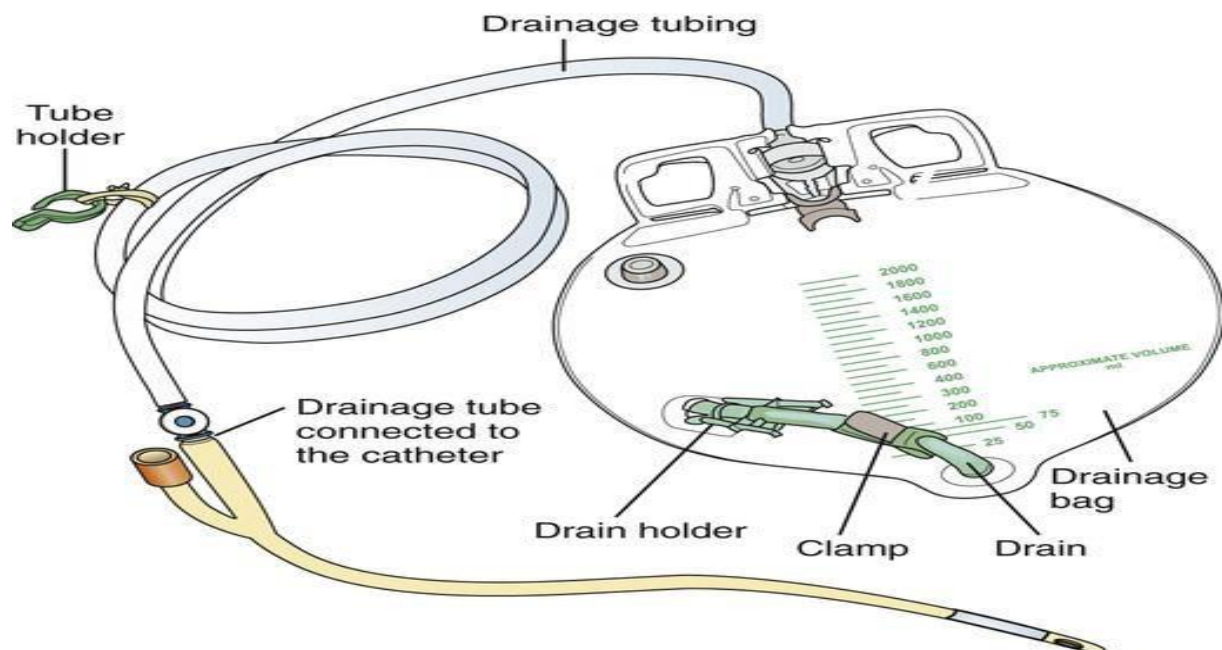
Gambar : posisi kateter dan selang kateter

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 kluar 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.
6. Mencegah urin mengkontaminasi bekas insisi bedah setelah operasi perineal.

7. 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 :

1. Distensi abdomen
2. Akan mengalami operasi atau tindakan pemedahan atau post operasi (dimana dikhawatirkan akan membasahi daerah operasi)
3. Decompresi kandung kemih selama atau setelah tindakan operasi
4. Klien dengan inkontinensia (dimana tidak ada cara ataupun solusi yang lain)
5. Membutuhkan pengukuran urin yang lebih akurat
6. Mengalami retensi urin yang akut
7. Mengalami obstruksi seperti pembesaran prostat, striktur uretra, prolapse organ pelvis,
8. 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

1. 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

2. Pada beberapa kelompok klien memerlukan ukuran selang kateter lebih kecil dari biasanya, yaitu pada klien dengan infeksi kandung kemih atau pada wanita hamil.
3. 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* .
4. 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 selimut klien
4. Membungkus kaki klien dengan sudut selimut dan bagian tengah menutupi daerah pubic (jika selimut lebar) atau 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, preputium 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. Merapikan 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 - 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 - Spuut 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 2. Jaga privasi pasien							
Persiapan Pasien 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan							
Langkah-langkah : 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							

selimut lebar) atau membuka selimut sampai keatas pubic							
8. Memasangkan perlak (pengalas) pada bagian bawah tempat tidur							
9. Bantu klien untuk posisi dorsal recumben (wanita) dan supine (pria)							
10. Membuka set steril							
11. Mengeluarkan kateter dan spuit dari bungkusnya kemudian diletakkan dalam area steril							
12. Menuang cairan desinfektan pada kom kecil							
13. Menuang jelly pada kassa steril							
14. Memakai sarung tangan (tangan dominan atau kanan saja)							
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							
16. Memakai sarung tangan steril untuk tangan non dominan / kiri							
17. Memasang duk bolong steril pada daerah genital							
18. Memberi pada ujung kateter dengan jelly (pelicin)							
19. Meletakkan bengkok steril diantara 2 tungkai pasien							
20. Mengambil kassa steril dengan pinset steril, lalu kassa dibasahi larutan desinfektan.							
21. 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 atas kebawah 1x usap 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.							
22. 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- 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 = Jumlah Tindakan yang Dilakukan (Ya) x 100 =

36

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

Contoh Dokumentasi Implementasi Tindakan 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	2	Memasang kateter ukuran 15 Fr, jumlah cairan dalam balon kateter 25cc. Respon : kateter terpasang dalam keadaan paten, jumlah urin yang keluar setelah pemasangan 300cc, warna kuning kemerahan, klien merasa nyeri minimal di area pemasangan kateter	Raka

Evaluasi Formatif

1. Evaluasi kandung kemih dengan cara palpasi kandung kemih dan tanya klien apakah klien lebih nyaman
2. Evaluasi karakter urin (jumlah, warna) yang tertampung dalam kantung urin (urin bag)
3. Evaluasi adanya sumbatan di selang kateter atau penghubung antara selang kateter dengan selang kantung urin.

Gambar pemasangan kateter pada laki-laki



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 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
- Sduit 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. Rapikan 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 : • Pengalas • Bengkok • Sduit 10cc • Sampiran • Sarung tangan bersih • Selimut mandi • 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. Rapikan 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

Nilai = Jumlah Tindakan yang Dilakukan (Ya) x 100 =

20

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

Contoh Dokumentasi Implementasi Tindakan 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	2	Melepaskan kateter ukuran 15 Fr, jumlah cairan dalam balon kateter yang dikeluarkan sebanyak 25cc. Respon : klien merasa nyeri minimal di area pemasangan kateter	Raka

Evaluasi Formatif

1. Evaluasi apakah klien mengalami rasa nyeri saat berkemih setelah kateter dilepaskan
2. Evaluasi keadaan kulit, apakah terjadi iritasi kulit di sekitar pemasangan kateter atau di area fiksasi kateter

MELAKUKAN PERAWATAN KATETER

Definisi

Perawatan kateter adalah suatu proses pembersihan area pemasangan kateter dan selang kateter bagian luar dengan mengeluarkan cairan desinfektan, termasuk didalamnya kegiatan memeriksa kepatenan dari selang kateter itu sendiri



Tujuan

1. Membuat klien merasa lebih nyaman
2. Menurunkan resiko infeksi saluran perkemihan
3. Memeriksa kepatenan selang kateter
4. Mengetahui karakteristik urin klien : warna, urin, bau

Indikasi

Setiap klien yang terpasang kateter

Kontraindikasi

Tidak ada

Hal-hal yang Perlu Diperhatikan :

1. Jika balon kateter bocor, maka kempeskan balon, keluarkan isinya dan lepaskan selang kateter
2. Terkadang dapat juga terjadi sumbatan dalam selang kateter. Tanda yang paling umum adalah aliran urin menjadi sangat pelan, urin tidak mengalir dalam waktu 2 jam walaupun klien sudah minum banyak, kadang tercium bau urin, dan terjadi tekanan di abdomen bagian bawah
3. Anjurkan klien untuk minum adekuat 8 – 12 gelas (2000-3000 cc per hari).minum adekuat dapat mengencerkan dan memperlancar aliran urin, meminimalisir adanya sedimen dan batu, serta mengurangi resiko infeksi

4. Jangan gunakan bedak powder atau lotion dibagian perineum karena akan meningkatkan pertumbuhan mikroorganisme

Pengkajian

1. Kaji berapa lama kateter akan dipasang
2. Kaji keadaan kulit di area meatus uretra
3. Kaji adanya keluhan nyeri ata rasa tidak nyaman
4. Kaji adanya alergi terhadap cairan antiseptic
5. Kaji suhu badan klien
6. Kaji intake cairan yang dikonsumsi klien. Jika klien kurang intake cairan adekuat maka akan meningkatkan resiko infeksi dan pertumbuhan bakteri
7. Kaji karakteristik urin : warna, jumlah, dan bau
8. Kaji tingkat pengetahuan klien tentang perawatan kateter

Masalah Keperawatan yang Terkait

1. Kekurangan volume cairan
2. Risiko infeksi
3. Nyeri

Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah melakukan perawatan kateter

Implementasi Tindakan Keperawatan

Periapan Alat :

- Bak instrumen steril yang berisi :
 - Duk bolong
 - Kain kassa atau depper secukupnya
 - Pinset anatomis (2 buah)
 - Pinset silurgis (1 buah)
 - Kom kecil (2 buah)
 - Kapas lidi (2 buah)
- Cairan desinfektan
- Bengkok
- Plester
- Gunting perban
- Cairan NaCl 0.9 %
- Selimut mandi
- Korentang pada tempatnya
- Perlak pengalas
- Sampiran
- Sarung tangan steril

- Pinset bersih

Persiapan Lingkungan :

Jaga privasi klien

Persiapan Klien :

1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
2. Beri klien posisi dorsal recumbent (wanita) dan supine (pada pria)
Catatan : posisi ini dilakukan di urutan langkah-langkah

Langkah-langkah :

1. Cuci tangan
2. Pasang sarung tangan bersih
3. Pasang perlak pengalas di bawah bokong klien
4. Ganti selimut klien dengan selimut mandi. Ekspose bagian perineal saja
5. Letakkan bengkok di samping klien
6. Buka kassa yang melindungi penis pria dengan menggunakan bantuan pinset bersih (jika diperlukan). Jika pada wanita tidak terpasang kassa
7. Buka set steril dengan menggunakan Teknik aseptik
8. Isi kom dengan cairan NaCl 0,9% dan betadin 70%
9. Pasang sarung tangan steril
10. Pasang duk bolong di daerah perineum
11. Peras kassa atau depper steril. Pisahkan pinset untuk memeras dengan pinset yang digunakan ke klien
12. Bersihkan area perineal. Catat keadaan perineal (adakah tanda-tanda infeksi : warna, bau, ada pembekakan, konsistensi cairan lendir)
Pria : Pegang penis dengan mantap arah 90° dan tarik preputium dengan menggunakan tangan non dominan. Bersihkan penis dan arah meatus uretra ke arah gland penis dengan tangan dominan.
wanita : buka labia mayora dengan tangan dominan lalu bersihkan dengan tangan dominan dari arah atas ke bawah. Lakukan hal ini sama pada labi minora dan meatus uretra
13. Bersihkan selang kateter dari area meatus uretra (± 10 cm) dengan cairan desinfektan
14. Pasang kassa kering dibagian penis pria dengan posisi menyilang sehingga ujung penis benar-benar tertutup. Pada wanita tidak perlu dilakukan
15. Fiksasi selang kateter pada posisi yang aman dan nyaman
Pria : di abdomen
Wanita : di paha bagian atas
16. Periksa kepatenan selang kateter dan kantong urin (posisi kantong urin harus lebih rendah dari vesika urinaria klien, kantong urin digantung disamping tempat tidur, pastikan tidak dalam keadaan ter-klem, kantong urin dikosongkan kembali jika terisi penuh atau paling tidak tiap 8jam)
17. Angkat pengalas bokong
18. Pasang kembali selimut klien

19. Rapihkan alat dan klien
20. Lepaskan sarung tangan
21. Cuci tangan
22. Dokumentasi

Sikap :

23. Melakukan tindakan dengan sistematis
24. Komunikatif dengan klien
25. Percaya diri

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

KETERAMPILAN : MELAKUKAN PERAWATAN KATETER (PRIA & 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 - Bak instrument steril yang berisi : - duk bolong - kain kassa atau depper secukupnya - pinset anatomis (2 buah) - pinset silurgis (1 buah) - kom kecil (2 buah) - kapas lidi (2 buah) - Cairan desinfektan - Bengkok - Plester - Gunting perban - Cairan NaCl 0,9 % - Selimut mandi - Korentang pada tempatnya - Perlak pengalas - Sampiran - Sarung tangan steril - Pinset bersih							
2. Persiapan Lingkungan 2. Jaga privasi klien							
Persiapan Klien 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi dorsal recumbent (pada wanita) dan supine (pada laki-laki) Catatan : posisi ini dilakukan diurutan langkah-langkah							
Langkah-langkah : 5. Cuci tangan 6. Pasang sarung tangan bersih 7. Pasang perlak perlak pengalas dibawah bokong klien 8. Ganti selimut klien dengan selimut							

mandi. Ekspose bagian perineal saja 9. Letakkan bengkok disamping klien 10. Buka kassa yang melindungi penis pria dengan menggunakan bantuan pinset bersih (jika diperlukan). Jika pada wanita tidak terpasang kassa 11. Buka set steril dengan menggunakan tehnik aseptik 12. Isi kom dengan cairan NaCl 0,9% dan betadin 70% 13. Pasang sarung tangan steril 14. Pasang duk bolong di daerah perineum 15. Peras kassa atau depper steril. Pisahkan oinset untuk memeras dengan pinset yang digunakan ke klien 16. Bersihkan area perineal. Catat keadaan perineal (adakah tanda-tanda infeksi : warna, bau, ada pembengkakan, konsistensi cairan lendir) Pria : pegang penis arah 90° dan tarik preputium dengan menggunakan tangan non dominan. Bersihkan penis dari arah meatus ke arah gland penis dengan tangan dominan . Wanita : buka labia mayora dengan tangan non dominan lalu bersihkan dengan tangan dominan dari arah atas kebawah. Lakukan hal yang sama pada labia minora dan meatus uretra 17. Bersihkan selang kateter dari area meatus uretral ($\pm$ 10cm) dengan cairan desinfektan 18. Pasang kassa kering dibagian penis pria dengan posisi menyilang sehingga ujung penis benar-benar tertutup. Pada wanita, tidak perlu dilakukan 19. Fiksasi selang kateter pada posisi yang aman dan nyaman Pria : di abdomen Wanita : di paha bagian atas 20. Periksa kepatenan selang kateter dan kantong urin (posisi kantong uring harus lebih rendah dari vesika urinaria klien, kantong urin digantung disamping tempat tidur, pastikan tidak dalam keadaan ter-							
---	--	--	--	--	--	--	--

klem, kantong urin dikosongkan kembali jika berisi penuh atau paling tidak tiap 8 jam) 21. Angkat pengalas bokong 22. Pasang kembali selimut pasien 23. Rapihkan alat dan klien 24. Lepaskan sarung tangan 25. Cuci tangan 26. Dokumentasi							
Sikap : 27. Melakukan tindakan dengan sistematis 28. Komunikatif dengan klien 29. 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 = $\frac{\text{Jumlah Tindakan yang Dilakukan (Ya)} \times 100}{\dots}$

29

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



Gambar : selang kateter dan kantong urin

Contoh Dokumentasi Implementasi Tindakan 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	2	Melakukan perawatan kateter (perawatan kateter sebelumnya dilakukan 2 hari yang lalu) Respon : klien merasa nyeri minimal di area pemasangan kateter, tidak ada tanda-tanda infeksi di area meatus uretra, urin berwarna kuning jernih, jumlah 500 cc	Raka

Evaluasi Formatif

1. Evaluasi kondisi uretra
2. Evaluasi karakter urin : warna, jumlah dan bau (jika memungkinkan)
3. Evaluasi temperatur badan klien
4. Evaluasi apakah klien mengalami nyeri

MEMASANG KONDOM KATETER

Definisi

Memasang alat yang sangat lembut dan dipakai untuk melapisi penis kemudian disambungkan dengan selang kantong urin. Kondom kateter dinilai lebih nyaman dipakai dan aman digunakan daripada selang kateter. Kondom kateter dapat dipakai pada klien laki-laki yang mengalami inkontinensia urin ataupun pada klien yang koma sekalipun asalkan masih dapat mengosongkan kandung urin secara spontan dan komplit (tidak ada urin residu). Sebagai pelengkap untuk melapisi penis, maka dibutuhkan juga plester elastis yang dipasang melingkari penis bagian atas.



Gambar : pemasangan kondom kateter (kiri), bentuk kondom kateter (kanan)

Tujuan

1. Membuat klien merasa nyaman, terutama pada klien inkontinensia yang masih mampu BAK secara spontan
2. Merupakan media untuk pemeriksaan urin
3. Memungkinkan klien untuk lebih bebas beraktivitas tanpa takut basah karena urin
4. Mencegah iritasi kulit, karena kulit yang terkena urin pada klien inkontinensia

Indikasi

Efektif dilakukan pada klien dengan masalah inkontinensia yang mampu BAK secara spontan

Kontraindikasi

Tidak ada

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Kondom kateter harus diganti setiap hari tetapi diobservasi minimal minimal tiap 4 jam untuk mendeteksi apakah ada masalah atau tidak
2. Jangan lupa untuk membersihkan meatus uretra dan penis pada saat mengganti kondom kateter. Lakukan juga pemeriksaan integritas kulit area tersebut

3. Lakukan komunikasi efektif pada saat melakukan pemasangan kondom kateter meskipun pada klien dengan kesadaran koma karena kemungkinan klien dapat mendengar

Pengkajian

1. Kaji kemampuan klien untuk BAK secara spontan dan teratur
2. Kaji tingkat kesadaran klien sehingga dapat dipakai sebagai dasar perawat untuk mengajari klien memakai kondom kateter
3. Kaji kondisi penis sebagai dasar untuk membandingkan keadaan kulit setelah pemasangan kondom kateter
4. Kaji tingkat pengetahuan klien terhadap tujuan dari pemasangan kondom kateter

Masalah Keperawatan yang Terkait

1. Risiko kerusakan integritas kulit
2. Kerusakan integritas kulit
3. Defisit perawatan diri : toileting secara mandiri
4. Total inkontinensia

Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah memasang kondom kateter

Implementasi Tindakan Keperawatan

Persiapan Alat :

- Kondom Kateter
- Gunting
- Plaster
- Sarung tangan bersih
- Bengkok
- Skerem
- Urine bag dan lem pengikatnya
- Selimut

Persiapan Lingkungan :

Jaga privasi klien, dengan cara memasang sekerem

Persiapan Klien :

1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
2. Beri klien posisi supine

Langkah-langkah :

1. Cuci tangan
2. Pakai sarung tangan bersih
3. Lepaskan pakaian bawah klien
4. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut
5. Bersihkan daerah genitalia klien dan keringkan kembali
6. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genitalia klien dengan tangan dominan
7. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urine bag
8. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas glands penis
9. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5 cm antara ujung gland penis dan ujung kondom
10. Pasang kembali pakaian bawah klien
11. Ikat urine bag disamping tempat tidur klien. Urine bag harus lebih endah dari kandung kemih
12. Rapihkan alat dan klien
13. Lepaskan sarung tangan
14. Cuci tangan
15. Dokumentasi

Sikap ;

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA
KETERAMPILAN : MEMASANG KONDOM KATETER

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 : • Kondom kateter • Gunting • Plester • Sarung tangan bersih • Bengkok • Urin bag dan lem pengikatnya • Selimut							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien, dengan cara memasang sekeram							
Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi supine							
Langkah-langkah : 5. Cuci tangan 6. Pakai sarung tangan bersih 7. Lepaskan pakaian bawah klien 8. Tutup area yang tidak diperlukan dengan selimut 9. Bersihkan daerah genetalia klien dan keringkan kembali 10. Pegang penis dengan mantap dengan tangan non dominan dan pasang kondom kateter di genetalia klien dengan tangan dominan 11. Hubungkan ujung kondom dengan ujung selang urin bag 12. Ikatkan penis dengan plester pengikatnya diatas gland penis dan ujung kondom 13. Berikan jarak kurang lebih 2,5-5cm antara ujung gland penis dan ujung penis							

14. Pasang kembali pakaian bawah klien 15. Ikat urin bag disamping tempat tidur klien. Urin bag harus lebih rendah dari kandung kemih 16. Rapihkan alat dan klien 17. Lepaskan sarung tangan 18. Cuci tangan 19. Dokumentasi							
Sikap : 20. Melakukan tindakan dengan sistematis 21. Komunikatif dengan klien 22. 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 = Jumlah Tindakan yang Dilakukan (Ya) x 100 =

29

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

Contoh Dokumentasi Implementasi Tindakan 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	2	Melakukan pemasangan kondom kateter Respon : tidak ada tanda-tanda infeksi dan iritasi pada daerah meatus uretra dan kulit sekitar penis, urin mengalir lancar, warna kuning jernih, jumlah 500 cc	Raka

Evaluasi Formatif

1. Evaluasi aliran drainase urin
2. Evaluasi keadaan kulit di sekitar penis terhadap tanda-tanda infeksi dan iritasi
3. Evaluasi sirkulasi gland penis untuk menentukan apakah plester elastik dipasang terlalu ketat / kencang

MEMBANTUKLIENBAKDITEMPAT'TIDUR

Definisi

Membantu klien BAK di tempat tidur dengan menggunakan bedpan (untuk wanita) atau urinal (untuk laki-laki) dimana klien mengalami kondisi-kondisi yang tidak memungkinkan untuk pergi ke kamar mandi (toilet).

Urinal dan bedpan adalah suatu alat untuk menampung urin yang umumnya terbuat dari plastic atau besi tipis. Pada wanita, bedpan tidak hanya digunakan untuk menampung urin, tetapi juga untuk menampung feses pada saat klien wanita ingin BAB di tempat tidur, walaupun terdapat juga urinal yang didesain untuk wanita. 2 macam tipe bedpan, yaitu *fracture bedpen (the slipper)* dan *regular bedpan (the high-back)*. *Fracture bedpen* dedesain untuk klien yang mengalami patah kaki atau bagian tubuh lain dengan kedalaman kira-kira hanya 1,3 cm sehingga mudah disisipkan dibawah bokong klien. Sedangkan pada *regular bedpan* kedalamannya mencapai 5 cm, memiliki bentuk kurva yang berisi tumpul dan halus serta dibagian ujungnya berposisi lebih rendah.



Gambar : fracture bedpan, regular bedpan, urinal untuk wanita, urinal untuk laki-laki

Tujuan

1. Membantu klien yang mengalami keterbatasan aktivitas
2. Mengurangi aktivitas klien (pada klien yang harus bedrest atau imobilisasi)
3. Mengurangi nyeri akibat pergerakan
4. Mendapatkan bahan dasar urin sebagai media pemeriksaan specimen urin
5. Mengetahui jumlah urin yang akurat pada klien yang membutuhkan pencatatan *intake output* yang akurat
6. Mengetahui karakteristik urin klien (meliputi jumlah, bau, warna, kejernihan)

Indikasi

Efektif dilakukan pada :

1. Klien yang harus *bedrest* atau imobilisasi, seperti klien dengan fraktur ekstremitas yang parah dan luas
2. Klien yang mengalami inkontinensia tetapi mampu BAK secara spontan

Kontraindikasi

Tidak ada

Hal-hal yang Perlu Diperhatikan

1. Klien laki-laki akan lebih mudah jika BAK dalam keadaan atau duduk disisi tempat tidur (jika memungkinkan)
2. Tetapi perhatikan *privacy* pasien, terutama pada klien dewasa
3. Untuk klien wanita, ajarkan membersihkan perineum dari area atas ke area anus untuk meminimalisir resiko infeksi saluran kemih dan mengurangi risiko transmisi kuman yang ada di anus berpindah ke meatus uretra

Pengkajian

1. Kaji kebiasaan BAK klien untuk mengidentifikasi pola berkemih klien sekaligus perawat dapat mengestimasi kapan klien membutuhkan bantuan untuk berkemih
2. Kaji periode inkontinensia
3. Kaji adanya distensi abdomen yang mengindikasikan bahwa kandung kemih klien telah penuh
4. Kaji tingkat kesadaran klien terhadap penggunaan urinal

Masalah Keperawatan yang Terkait

1. Kerusakan mobilitas fisik
2. Defisit perawatan diri : toileting

Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi masalah keperawatan klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah membantu klien untuk BAK diempat tidur

Implementasi Tindakan Keperawatan

Persiapan Alat :

- 1 buah bedpan (urinal untuk pria)
- 1 pasang sarung tangan bersih
- 1 buah botol cebok berisi air
- 1 buah handuk kecil/ kertas kloset
- 1 buah bengkok
- 1 buah perlak

- 1 buah selimut ekstra
- 1 pasang sarung tangan bersih

Persiapan Lingkungan :

Jaga privasi klien

Persiapan Klien :

Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan

Langkah-langkah :

1. Cuci tangan
2. Memasang sarung tangan
3. Memasang selimut ekstra
4. Memasang pengalas dibawah bokong klien
5. Melepaskan pakaian bawah klien
6. Bantu klien posisi dorsal recumbent
7. Memberikan urinal (bila klien pria) dan menempatkan bedpan dibawah bokong klien
8. Menyiram vulva/penis dengan air hangat dan mengeringkannya
9. Mengangkat bedpan/ urinal
10. Mengangkat pengalas, memakaikan kembali pakaian serta mengganti selimut ekstra
11. Merapihkan alat dan klien
12. Lepaskan sarung tangan
13. Cuci tangan
14. Dokumentasi

Sikap :

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

KETERAMPILAN : MEMBANTU BAK (BUANG AIR KECIL) DI TEMPAT TIDUR

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 : • 1 buah bedpan (urinal untuk pria) • 1 pasang sarung tangan bersih • 1 buah botol cebok berisi air • 1 buah handuk kecil/ kertas kloset • 1 buah bengkok • 1 buah perlak • 1 buah selimut ekstra • 1 pasang sarung tangan bersih							
Persiapan Lingkungan : 2. Jaga privasi klien							
Persiapan Klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan							
Langkah-langkah : 4. Cuci tangan 5. Memasang sarung tangan 6. Memasang selimut ekstra 7. Memasang pengalas dibawah bokong klien 8. Melepaskan pakaian bawah klien 9. Bantu klien posisi <i>dorsal recumbent</i> 10. Memeriksa urinal (bila klien pria) dan menempatkan bedpan di bawah bokong klien 11. Menyiram vulva/ penis klien dengan air hangat dan mengeringkannya 12. Menngangkat bedpan/ urinal 13. Mengangkat pengalas, memakaikan kembali pakaian serta mengganti selimut ekstra dengan selimut klien 14. Merapihkan alat dan klien 15. Lepaskan sarung tangan 16. Cuci tangan 17. Dokumentasi							
Sikap : 18. Melakukan tindakan dengan sistematis							

19. Komunikatif 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

Nilai = Jumlah Tindakan yang Dilakukan (Ya) x 100 =

29

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

Contoh Dokumentasi Implementasi Tindakan 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	2	Membantu klien BAK ditempat tidur menggunakan urinal. Respon : klien membutuhkan bantuan minimal dari perawat, urin berwarna kuning jernih, jumlah 500 cc, bau khas. Klien tidak mengalami kesulitan saat berkemih	Raka

Evaluasi Formatif

1. Evaluasi kemampuan klien dalam menggunakan urinal. Hal ini dapat membantu perawat dalam memodifikasi NCP (misalnya : apakah klien memerlukan bantuan lebih dari 1 perawat atau meningkatkan frekuensi dalam membantu klien BAK di tempat tidur)
2. Evaluasi karakteristik urin : warna, jumlah, bau.

MEMBANTUKLIENUNTUKBABDITEMPATIDUR

Definisi

Membantu klien untuk BAB di tempat tidur dengan menggunakan bedpan (untuk wanita dan laki-laki) dimana klien mengalami kondisi-kondisi yang tidak memungkinkan untuk pergi ke kamar mandi (toilet). Penjelasan tentang bedpan dapat dilihat bagian : membantu klien BAK di tempat tidur .

Tujuan

1. Membantu klien yang mengalami keterbatasan aktivitas
2. Mengurangi aktivitas klien (pada klien yang harus bedrest atau imobilisasi)
3. Mengurangi nyeri akibat pergerakan
4. Mendapatkan bahandasar feses sebagai media pemeriksaan specimen urin
5. Mengetahui karakteristik feses klien (meliputi jumlah, bau, warna, konsistensi)

Indikasi

Efektif dilakukan pada :

1. Klien yang harus bedrest total atau imobilisasi, seperti klien dengan fraktur ekstremitas yang parah dan luas
2. Klien dengan inkontinensia bowel

Kontraindikasi

Tidak ada

Hal-hal yang Perlu Diperhatikan

1. Tetap jaga privasi klien selama perawat membantu klien. Izinkan klien untuk membilas dan mengeringkan bokong mereka sendiri sehabis BAB jika klien merasa lebih nyaman untuk melakukannya sendiri. Perawat dapat membantu untuk menuangkan air dan menawarkan handuk mandi
2. Pada klien dengan masalah inkontinensia fekal, tawarkan bedpan setia 2 jam sekali atau setiap habis makan
3. Perawat mungkin akan memerlukan bantuan perawat lain jika klien yang dibantu merupakan klien yang perlu dibantu total (totally dependent client) atau dibantu sebagian (partially dependent client)
4. Bila klien mengalami konstipasi, anjurkan klien untuk :
 - Menambah jumlah intake cairan, terutama minuman hangat dan jus buah
 - Makan makanan yang mengandung tinggi serat
5. Bila klien mengalami diare, anjurkan klien untuk :
 - Menambah intake cairan minimal 8 gelas perhari untuk menghindari terjadinya dehidrasi
 - Menghindari alkohol, kopi, minuman yang terlalu dingin karena akan menstimulasi peristalsis usus

- Mengonsumsi makanan dan minuman yang mengandung sodium dan potassium. Potassium banyak ditemukan di sayuran dan buah-buahan seperti buah peach, tomat, dan nanas
 - Meningkatkan makanan yang mengandung serat soluble, seperti oatmeal, kentang dan buah yang mempunyai sedikit kulit buah (skinless fruits)
 - Membatasi makanan yang mengandung lemak, seperti daging atau makanan dengan olahan daging
6. Jika terjadi iritasi kulit di area bokong klien, gunakan tissue toilet atau handuk yang lembut. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian krim atau minyak (misalnya zinc oxide atau petrolatum). Lakukan juga *perineal care* setiap 4 jam sekali atau setiap habis BAB
 7. Kolaborasi dengan dokter untuk penghentian atau mengganti terapi obat jika ternyata terdapat obat-obatan yang dapat menyebabkan diare
 8. Jika sudah berhenti, anjurkan klien untuk mengonsumsi minuman fermentasi (seperti yogurt atau buttermilk) untuk pengembalian flora normal di saluran pencernaan

Pengkajian

1. Kaji pola eliminasi klien, kebiasaan rutin
2. Kaji kemungkinan adanya makanan, minuman, obat, atau stress yang dapat menyebabkan masalah eliminasi fekal
3. Kaji tingkat mobilisasi klien untuk menentukan apakah klien butuh bantuan BAB di tempat tidur atau tidak
4. Kaji kemungkinan apakah klien dapat melakukan posisi *sit-up* atau hanya dapat berbaring untuk menentukan jenis/ tipe bedpan
5. Kaji adanya nyeri rektal, nyeri abdomen atau adanya hemeroid di daerah sekitar anus

Masalah Keperawatan yang Terkait

1. Inkontinensia fekal
2. Konstipasi
3. Diare
4. Kerusakan mobilitas fisik

Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah membantu klien BAB ditempat tidur

Implementasi Tindakan Keperawatan

Persiapan Alat :

- 2 buah bedpan (urinal untuk pria)
- 1 pasang sarung tangan bersih
- 1 buah botol cebok berisi air
- 1 buah handuk kecil / kertas kloset
- 1 buah bengkok

- 1 buah sabun pada tempatnya
- 1 buah perlak
- 1 buah selimut ekstra

Peralaiapan Lingkungan :

Jaga privasi klien

Persiapan klien :

1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakuka
2. Beri klien posisi fowler di tempat tidur

Langkah-langkah:

1. Cuci tangan
2. Pasang sarung tangan bersih
3. Memasang selimut ekstra
4. Membantu melepaskan pakaian bawah
5. Memberikan urinal (bila klien pria) menempatkan bedpan (bila klien wanita) dibawah bokong klien dengan cara :
 1. Pada klien yang dapat mengangkat bokong dapat diminta untuk mengangkat bokong (posisi litotomy)
 2. Pada klien yang tidak dapat mengangkat bokong, miringkan klien tempelkan bedpen pada bokong klien. Kembalikan posisi semula (terlentang)
6. Mengangkat bagian punggung klien dengan tangan kiri lalu menyorongkan bedpen kebawah bokong klien
7. Mendekatkan bel ke klien atau mengingatkan bila selesai BAB kemudia klien dpat ditinggalkan
8. Mengangkat bedpen dan mengganti dengan bedpan kosong
9. Membersihkan area genetalia dan perineum (sampai bersih) dengahn cara menyiramkan air mulai dengan tinggi ± 10 cm diatas genetalia
10. Mengeringkan dengan handuk / tissue kloset dari arah genetalia ke perineum. Buang sisa tissue kloset
11. Mengangkat bedpan, menutupnya dan meletakkan dibawah tempat tidur klien
12. Mengangkat pengalas, memakaikan kembali pakaian serta mengganti selimut ekstra dengan selimut klien
13. Rapihkan alat dan klien
14. Lepaskan sarung tangan
15. Cuci tangan
16. Dokumentasi

Sikap :

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

KETERAMPILAN : MEMBANTU BAB (BUANG AIR BESAR) DI TEMPAT TIDUR

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 : • 2 buah bedpan (urinal untuk pria) • 1 pasang sarung tangan bersih • 1 buah botol cebok berisi air • 1 buah handuk kecil / kertas kloset • 1 buah bengkok • 1 buah sabun pada tempatnya • 1 buah perlak • 1 buah selimut ekstra							
2. Persiapan lingkungan 2. Jaga privasi klien							
3. Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi fowler di tempat tidur							
Langkah-langkah : 5. Cuci tangan 6. Pasang sarung tangan bersih 7. Memasang selimut ekstra 8. Membantu melepaskan pakaian bawah 9. Memberikan urinal (pada klien pria) dan menempatkan bedpan (pada klien wanita) dibawah bokong klien dengan cara : • Pada klien yang dapat mengangkat bokong diminta untuk mengangkat bokong (posisi litotomy) • Pada klien yang tidak dapat mengangkat bokong : miringkan klien, tempelkan bedpen pada bokong klien. Kembalikan posisi semula (terlentang) 10. Mengangkat bagian punggung klien dengan tangan kiri lalu menyorongkan bedpan kebawah bokong klien							

11. Mendekatkan bel ke klien atau mengingatkan bila telah selesai BAB kemudian klien dapat ditinggalkan 12. Mengangkat bedpen dan mengganti dengan bedpen kosong 13. Membersihkan area genetalia dan perineum (sampai bersih) dengan cara menyiramkan air mulai dengan tinggi ± 10 cm di atas genetalia 14. Mengeringkan dengan handuk / tissue kloset dari arah genetalia ke perineum. Buang sisa tissue kloset 15. Mengangkat bedpan, menutupnya dan meletakkannya dibawah tempat tidur klien 16. Mengangkat pengalas, memakaikan kembali pakaian serta mengganti selimut ekstra dengan selimut klien 17. Rapihkan alat dan klien 18. Lepaskan sarung tangan 19. Cuci tangan 20. Dokumentasi							
Sikap : 21. Melakukan tindakan dengan sistematis 22. Komunikatif dengan klien 23. 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 = Jumlah Tindakan yang Dilakukan (Ya) x 100 =

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

Contoh Dokumentasi Implementasi Tindakan 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	2	Membantu klien BAB ditempat tidur Respon : feses klien berwarna kuning kehijauan, bau khas, konsistensi encer, jumlah kurang lebih 250 cc, terdapat darah dan lendir	Raka

Evaluasi Formatif

1. Evaluasi karakteristik feses. Catat warna, bau, konsistensi, frekuensi, jumlah, bentuk, adanya darah dan lender
2. Evaluasi kemampuan klien menggunakan bedpan
3. Evaluasi kulit klien di area bokong
4. Evaluasi kelemahan pada klien karena BAB dengan menggunakan bedpan menghabiskan energi yang cukup besar

MELAKUKAN EVAKUASI FEKAL SECARA MANUAL

Definisi

Mengeluarkan feses klien yang mengeras dibagian rektum atau sigmoid bagian bawah dengan menggunakan jari tangan perawat (perawat menggunakan sarung tangan yang diolesi jelly sebagai pelicin/ pelumas). Keluhan yang sering dialami klien adalah konstipasi dan nyeri pada dubur. Keluhan ini banyak terjadi pada klien dengan gangguan neuroplogis atau psikosis. Untuk mengatasi komplikasi lebih lanjut, feses perlu dikeluarkan secara manual

Tujuan

Mengeluarkan feses sehingga klien akan terhindar dari :

1. Konstipasi
2. Diare
3. Kanker kolon

Indikasi

Efektif dilakukan jika :

1. Feses klien terlalu keras atau terlalu besar walaupun klien sudah mengejan
2. Pemberian suppositoria ataupun enema sudah dilakukan tetapi gagal

Kontraindikasi

Tidak ada

Hal-hal yang Perlu Diperhatikan

1. Lakukan pengeluaran feses dengan hati-hati karena akan mengakibatkan iritasi mukosa, pendarahan, menstimulasi syaraf vagus yang akan menyebabkan peningkatan nadi
2. Terkadang dokter meminta perawatn untuk melakukan enema beberapa jam sebelum dilakukan evakuasi fekal untuk melunakkan feses sehingga mudah untuk dikeluarkan. Terkadang pula, dokter memberikan analgesic sebelum dilakukan evakuasi fekal

Pengkajian

1. Kaji pola eliminasi fekal
2. Kaji konsistensi feses klien yang terakhir
3. Kaji adanya keinginan untuk defekasi tetapi tidak mampu untuk melakukan
4. Kaji kebiasaan makan, obat (terutama analgesik narkotik), jenis latihan fisik yang dapat menyebabkan keras atau besarnya feses klien
5. Kaji tanda-tanda vital klien
6. Kaji bising usus dan adanya distensi abdomen
7. Kaji catatan medis dokter tentang perlunya evakuasi fekal pada klien

Masalah Keperawatan Klien

1. Konstipasi
2. Diare
3. Nyeri

Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dikolaborasikan perawat dengan tim medis adalah melakukan evakuasi fekal

Implementasi Tindakan Keperawatan

Persiapan Alat

- Sarung tangan bersih
- Bengkok
- Gunting
- Kapas alkohol
- Kantong sampah non medis
- Minyak pelumas/ vaselin
- Tissue
- Waslap
- Sabun
- Air dalam baskom
- Handuk
- Pispot
- Perlak pengalas
- Skerem

Persiapan Lingkungan :

Jaga privasi klien

Persiapan Klien :

1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
2. Beri klien posisi sim (miring) di tempat tidur membelakangi perawat

Langkah-langkah :

1. Cuci tangan
2. Pasang sarung tangan bersih
3. Pasang perlak pengalas
4. Letakkan bengkok disamping klien
5. Lepaskan pakaian bagian bawah dan tutup dengan handuk

6. Basahi sarung tangan bagian telunjuk dengan minyak pelumas/ vaselin diatas bengkok
7. Masukkan jari telunjuk perlahan-lahan kearah anus dengan arah menuju umbilicus sampai terasa adanya feses yang keras (sumbatan feses)
8. Buat gerakan melingkar / sirkuler dengan jari telunjuk 2-5 kali untuk merangsang spingter anus. Kemudian keluarkan jari telunjuk dari anus
9. Keluarkan feses dengan jari telunjuk kedalam bengkok
10. Lepaskan sarung tangan dan letakkan kedalam bengkok lalu ganti dengan sarung tangan baru
11. Bersihkan anus dengan memakai waslap basah dan sabun
12. Keringkan bagian bokong dengan handuk
13. Rapihkan alat dan klien
14. Lepaskan sarung tangan
15. Cuci tangan
16. Dokumentasi

Sikap :

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

KETERAMPILAN : MELAKUKAN EVAKUASI FEKAL MANUAL

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 bersih • Bengkok • Gunting • Kapas alkohol • Kantong sampah non medis • Minyak pelumas/ vaselin • Tissue • Waslap • Sabun • Air dalam baskom • Handuk • Pisvot • Perlak pengalas • Skerem							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi sim (miring) ditempat tidur, membelakangi perawat							
Langkah-langkah : 5. Cuci tangan 6. Pasang sarung tangan bersih 7. Pasang perlak pengalas 8. Letakkan bengkok disamping klien 9. Lepaskan pakaian bagian bawah dan tutup dengan handuk 10. Basahi sarung tangan bagian telunjuk dengan minyak pelumas/ vaselin diatas bengkok 11. Masukkan jari telunjuk perlahan-lahan							

ke dalam anus dengan arah menuju umbilicus sampai terasa adanya feses yang keras (sumbatan feses) 12. Buat gerakan melingkar/ sirkuler dengan jari telunjuk 2-5 kali untuk merangsang spingter anus, kemudian keluarkan jari telunjuk dari anus 13. Keluarkan feses dengan jari telunjuk kedalam bengkok 14. Lepaskan sarung tangan dan letakkan dalam bengkok lalu ganti dengan sarung tangan yang baru 15. Bersihkan anus dengan memakai waslap basah dan sabun 16. Keringkan bagian bokong dengan handuk 17. Rapihkan alat dan klien 18. Lepaskan sarung tangan 19. Cuci tangan 20. Dokumentasi							
Sikap : 21. Melakukan tindakan dengan sistematis 22. Komunikatif dengan klien 23. 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 = $\frac{\text{Jumlah Tindakan yang Dilakukan (Ya)}}{\text{Jumlah Tindakan yang Harus Dilakukan}} \times 100 = \dots\dots$

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

Contoh Dokumentasi Implementasi Tindakan 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	2	Melakukan evakuasi fekal Respon : klien dapat bertoleransi terhadap prosedur, karakteristik, feses : warna kuning kehijauan, bau khas, konsistensi sangat padat dan berukuran besar, tidak terdapat darah atau lender. Tanda-tanda vital setelah dilakukan evakuasi fekal dalam batas normal : tekanan darah 120/80 mmHg, RR 17x/menit, nadi 78x/menit, dan suhu 36,5°C	Raka

Evaluasi Formatif

1. Evakuasi retal apakah sudah bersih dari feses atau belum
2. Evakuasi kembali tanda-tanda vital karena evakuasi fekal menstimulus syaraf vagus
3. Evakuasi bising usus untuk menentukan aktivitas peristaltic
4. Evakuasi abdomen apakah terasa lembut, datar dan supel

BAB 6

PERSONAL HYGIENE

Mengganti Pakaian Pasien ditempat tidur

Pengertian

Mengganti pakaian kotor bersih untuk bersih dan perasaan nyaman yaitu juga dapat penyembuhan



Mengganti pakaian pasien

pakaian pasien yaitu melepaskan pasien dan memakaikan pakaian pasien agar memberikan rasa nyaman pada pasien. Dengan dan bersih yang di dapat pasien, mempercepat proses pada pasien.

Tujuan

Sebagai acuan petugas ruangan untuk memberikan kemudahan dan kenyamanan bagi pasien saat mengganti pakaian

Persiapan alat

- a. Pakaian pasien yang bersih
- b. Tempat baju kotor
- c. Tempat sampah non medis
- d. Sprei besar
- e. sprei kecil
- f. matras
- g. perlak
- h. sarung bantal
- i. selimut

- j. Kantong cucian
- k. Sarung tangan
- l. Kursi atau meja
- m. Larutan desinfektan

Persiapan lingkungan:

Jaga privacy klien

Persiapan Klien : - Kontrak waktu, tempat dan tujuan tindakan

- Atur posisi klien senyaman mungkin

Pelaksanaan:

- Cuci tangan
- Pakai sarung tangan bersih
- Susun peralatan diatas kursi. Singkirkan peralatan yang tak diperlukan
- Angkat spreng yang paling atas
- Jika selimut akan dipakai lagi lepaskan dan letakkan diatas kursi
- Bersama perawat yang lain, angkat perlak dan matras mulai dari bagian kepala
- Letakkan pasien diatas tempat tidur menjauhi perawat
- Angkat spreng yang lebih bawah, mulai dari kepala hingga kaki
- Letakkan matras dan perlak setelah dibersihkan dengan desinfektan
- Letakkan spreng bersih setengah sisi
- Pasang sisi pengaman tempat tidur lalu perawat pindah kesisi yang satunya
- Bantu klien bergeser ke sisi yang sudah terpasang pengaman, geser bantal
- Tarik matras, perlak dan spreng kearah dekat perawat, pastikan seluruh bagian lurus/ rata atau tidak

Ada bagian yang terlipat

- Angkat selimut mandi pasien dan letakkan kedalam kantong cucian
- Pasang sisi pengaman kembali

- Pasang sarung bantal
- Letakkan bel dan peralatan pribadi di tempat yang mudah terjangkau
- Rapihkan alat dan lien
- Lepaskan sarung tangan
- Cuci tangan
- Dokumentasi

PERAWATAN AREA GENITAL DAN PERINEUM

Perawatan area genital dan perineum merupakan tindakan membersihkan area genital dan sekitarnya pada klien yang tidak dapat melakukan secara mandiri. Menjaga kebersihan

Definisi: membersihkan vulva dan daerah sekitarnya pada pasien wanita dengan masa nifas, ada Gangguan vulva atau pasien yang tidak dapat melakukannya sendiri

Dampak Dari Perawatan Luka Perinium

Perawatan perineum yang dilakukan dengan baik dapat menghindarkan hal berikut ini: 1. Infeksi Kondisi perineum yang terkena lokia dan lembab akan sangat menunjang perkembangbiakan bakteri yang dapat menyebabkan timbulnya infeksi pada perineum. 2. Komplikasi Munculnya infeksi pada perineum dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun pada jalan lahir yang dapat berakibat pada munculnya komplikasi infeksi kandung kemih maupun infeksi pada jalan lahir. 3. Kematian ibu post partum Penanganan komplikasi yang lambat dapat menyebabkan terjadinya kematian pada ibu post partum mengingat kondisi fisik ibu post partum masih lemah

Tujuan

1. Menjaga Kebersihan
2. Mencegah infeksi.
3. Memberi Kenyamanan pada klien

Higiene Vulva

Persiapan Alat

1. Baskom mandi berisi air hangat dengan suhu 41°C - 43°C.
2. Mangkuk berisi kapas yang direndam dalam air hangat.
3. Selimut mandi.
4. Cairan pembersih khusus area genitalia wanita jika ada.
5. Dua buah waslap
6. Alas
7. *Bedpan atau pispot*

8. Bengkok.
9. Satu pasang sarung tangan bersih dalam wadahnya.
10. Handuk kecil atau kertas tisu.
11. Wadah kain kotor bertutup.
12. Sampiran jika perlu.

Prosedur Pelaksanaan

1. Jelaskan pada klien tujuan pelaksanaan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan.
2. Letakkan peralatan dekat dengan klien.
3. Tutup pintu, jendela, dan tirai kamar klien.
4. Atur tempat tidur klien untuk memperoleh posisi kerja yang nyaman.
5. Cuci tangan.
6. Ganti selimut klien dengan selimut mandi.
Mencegah selimut klien kotor.
7. Atur posisi Klien dorsal rekumben dan lepaskan pakaian bawah klien.
8. Pasang alas dan pispot di bawah bokong klien.
9. Ulangi cuci tangan jika perlu.
10. Siapkan baskom mandi berisi air hangat.
11. Kenakan sarung tangan pada tangan non-dominan.
12. Buka labia mayora kanan dan kiri dengan tangan non-dominan.
13. Siram dengan air hangat dari arah vulva ke perineum.
14. Angkat pispot dari bawah bokong klien.
15. Letakkan mangkuk berisi kapas air hangat dan bengkok di antara kedua kaki klien.
16. Kenakan sarung tangan pada tangan dominan.
17. Ambil kapas secukupnya dengan tangan dominan untuk mengusap genital (minimal 10 buah)
18. Buka labia mayora seperti sebelumnya.
19. Bersihkan area genital dengan mengusapkan kapas dari vulva ke perineum.
Lakukan mulai dari bagian terluar, yaitu labia mayora kanan, kemudian kiri. Lanjutkan dengan

Mengusap labia minora kanan dan kiri, kemudian akhiri dengan mengusap bagian tengah genital.

Lakukan setiap tindakan menggunakan satu kapas untuk sekali usap.

Gunakan ibu jari dan jari telunjuk untuk mengusapkan kapas pada genital, dan lindungi kapas yang

Belum digunakan dengan jari lainnya. Ulangi sekali lagi dari labia mayora kanan.

20. Jika perlu, basuh kembali vulva dengan air hangat dan keringkan menggunakan handuk atau kertas

Tisu.

21. Sisihkan mangkuk dan bengkak.

22. Tutup area genital klien dengan selimut mandi.

Menjaga privasi klien.

23. Bantu klien untuk miring.

24. Bersihkan daerah anal dengan mengusapkan waslap dari arah vagina ke anus dalam satu kali

Gosokan. Ulangi menggunakan waslap yang lain hingga bersih.

25. Keringkan dengan handuk atau kertas tisu kamar.

26. Bantu Klien untuk telentang.

27. Lepaskan sarung tangan.

28. Bantu klien mengenakan pakaian bawahnya dan angkat alas.

29. Ganti selimut mandi dengan selimut tidur.

30. Rapikan dan atur posisi klien agar nyaman

31. Kaji apakah klien merasa nyaman dan bersih.

32. Bereskan peralatan dan cuci tangan

Higiene Penis

Persiapan Alat

1. Baskom mandi berisi air hangat dengan suhu 41°C – 43°C.

2. Selimut mandi.

3. Sabun.

4. Dua buah waslap.
5. Handuk berukuran kecil/sedang.
6. Bengkok
7. Satu pasang sarung tangan bersih dalam wadahnya.
8. Kertas tisu.
9. Wadah kain kotor.
10. Kapas air hangat dalam wadahnya.

Prosedur Pelaksanaan

1. Jelaskan pada klien tujuan pelaksanaan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan.
2. Letakkan peralatan dekat dengan klien.
3. Tutup pintu, jendela, dan tirai kamar klien.
4. Atur tempat tidur klien untuk memperoleh posisi kerja yang nyaman.
5. Cuci tangan.
6. Ganti selimut klien dengan selimut mandi.
Mencegah selimut klien kotor.
7. Atur posisi klien dorsal rekumben dan lepaskan pakaian bawah klien.
8. Gunakan sarung tangan.
9. Angkat penis klien secara perlahan, letakkan handuk di bawahnya dan pegang ujung penis.
Retraksi

Kulup penis jika klien tidak sirkumsis tunda prosedur jika klien mengalami ereksi.

10. Pertama, bersihkan ujung penis dengan melakukan gerakan memutar dan bersihkan dari meatus

Uretra ke arah luar. Jangan biarkan masuk kedalam meatus.

11. Kembalikan kulup pada posisi awal
12. Basuh batang penis secara menyeluruh dengan cara menggosoknya ke arah pangkal menggunakan
Waslap dan air hangat, Kemudian keringkan.
13. Minta klien untuk sedikit membuka kakinya.
14. Bersihkan skrotum, angkat testis dengan hati-hati, dan basuh lipatan kulit dibawahnya

Menggunakan waslap, kemudian keringkan.

15. Tutup area genital klien dengan selimut mandi dan bantu klien untuk miring.
16. Bersihkan area anal dengan cara mengusapnya dari arah skrotum ke anus dalam satu usapan.

Ulangi menggunakan waslap yang lain hingga bersih.

17. Keringkan dengan handuk kecil atau kertas tisu.
18. Bantu Klien untuk telentang.
19. Lepaskan sarung tangan.
20. Bantu klien mengenakan pakaian bawahnya.
21. Ganti selimut mandi dengan selimut tidur.
22. Rapikan dan atur kembali posisi klien hingga nyaman.
23. Kaji apakah klien merasa nyaman dan bersih.
24. Rapikan peralatan, kemudian cuci tangan.

Perhatian

1. Peralatan disiapkan sesuai dengan kebutuhan klien.
2. Jika klien Ingin BAB/BAK, peralatan yang disiapkan sama dengan peralatan eliminasi.
3. Prinsip bersih digunakan dalam perawatan genital dan perineum, Sarung tangan digunakan untuk

Melindungi perawat dari infeksi.

PENIS

PENIS : Terdiri dari tiga rongga yang berisi jaringan spons. 2 Rongga sebelah dalam berisi jaringan spons korpus spongiosum yang membungkus uretra. 1 rongga sebelah luar berisi jaringan spons korpus karvenosa. Uretra pada penis dikelilingi oleh jaringan erektile yang penuh dengan pembuluh darah dan ujung saraf perasa.

- Penis
- Penis :

Merupakan alat Kelamin luar yang berfungsi untuk memasukkan sperma kedalam tubuh wanita.

- Penis terdiri dari :
 - Akar (menempel pada dinding perut)
 - Badan (merupakan bagian tengah dari penis)
 - Glans penis (ujung penis yang berbentuk seperti kerucut).

- Dibentuk oleh jaringan seperti busa dan dibungkus oleh preputum.

Ketika melakukan hubungan seksual, sperma yang terdapat di dalam cairan yang disebut semen dikeluarkan melalui vasdeverens dan penis yang mengalami ereksi. Lubang uretra (saluran tempat keluarnya semen dan air kemih) terdapat di umung glans penis.

➤ SKROTUM (KANTUNG PELIR)

- SKROTUM (Kantung Pelir) : Adalah kantung yang berisi testis. Skrotum ada sepasang diantara keduanya terdapat sekat yang disebut otot dartos yang berfungsi untuk menggerakkan skrotum, mengerut dan mengendur. Di dalam skrotum terdapat otot Kremaster berfungsi sebagai pengatur suhu lingkungan. Pembentukan sperma membutuhkan suhu yang stabil yaitu beberapa derajat lebih rendah dari suhu tubuh.

➤ TESTIS

- Berbentuk oval , terletak di dalam skrotum atau kantung pelir.
- Testis sepasang kiri dan kanan, dibatasi oleh sekat yang terbentuk dari jaringan ikat dan otot polos.
- Testis berfungsi sebagai alat untuk memproduksi sperma dan hormone kelamin jantan (Testosteron)
- Testis terdiri dari lk 250 lobulus testis yang di dalamnya terdapat pintalan tubulus seminiferus (tempat proses pembentukan sperma).

➤ Testis

- Testis berbentuk oval dengan ukuran sebesar buah zaitun (panjang 4 cm, lebar 2,5 cm dan Kedalaman 3 cm)
- Terletak di dalam skrotum
- Ada 2 buah testis dan biasanya testis kiri agak lebih rendah dari testis kanan

PENGKAJIAN

- Diperhatikan adanya mucus , lokhera , keberhasilannya.
- Ada tidaknya iritasi pada daerah sekitarnya.
- Adanya perdarahan
- Katerisasi jahitan pasien partum
- Kebersihannya.

Diagnosa Keperawatan, tujuan & rencana tindakan, evaluasi

- Resiko terjadi infeksi berhubungan dengan kurangnya perawatan atau kebersihan pada daerah vulva
- Tujuan mencegah terjadi infeksi dan mempertahankan kebersihan daerah vulva
- Rencana tindakan : mencegah terjadi infeksi dan mempertahankan kebersihan daerah vulva dengan cara melakukan perawatan vulva
- Evaluasi: menilai adanya kemampuan untuk mempertahankan kebersihan vulva, di tandai dengan kebersihan pada daerah, tidak tampak iritasi dan tidak ada tanda radang.

Indikasi

Indikasi dikhususkan pada area genital yang terkena edema

Kontra indikasi :

Berikan perhatian kepada wanita yang mengalami menstruasi☐

Hal-hal Yang Harus Diperhatikan

Berikan penjelasan/ informasi yang tepat pada pasien

1. Jelaskan alasan dilakukannya prosedur
2. Jelaskan frekuensi dilakukannya prosedur dan berapa lamanya
3. Jelaskan tahap-tahap dari prosedur dan rasionalisasinya secara garis besar dari tiap-tiap bagian.
4. Jaga privacy, kenyamanan, keamanan klien selama prosedur
5. Ajarkan untuk dapat merawat/Vulva hygiene pada waktu dirumah (home care).

PERSIAPAN PASIEN

1. memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan tindakan
2. memposisikan pasien sesuai kebutuhan

Merawat kuku Tangan dan Kaki

Perawat melakukan perawatan kuku dan kaki rutin untuk mencegah infeksi, bau kaki, dan cedera pada jaringan lunak. Seringkali klien tidak menyadari masalah kaki atau kuku jari kaki sampai terjadi nyeri atau rasa tak nyaman. Integritas kaki dan kuku jari kaki penting untuk mempertahankan fungsi normal kaki sehingga orang dapat berdiri dan berjalan dengan nyaman. Masalah paling umum pada kuku jari tangan, kaki, dan kuku jari kaki diakibatkan oleh perawatan berlebihan atau perawatan yang buruk seperti menggigit kuku atau menghiasnya dengan tidak tepat, pemakaian pada bahan kimia berbahaya, dan menggunakan sepatu terlalu sempit. Penyakit, nutrisi buruk, dan proses fisiologik penuaan juga mengganggu integritas kuku.

Definisi

1. Menjaga kebersihan kuku merupakan salah satu aspek penting dalam mempertahankan perawatan diri karena berbagai kuman dapat masuk ke dalam tubuh melalui kuku.
2. Oleh sebab itu kuku seharusnya dalam keadaan sehat dan bersih.
3. Perawatan kuku terdiri dari membersihkan, menggunting dan mengembalikan batas-batas kulit di tepi kuku keadaan normal, dilakukan setelah mandi.
4. Dibawah kuku terdapat banyak bakteri → infeksi (pasien DM)
5. Kuku tangan dipotong bulat dan kuku kaki dipotong lurus (datar) agar tidak terjadi pertumbuhan kedalam.

Tujuannya :

- Menjaga kebersihan tangan dan kaki
- Mencegah timbulnya luka (infeksi)
- Mencegah kaki berbau tidak sedap
- Menkaji/ memonitor

Indikasi :

Pada pasien yang kukunya panjang tidak dapat melakukannya sendiri.

Kontra Indikasi:

- a. Memotong kuku pasien tidak terlalu dalam

- b. Pada pasien diabetes memotong kuku harus berhati-hati karena bisa berakibat fatal.

Pengkajian:

- tentang keadaan, bentuk dan keadaan kuku
- Menilai bentuk Kuku yang cekung atau cembung
- Penilaian unjukan ada cedera, defisiensi besi dan infeksi

Masalah keperawatan:

Resiko terjadi luka (infeksi) berhubungan dengan proses masuknya kuman akibat garukan kuku.

Alat dan Bahan:

- Perlak kecil dan alasnya
- Gunting Kuku
- Handuk
- Bengkok berisi lisol 3%
- Waskom berisi air hangat
- Sabun
- Sikat Kuku
- Sarung tangan bersih
- Aceton (bila perlu)
- Kipas

Persiapan lingkungan :

- Cuci tangan bagi perawat
- Atur peralatan pada meja sekitar tempat tidur
- Tarik tirai sekitar tempat tidur atau tutup pintu ruangan

Persiapan klien :

- Sebelum melaksanakan prosedur, informasikan pada klien bahwa perawat akan membantu Klien untuk melakukan perawatan kebersihan kuku tangan dan kaki.
- Jelaskan pada klien setiap prosedur dan berikan penjelasan bantuan yang dibutuhkan oleh Oleh perawat
- setelah prosedur, ingatkan pada klien untuk mengulang langkah-langkah yang telah di

Kerjakan.

Langkah-langkah :

- Identifikasi kebutuhan pasien
- Jelaskan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan.
- siapkan alat-alat sesuai kebutuhan pasien.
- Cuci tangan.
- Pasang sampiran/ penutup pintu.
- Atur posisi pasien
- pasang pengalas dibawah tangan tepat pada bagian kuku yang akan dibersihkan.

Bersihkan cat kuku dengan aseton (bila pasien menggunakan cat kuku), Kemudian letakkan Baskom berisi air hangat

- Rendam kuku tangan dengan air hangat selama 1-2 menit.
- Sikat kuku dengan sikat khusus kuku dan sabun, lalu bersihkan dan keringkan
- dekatkan bengkok berisi larutan lisol 2-3% kepada pasien. Kemudian tangan di letakkan di Atasnya. Potong kuku tangan dengan lurus dan tidak boleh sampai batas dari kuku, Kemudian kikir pinggiran-pinggiran kuku.
- cuci kuku dan tangan dengan air bersih dan keringkan (jika perlu diberikan lution pada Jari-jari)
- Angkat pengalas dan pindahkan ke tangan lainnya.
- Atur kembali posisi pasien
- Rapikan alat-alat dan kembalikan pada tempatnya.
- Cuci tangan.

Diagnosa Keperawatan Potensial

Data klien yang di dapatkan selama pengkajian menunjukkan batasan karakteristik untuk mendukung diagnose keperawatan berikut untuk klien yang memerlukan keterampilan ini:

- Gangguan integritas kulit
- Nyeri
- Kurang pengetahuan tentang perawatan kaki dan kuku.

Kewaspadaan Perawat

Klien dengan diabetes dapat mengalami neuropati perifer yang menyebabkan penurunan sensasi. Maka periksa suhu air dengan hati-hati. Berikan perawatan tambahan dalam menggunting kuku pada penyakit diabetes mellitus atau penyakit vascular perifer. Kebijakan institusi biasanya mencari podiatris untuk memotong kuku klien diabetic. Klien ini cenderung mengalami penyembuhan luka yang buruk, dan pemotongan yang pendek dapat menimbulkan infeksi serius.

Penyuluhan Klien

Selama perawatan kuku, instruksikan klien pada teknik tepat sehingga perawatan rutin dapat dilakukan di rumah. Ajari klien tentang keamanan penggunaan cara di rumah untuk perawatan kaki dan kuku. Moleskin harus digunakan untuk melindungi area kaki dengan daging tumbuh atau kalus. Moleskin tidak menyebabkan tekanan lokal, seperti bantal tonjolan. Preparat kimiawi yang digunakan untuk menghilangkan daging tumbuh dapat menyebabkan luka bakar dan ulserasi. Klien harus diperingatkan tentang penggungtingan daging tumbuh atau kalus karena risiko infeksi yang besar. Pelapisan wol domba di sekitar jari kaki secara efektif dapat mengurangi iritasi pada kulit.

Klien harus juga diajarkan tentang penggunaan alas kaki yang tepat. Kaus kaki dapat digunakan untuk mengabsorpsi keringat. Alas kaki harus selalu bersih untuk menghindari infeksi. Klien wanita harus dianjurkan untuk tidak mengenakan stoking nilon atau ikat kaus kaki yang ketat, yang dapat mengkonstriksi sirkulasi. Sepatu jangan pas. Dianjurkan untuk menyediakan ruang 1,27 cm diantara ibu jari kaki dan bagian terluas dari sepatu bila seseorang berdiri. Jangan anjurkan klien untuk mencoba memotong kuku yang mengeras atau hipertropi. Rujukan pada podiatris adalah tindakan yang lebih aman.

Pertimbangan Pediatri

Bayi dan anak-anak kecil memerlukan pemotongan kuku jari kaki dan kuku jari tangan rutin untuk mencegah terpotong kulit. Merendam kuku biasanya tidak perlu. Anak dengan kuku jari pendek, kasar memang mempunyai kebiasaan menggigit kuku. Adanya kuku yang tak dipotong dan kotoran terkumpul di bawah tepi kuku menandakan kebiasaan kebersihan yang buruk.

Pertimbangan Geriatri

Klien lansia lebih mungkin mengalami masalah kuku jari kaki, karena penglihatan yang memburuk, tak terkoordinasi, kegemukan, atau ketidakmampuan untuk membungkuk dapat mempengaruhi kinerja mereka dalam perawatan yang tepat. Umum bagi lansia untuk mengalami kekeringan dan fisura pada kaki dan jari kaki akibat penurunan sekresi kelenjar sebacea dan dehidrasi sel-sel jaringan. Lansia juga lebih mungkin mengalami kondisi seperti diabetes, gagal jantung dan ginjal, dan cedera serebrovaskular, yang semuanya memperberat masalah kaki dan kuku.

Hal-hal yang perlu diperhatikan :

1. Ajarkan kepada klien penyebab terjadinya kerusakan kulit bagian tangan dan kaki, seperti kebiasaan menggigit kuku, seringkali memberikan cairan kimiawi (misalnya pewarna

kuku) atau memakai sepatu yang terlalu sempit. Penyebab ini dari kerusakan tangan dan kaki adalah factor nutrisi yang tidak adekuat, proses infeksi dan terhambatnya sirkulasi darah.

2. Lakukan pengecekan temperatur air, terutama pada klien dengan penyakit Diabetes Melitus ataupun penyakit gangguan vascular karena terdapat penurunan sensasi
3. Lakukan kolaborasi dengan dokter jika ternyata klien mempunyai masalah kalus. Jangan memakai cairan kimiawi komersial tanpa aturan penggunaan yang jelas
4. Jika tangan atau kaki mengeluarkan keringat yang berlebih, perawat dapat memberikan bedak khusus yang lembut untuk mengurangi bau yang ditimbulkan. Sedangkan jika tangan atau kaki menjadi kering, perawat dapat menggunakan baby oil atau minyak pijat
5. Pemakaian stoking yang terbuat dari nylon, akan mengurangi bau dan keringan. Pemilihan warna stoking, utamakan yang berwarna cerah atau putih karena lebih dapat menyerap keringat (Evanski and Reinherz, 1991). Ganti stoking 2 Kali sehari jika terjadi keringat berlebih. jika menggunakan sepatu, maka perhatikan ukuran sepatu. Sepatu yang kekecilan atau sempit dapat menekan jari-jari tangan dan kaki. Hal ini dapat menyebabkan pertumbuhan kuku kearah dalam, menyebabkan kuku menjadi memar dan merangsang pertumbuhan jamur dikarenakan kondisi sepatu yang lembab. Sepatu harus memberikan cukup ruang untuk meregangkan jari-jari kaki. Sepatu yang ujungnya runcing yang lebih disukai karena lebih bergaya tetapi berakibat buruk bagi kuku kaki. Jadi (kalau bisa) pilihlah sepatu dengan ujung membulat atau persegi.
6. Cegah pertumbuhan jamur dengan cara mencuci dan mengeringkan tangan dan kaki setiap hari. Hal ini dilakukan karena jamur sangat menyukai tempat yang hangat dan lembab. Jika sudah dikeringkan, biarkan kaki klien " bernapas " tanpa memakai sepatu kapan saja memungkinkan tetapi jangan biarkan klien berjalan tanpa alas kaki sebab jamur juga tumbuh ditanah atau lantai.

Rencana tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah melakukan perawatan kuku tangan dan kaki

Implementasi tindakan keperawatan

Melakukan perawatan kuku tangan dan kaki (Format 7.12)

Evaluasi formatif

1. Evaluasi kuku dan keadaan kulit di sekitarnya setelah dilakukan prosedur
2. Evaluasi pengetahuan klien cara melakukan prosedur
3. Evaluasi cara berjalan klien setelah dilakukan prosedur

Contoh dokumentasi implementasi tindakan keperawatan

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Keperawatan Dan Respon	Paraf & Nama
16 April 2009	12.00	1	Melakukan perawatan kuku tangan dan kaki. Respon : Klien mengatakan merasa lebih nyaman karena kuku sudah terpotong rapih dan tidak ada lesi disekitar kuku. Klien sudah mengerti cara melakukan prosedur (untuk 2 hari yang akan datang, akan dilakukan oleh klien). Tampak Klien dapat berjalan tanpa ada hambatan	

- b. Dengan menggunakan gunting, kuku, potong kuku di sudut kuku, pastikan juga membuang fragmen kuku yang mungkin tertinggal pada saat terakhir perawat memotong kuku.
- c. Keluarkan nanah yang biasanya menyertai keadaan ini (jika ada) kemudian cuci dengan menggunakan air hangat sampai bersih
- d. Gunakan salep anti bacterial disela-sela antara kulit dan kuku. Ulangi dua kali sehari selama beberapa hari sampai rasa nyeri dan bengkak hilang

Pengkajian

1. Kaji seluruh permukaan jari-jari tangan, kuku tangan, kuku kaki, antara sela jari dan tumit kaki. Catat adanya kekeringan, inflamasi dan pecah-pecah.
2. Kaji warna dan temperature area tangan dan kaki, termasuk lakukan pemeriksaan capillary refill. Lakukan palpasi denyut nadi dibagian radial dan ulna tiap tangan kanan dan kiri, nadi dorsalis pedis di kaki. Catat irama tiap bagian tersebut. Hal ini penting dilakukan untuk menilai apakah aliran sirkulasi darah kebagian tubuh tangan dan kaki adekuat atau tidak.
3. Kaji cara berjalan klien, apakah klien dapat berjalan dengan baik atau terjatuh-jatuh.

Masalah Keperawatan yang terkait

1. Gangguan perfusi jaringan peripheral
2. Defisit perawatan diri
3. Risiko injuri
4. Kerusakan mobilitas fisik

5. Kerusakan integritas kulit
6. Kerusakan pengetahuan Klien tentang prosedur

Tempat tidur terbuka (Open bed)

Pengertian

Yang dimaksud dengan tempat tidur terbuka adalah tempat tidur yang sudah disiapkan tanpa seprei penutup, seprei atas/ selimut dilipat kebawah pada bagian kaki.

Tujuan

- Tujuan menyiapkan tempat tidur terbuka dapat segera

Dipakai

- akan menerima klien baru
- Setelah klien pulang atau meninggal dunia
- Setelah pembersihan besar sesuai dengan jadwal yang telah

Ditentukan.

Indikasi;

1. Klien tidak sadar
2. Klien lemah/ intoleransi aktivitas
3. Klien yang mempunyai sesak nafas
4. pada semua klien yang dirawat
5. Bila diperlukan sewaktu-waktu

Kontra Indikasi:

Tidak dilakukan apabila klien tidak menginginkan untuk dirapikan tempat tidurnya karena kadang ada klien yang beranggapan bahwa apabila klien atau pasien banyak bergerak tubuhnya akan merasa bertambah sakit

Pelaksanaan

- ada pasien baru
- ada pasien diizinkan berjalan

Persiapan alat-alat

Alat-alat yang harus disediakan untuk menyiapkan tempat tidur terbuka sama dengan alat-alat yang harus disediakan untuk menyiapkan tempat tidur tertutup hanya tanpa seprei penutup.

Cara bekerja

Cara menyiapkan tempat tidur terbuka adalah sebagai berikut

- Kalau sudah bersedia tempat tidur tertutup, hanya seprei penutup yang diangkat dan dilipat sebagaimana mestinya, lalu disimpan.
- Melipat seprei atas dan selimut kebawah pada bagian kaki dengan cara dua tangan memegang seprei atas dan selimut, kemudian ditarik kebagian kaki, lalu dilipat bersusun

Perhatian :

- Alat-alat tenun yang sudah robek tidak boleh digunakan
- Memasang alat-alat tenun harus tegang dan rata supaya rapi dan enak ditiduri
- Alat-alat tenun jangan sampai terselip kebawah alas kasur

Persiapan alat:

- a. Tempat tidur, kasur dan bantal
- b. Sprei besar
- c. sprei kecil
- d. Sarung bantal
- e. perlak
- f. Selimut

Persiapan klien:

Jika tempat tidur sedang digunakan oleh klien maka klien diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan

Persiapan Perawat

Cuci tangan dengan sabun pada air yang mengkeringkan dengan handuk

Persiapan Lingkungan

1. Siapkan ruangan untuk tempat tidur penerimaan

Hal-hal yang harus diperhatikan

1. Jika tindakan dikerjakan oleh dua orang perawat, masing-masing perawat berdiri disisi kanan Dan kiri tempat tidur, dan tindakan dikerjakan bersamaan
2. Alat tenun yang sobek tidak boleh dipergunakan

3. Pemasangan alat tenun baru harus tegang, rapi, dan rata, Agar saat digunakan terasa nyaman

Memandikan Klien Di Tempat Tidur

Definisi

Suatu proses membersihkan badan klien yang tidak mampu mandi secara mandiri dengan cara membasuhkan air dan sabun klien. prosedur ini biasa dilakukan perawat di pagi hari sebelum melakukan prosedur lain ataupun sebelum klien melakukan aktivitasnya dan dapat pula dilakukan di sore hari.

Memandikan klien mempunyai 2 kategori yang disesuaikan dengan kemampuan fisik klien dan tingkatan hygiene yang diperlukan:

1. *complete bed bath* adalah proses memandikan pada klien yang memerlukan bantuan total dari perawat (*totally dependent*).
2. *partial bed bath (abbreviated bath)* adalah proses memandikan pada klien yang memerlukan bantuan seperlunya dari perawat (*partial dependent*). jadi perawat hanya memandikan bagian tubuh tertentu saja yang tidak mampu dilakukan klien. contoh kasus pada *partial bed bath* misalnya terjadi pada klien dengan fraktur di bagian kaki kanan, maka klien hanya mampu membersihkan bagian tubuh wajah, tangan, aksila, dada anterior dan perineal saja. maka untuk bagian tubuh yang lain, misalnya bagian tubuh posterior dan ekstremitas bawah dilakukan oleh perawat.
3. *Tub bath* adalah proses memandikan klien di dalam tub bath yang berisi air. pada memandikan jenis ini sangat memungkinkan perawat untuk membersihkan dan menggosok badan klien lebih leluasa dibandingkan jika memandikan klien tempat tidur. jika klien tidak mampu berdiri, maka perawat harus membantu klien masuk ke dalam tub bath yang berisi air.
4. *shower* adalah proses memandikan klien dengan menggunakan air pancuran yang telah diatur aliran airnya. klien dapat berdiri atau duduk di bawah pancuran air.
5. *sitz bath* adalah suatu proses membersihkan klien yang bertujuan untuk menurunkan rasa nyeri dan mengurangi infeksi bagian perineal dan anus. jenis ini biasa dilakukan pada klien post operasi rektal-perineal, ibu post partum (sehabis melahirkan bayi), atau klien dengan iritasi lokal (misalnya hemoroid). klien hanya duduk di tub yang khusus untuk melakukan prosedur ini.
6. *tepid sponge* adalah suatu proses memandikan klien dimana klien juga dimasukkan dalam tub yang khusus. prosedur ini efektif dilakukan pada klien dengan temperatur panas yang tinggi.
7. *medicated bath* adalah proses memandikan klien dengan menambahkan jenis obat tertentu ke dalam air mandi klien. obat yang dimaksud adalah sodium bikarbonat dan cairan Burow's.

Tujuan

1. menghilangkan mikroorganisme, sekresi dan ekskresi tubuh (misalnya keringat) dan sel-sel kulit mati.
2. memberi stimulasi pada kulit.
3. memberikan kesegaran pada tubuh.

4. meningkatkan kenyamanan klien dan relaksasi.
5. mencegah bau badan yang tidak sedap.
6. memperlancar sirkulasi darah.
7. pada saat memandikan klien, perawat dapat pula memberikan penilaian apakah kondisi klien baik dari sebelumnya atau tidak, dengan cara melakukan komunikasi terapeutik.

Indikasi

semua klien (hanya dibedakan apakah jenis mandi yang dibutuhkan adalah mandi untuk membersihkan area tubuh atau mandi terapeutik).

Kontraindikasih

tidak ada.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. pada klien yang menerima fisioterapi, kegiatan mandi dapat dilakukan bersamaan dengan gerakan-gerakan fisioterapi untuk menghindari kelelahan yang berlebihan pada klien.
2. perawat harus menggunakan sarung tangan pada saat memandikan klien di tempat tidur, terutama pada klien dengan penyakit infeksius, seperti HIV-AIDS karena meminimalisir adanya kontak langsung dengan klien ataupun mencegah cairan tubuh klien melekat di tangan perawat.
3. klien dengan masalah gangguan sistem pernapasan sebaiknya diberikan posisi elevasi kepala selama prosedur.
4. jangan meletakkan sabun di kom besar penampung air karena akan menyebabkan air berbusa. Letakkan sabun di tempat sabun.
5. pada klien dengan penyakit diabetes melitus, berikan perhatian yang lebih pada perawatan kaki karena pada penyakit ini jika terjadi luka maka penyembuhan luka akan menjadi lama.
6. jika memandikan klien dalam tub bath, yakinkan klien tidak jatuh. klien yang beresiko jatuh, misalnya klien dengan kerusakan neurologi, arthritis, penyakit penyakit muskuler, klien yang mengalami kelemahan, klien yang diamputasi, klien yang mengalami gangguan keseimbangan gerak dan koordinasi seperti klien manula.
7. ajarkan pada klien bagaimana mengecek temperatur/suhu air mandi yang akan digunakan, tanda-tanda kulit yang iritasi dan cara melakukan hygiene care. temperatur yang aman dipakai klien adalah 37,7 - 46 (100 - 115 F).
8. air mandi yang sudah kotor sebaiknya diganti minimal 1 kali.
9. pada klien dewasa bisa dilakukan mandi lebih sering karena kelanjar sebacea aktif menghasilkan keringat, sedangkan pada klien manula bisa lebih jarang untuk dimandikan tetapi harus dilakukan perawatan kulit lebih sering (misalnya dengan pemberian lotion kulit atau bath oil).

Pengkajian

1. kaji toleransi klien untuk melakukan aktivitas, tingkat kenyamanan, kemampuan kognitif dan fungsi muskuloskeletal. hal ini penting dilakukan untuk menilai kemampuan klien melakukan prosedur, menilai sejauh mana perawat harus membantu serta menilai tipe mandi yang seperti apa yang dapat dilakukan (misalnya tub bath atau partial bed bath).

2. kaji kebiasaan klien melakukan aktivitas mandi, misalnya frekuensi dan waktu mandi yang disukai ataupun jenis sabun yang dipakai.
3. kaji apakah klien mempunyai masalah kulit tertentu atau tidak.
4. kaji dan identifikasi adanya resiko kerusakan klien, misalnya klien dengan:
 - a. Imobilisasi
 - b. Penurunan sensasi
 - c. Masalah nutrisi dan cairan
 - d. Insufisiensi vaskular
 - e. Alat bantu (misalnya gips, restrain, balutan luka, kateter, NGT, dan dll)
 - f. Usia manula
 - g. Masalah inkontinensia (bowel atau urin)
 - h. Alergi
5. kaji pengetahuan klien terhadap pentingnya perawatan kulit dan mandi.
6. kaji dan periksa kembali cacatan medis dokter tentang adanya tipe mandi terapeutik (jika ada), jenis cairan yang di gunakan, lamanya prosedur, temperatur cairan dan bagian tubuh mana yang harus di berikan perhatian.
7. kaji adanya perhatian khusus terhadap klien yang berkaitan dengan pemberian posisi.

Masalah keperawatan yang terkait

1. intoleransi aktivitas.
2. Defisit perawatan diri
3. Resiko kerusakan integritas kulit.
4. kerusakan integritas kulit.
5. kurang pengetahuan klien tentang prosedur.

Rencana tindakan keperawatan

untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah memandikan klien di tempat tidur.

Implementasi tindakan keperawatan

memandikan klien di tempat tidur (format 7.10).

Evaluasi formatif

1. Evaluasi adanya masalah integritas kulit (misalnya kemerahan, lesi, dan lain-lain)
2. Evaluasi kemampuan klien dalam melakukan ROM.
3. Evaluasi apakah klien merasakan ketidaknyamanan atau kelelahan yang berlebihan. jika klien menyatakan adanya keluhan, lakukan pengukuran tanda tanda vital.

Contoh dokumentasi implementasi tindakan keperawatan

Nama : Ny A (35 tahun)

tanggal	jam	DX	Implementasi keperawatan dan respon	paraf dan Nama
16 April 2009	12.00	1	membantu memandikan klien di tempat tidur Respon : tidak ada tanda tanda kemerahan dan lesi, klien menyatakan tidak ada kelelahan yang berlebihan dan menyatakan	

		lebih nyaman karena badan terasa bersih, tidak lengket dan tercium bau wangi. Pada saat klien dibantu memandikan, klien bisa melakukan ROM dengan bantuan minimal	
--	--	---	--

**FORMAT PENILAIAN KERJA
KETERAMPILAN : MEMANDIKAN KLIEN
DI TEMPAT TIDUR**

Nama mahasiswa :

ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan						Ket
	Tgl :		Tgl :		Tgl :		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
Persiapan alat : 2. buah handuk mandi 3. buah waslap 4. sabun mandi pada tempatnya 5. waskom 6. selimut mandi 7. Air hangat 8. Lotion, bedak, deodoran. 9. Pakaian ganti							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien							
Persiapan kliien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Berikan klien posisi supine di tempat tidur							
Langkah-lagkah : 5. Cuci tangan 6. Memasang selimut mandi 7. Bantu klien membuka pakaian dibawah selimut 8. Memasang handuk dibawah bagian kepala klien							
9. Membasahi waslap dan membasuh wajah dan leher klien mulai dari dahi							

10.Membasuh dan membersihkan bibir dengan arah melingkar.							
11. Membasuh kelopak mata dari dalam							

keluar. 12. Membersihkan daun telinga. 13. Mengeringkan wajah. 14. Meletakkan handuk memanjang pada lengan yang terjauh dari perawat. 15. Membasahi dan menyabuni lengan dari arah pergelangan tangan sampai pangkal lengan (aksila). 16. Merendam dan membersihkan telapak dan kuku dengan menggunakan sikat lembut. 17. Membilas dan membersihkan seluruh lengan dengan air bersih dan keringkan dengan handuk. setelah kering letakkan lengan ke arah atas.							
18. Memindahkan handuk pada lengan yang terdekat dengan perawat. lakukan dengan cara yang sama dengan cara di atas.							
19. Memindahkan handuk memanjang menutupi bagian dada dan perut klien. 20. Membasahi dan menyabuni bagian dada hingga atas simfisis pubis dari arah dada ke bawah atau dari bagian yang bersih ke kotor. 21. Membilas, membersihkan dan mengeringkan. setelah kering, tutup dengan baju atau selimut bersih.							
22. Meletakkan handuk di bawah kaki yang terjauh dengan perawat.							
23. Membasahi dan menyabuni kaki dari arah paha ke telapak kaki atau dari bagian bersih ke kotor. 24. Merendam dan membersihkan telapak kaki dan kuku kaki menggunakan sikat lembut dan sabun. 25. Membilas, membersihkan dan mengeringkan. setelah kering tutup dengan baju atau selimut bersih.							
26. Meletakkan kaki yang terdekat dengan perawat. bersihkan dengan cara yang sama.							
27. Dengan menggunakan waslap tersendiri, basahi dan sabuni bagian genitalia klien (bila klien dapat melakukan sendiri, berikan di tangan kiri klien).							

28. Bilas,bersihkan dan keringkan.setelah kering,tutup dengan baju atau selimut bersih/pakaian sarung.							
29. Klien dimiringkan (berlawanan dengan perawat,pastikan klien dalam keadaan aman.							
30. Basahi dan sabuni dari arah punggung ke bokong.bilas dan keringkan.							
31. Lakukan masase 3 - 5 menit dengan menggunakan lotion.lakukan gerakan melingkar pada urea tulang yang menonjol (scapula,vertebra,sacrum).Observasi adanya tanda tanda luka tekan.							
32. Berikan bedak,lotion dan deodoran (sesuai kebiasaan klien).							
33. Batu klien memakai pakaian ganti.							
34. Merapihkan alat.							
35. Lepaskan sarung tangan.							
36. Cuci tangan							
37. Dokumentasi.							
sikap :							
38. Melakukan tindakan dengan sistematis.							
39. Komunikatif dengan klien.							
40. 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 = $\frac{\text{jumlah tindakan yang dilakukan (ya)}}{40} \times 100 = \dots\dots\dots$

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

PERAWATAN RAMBUT

Menyisir rambut

Menyisir rambut merupakan tindakan mengatur rambut hingga rapi menggunakan sisir. Prosedur ini lazim dilakukan pada klien yang tidak dapat menyisir rambutnya secara mandiri dan setiap kali selesai mandi atau jika perlu.

Tujuan

1. Menjaga rambut tetap bersih, rapi, dan terawat.
2. Membantu merangsang sirkulasi darah di kulit kepala.
3. Membantu mendistribusikan minyak rambut.
4. Mengkaji masalah rambut dan kulit kepala.
5. Memberi kenyamanan pada klien.
6. Mencegah infeksi kutu atau parasit lainnya.
7. Meningkatkan kepercayaan diri klien.

Persiapan alat

Nampan berisi :

1. Sisir
2. Alas/handuk
3. Bengkok berisi larutan lisol 2 - 3%
4. Kertas tisu
5. Bengkok kosong
6. Tali pita atau karet untuk mengikat rambut jika perlu
7. Minyak rambut jika perlu
8. Sarung tangan bersih

Prosedur pelaksanaan

1. Letakkan peralatan dekat dengan klien
Mempermudah pelaksanaan tugas.
2. Minta persetujuan klien dan jelaskan prosedur yang akan dilakukan
Memudahkan klien bekerja sama dengan perawat.
3. Cuci tangan, keringkan, dan pasang sarung tangan.
Menghindari infeksi nosokomial.
4. Bentangkan handuk dibawah kepala klien, kemudian arahkan punggung klien menghadap perawat.
Mencegah bantal kotor dan mempermudah perawat menyisir rambut.

5. Kaji kulit kepala klien.
Mengidentifikasi apakah terdapat luka, kutu, atau kelainan dikepala klien.
6. Belah rambut menjadi dua bagian.
Memudahkan menyisir rambut.
7. Sisir rambut dari ujung, kemudian makin lama makin keatas hingga pada pangkal rambut.
Mengurangi rasa sakit dan kerontokan rambut.
8. Kumpulkan rambut rontok dan bungkus dengan kertas tisu, kemudian buang kedalam

Perhatian

1. Keadaan umum klien harus diperhatikan selama prosedur.
2. Klien sebaiknya tidak merasakan sakit ketika rambutnya disisir.
3. Sisir dengan ujung tumpul harus digunakan untuk menyisir rambut klien.
4. Setiap kelainan, seperti luka, infeksi kutu, dan kerontokan rambut harus dicatat dan didokumentasikan.
5. Rambut yang kusut harus diberi minyak rambut terlebih dahulu atau diberi air sambil diuraikan dengan tangan.
6. Persetujuan klien untuk memotong rambutnya harus diminta jika rambut tidak dapat disisir karena terlalu kusut.

bengkok kosong.

Mencegah rambut rontok berantakan dan mempertahankan kebersihan.

9. Ikat atau jalin ujung rambut yang panjang dan bagian lainnya jika perlu.
Memberi kenyamanan pada klien.
10. Setelah menyisir rambut klien, bersihkan sisir dengan kertas tisu dan masukkan kedalam bengkok berisi larutan lisol. Selanjutnya, buang kertas tisu kedalam bengkok kosong.
Lakukan disinfeksi pada sisir bekas pakai klien.
11. Ambil handuk dibawah kepala klien, lipat, dan letakkan di nampan. Selanjutnya, bantu klien memperoleh posisi yang nyaman
12. Lepaskan sarung tangan dan letakkan dalam begkok
13. Rapikan peralatan dan letakkan kembali ketempat semula.
14. Cuci tangan
15. Dokumentasikan prosedur

Mengeramasi rambut

Mencuci rambut adalah tindakan menghilangkan kotoran rambut dan kulit kepala menggunakan sampo dan membilasnya dengan air hingga bersih. tindakan ini dilakukan jika rambut klien kotor; secara rutin setiap lima hari sekali jika memungkinkan; setelah rambut klien dikeramas dengan sampo obat kutu; atau pada klien yang akan menjalani operasi.

Tujuan

1. Memberi kenyamanan pada klien
2. Menjaga rambut tetap bersih, rapi, dan terawat
3. Merangsang peredaran darah di kulit kepala
4. Mengeliminasi kutu dan/atau ketombe

persiapan alat

1. Nampan berisi
2. Dua buah sisir
3. Dua buah handuk
4. Satu buah waslap
5. Sarung tangan bersih
6. Kapas dan wadahnya
7. Sampo
8. Handuk
9. Perlak
10. Mangkuk kecil
11. Dua hingga tiga buah kasa dan wadahnya
12. Bengkok berisi larutan lisol 2 - 3%
13. Celemek
14. Gayung
15. Ember berisi air bersih
16. kail pel
17. Ember kosong
18. Termos berisi air panas

Prosedur pelaksanaan

1. Letakkan peralatan dekat dengan klien
2. Jelaskan tujuan pelaksanaan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan
3. Cuci tangan
4. Pasang celemek

5. Kenakan sarung tangan
6. Atur posisi klien senyaman mungkin dengan menggeser kepala ke pinggir tempat tidur.
Memudahkan pelaksanaan prosedur.
7. Pasang handuk, kemudian perlak dibawah kepala klien
8. Letakkan ember kosong di lantai dibawah kepala klien dan alasi dengan kain pel
Kain pel mencegah lantai basah.
9. Buat talang dengan menggulung pinggir perlak ke tengah dan arahkan kedalam ember kosong.
Memastikan air bekas keramas masuk ke dalam ember.
10. Tutup lubang telinga dengan kapas dan mata klien dengan waslap
Mencegah air atau sampo masuk ke telinga atau mata.
11. Tutup dada dengan handuk hingga batas leher
12. Sisir rambut, kemudian siram dengan air hangat.
13. Gosok pangkal rambut dengan kasa yang telah diberi shampo dan urut dengan ujung jari.
Buang kasa kotor kedalam bengkok.
Merangsang peredaran darah dikulit kepala.
14. Bilas rambut hingga bersih, kemudian angkat perlak dan masukkan dalam ember.
15. Buka tutup telinga dan mata. Masukkan kapas ke dalam bengkok dan letakkan waslap di atas nampan.
16. Keringkan rambut kliendengan handuk atau pengering rambut (jika ada)
Mencegah bantal basah.
16. Kembalikan klien keposisi yang nyaman. Angkat handuk dan letakkan bantal di bawah kepala klien.
17. Sisir rambut klien dengan sisir bersih.
18. Rapi Kantempat tidur kliendan pastikan klien merasa nyaman.
19. Lepas sarung tangan dan masukkan ke dalam bengkok.
20. Lepaskan cemelekdan masukkan ke dalam ember kosong.
21. Rapi kan dan bersihkan peralatan. Selanjutnya, kembalikanperaltan ketempat semula
22. Cuci tangan dan dokumentasikan tindakan.

Perhatikan

1. Keadaan umum klien harus diperhatikan selama prosedur.
2. Air di dalam ember harus dibuang jika hampir penuh.
3. Pakaian klien yang basah atau kotor harus diganti.
4. Ketelitian dalam bekerja diperlukan untuk mencegah area sekitar klien basah.
5. tindakan yang dapat menimbulkan kelelahan dan kedinginan pada klien sebaiknya dihindari

Mengeramasi Rambut klien dengan Sampo Obat Kutu

Mengeremas rambut klien dengan sampo obat kutu merupakan tindakan memberi obat kutu di kepala dan rambut klien, kemudian membungkusnya

Tujuan

1. Membasmi kutu kepala beserta telurnya.
2. Mencegah penularan pada orang lain.
3. Mencegah kutu kepala berjatuhan.
4. Merawat rambut.

Persiapan Alat

1. Dua buah sisir biasa dan satu buah sisir kutu
2. Mitela atau kain pembalut segitiga
3. Alas berupa perlak atau handuk
4. Obat kutu dalam wadahnya (mis,peditox)
5. Kertas tisu dan kasa dalam cwadahnya
6. Satu buah bengkok kosong dan satu buah bengkok berisi larutan lisol 2%
7. Koran
8. Dua atau tiga buah peniti
9. Sarung tangan bersih
10. Celemek dan tudung kepala
11. Ember berisi larutan lisol 2 - 3%

prosedur pelaksanaan

1. Letakkan peralatan dekat dengan klien
2. Jelaskan tujuan pelaksanaan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan
3. Cuci tangan
4. Pasang celemek,tutup kepala,dan sarung tangan
5. Dudukkan klien ,jika memungkinkan,di pinggir tempat tidur atau di atas kursi dengan posisi membelakangi petugas.jika klien berbaring geser kepala ke pinggir tempat tidur dan miringkan.*memudahkan perawat melakukan prosedur*
6. Jika klien duduk,pasang alas dari punggung atas melewati bahu lalu sematkan alas tersebut dengan peniti di depan dada.jika klien berbaring,pasang alas di bawah kepala
7. Letakkan ember berisi larutan lisol di belakang klien, sesuai arah jatuhnya rambut
8. Gunakan kertas koran sebagai perpanjangan alas ke ember
9. Sisir rambut dengan sisir biasa, dan diteruskan dengan sisir kutu

10. Bersihkan sisir dengan kertas tisu, kemudian masukan ke dalam bengkak berisi larutan lisol bersama sisir kutu
11. Gosok kulit kepala dan rambut dengan kasa, yang telah di basahi dengan obat kutu, dari pangkal hingga ujung rambut secara merata
12. Sisir rambut dengan sisir biasa, jalin longgar rambut klien yang panjang dan gulung
13. Masukkan sisir tersebut ke dalam bengkak berisi larutan lisol.
14. Bungkus kepala klien, tanpa memasukkan telinga, dengan mitela selama 12-18 jam (sesuai petunjuk penggunaan obat).
Mencegah kotoran, kutu, atau obat kutu masuk ke telinga.
15. Buka tudung kepala dan cemelek, kemudian masukkan ke dalam ember berisi larutan lisol.
16. Lepaskan sarung tangan dan masukkan ke dalam bengkak berisi larutan lisol.
17. Rapi tempat tidur klien dan letakkan klien dalam posisi yang nyaman.
18. Rapikan dan bersihkan peralatan serta kembalikan ke tempat semula.
19. Cuci tangan .
20. Dokumentasikan tindakan.

Perhatikan

1. Keadaan umum dan reaksi klien terhadap obat harus dikaji.
2. Penularan kutu pada diri sendiri dan klien lain harus dihindari.
3. Obat tidak boleh mengenai mata.
4. Linen direndam dalam larutan disinfektan.
5. Jika perlu, prosedur ini dapat diulang seminggu kemudian.
6. Prosedur ini tidak boleh dilakukan pada klien yang memiliki luka di kepala atau klien yang mengalami penurunan kesadaran atau lemah.
7. Rambut klien harus dikeramas setelah terpasang obat kutu selama 12-18 jam (sesuai petunjuk pemakaian obat)

Perawatan Gigi Dan Mulut

Perawatan gigi dan mulut meliputi tindakan menjaga kebersihan rongga dan lidah untuk mempertahankan kebersihan dan kesehatan mulut. Klien yang tidak dapat melakukan perawatan gigi dan mulut secara mandiri, seperti klien yang mengalami penurunan kesadaran, klien anak-anak, klien yang mengalami fraktur, dan klien pascaoperasi yang masih puasa akan dibantu oleh perawat.

Tujuan

1. Menjaga mulut dan gigi tetap bersih dan tidak bau.
2. Mencegah infeksi mulut dan kerusakan gigi.
3. Memberi kenyamanan pada klien.
4. Membantu merangsang nafsu makan.
5. Memberi penyuluhan pada klien mengenai kebersihan individu.

Menyikat Gigi

Pengertian

Menyikat gigi merupakan tindakan membersihkan gigi dari kotoran atau sisa makanan menggunakan sikat gigi. tindakan ini dilakukan pada klien yang tidak dapat menyikat gigi secara mandiri.

Tujuan

1. Menjaga mulut dan gigi tetap sehat, bersih, dan tidak bau.
2. Mencegah timbulnya masalah gigi dan mulut, misalnya stomatitis dan karies gigi.
3. Memberi kenyamanan pada klien.
4. Melakukan kebersihan individu sebagai salah satu upaya penyuluhan kesehatan masyarakat.
5. Meningkatkan daya tahan tubuh.

Persiapan alat

1. Nampan berisi :
2. Alas berupa perlak kecil jika perlu
3. Handuk
4. Sikat gigi dan pasta gigi
5. Gelas berisi air bersih
6. Dua buah bengkak
7. Gelas untuk air kumur

8. Kertas tisu
9. Alat penghisap (sedotan)
10. Sarung tangan bersih

Prosedur pelaksanaan

1. Letakkan peralatan dekat dengan klien.
2. Jelaskan tujuan pelaksanaan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan.
3. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan .
4. Miringkan klien, kemudian pasang alas atau handuk dibawah dagu dan pipinya
Mencegah dan seprei basah
5. Letakkan bengkok dibawah dagu klien agar air bekas kumur dapat tertampung.
6. berikan air untuk berkumur kepada klien.
7. Berikan sikat gigi yang sudah dibasahi air terlebih dahulu dan dibubuhi pasta gigi secukupnya.
8. Berikan kesempatan kepada klien untuk menyikat gigi dan anjurkan untuk berkumur hingga mulut bersih. Tampung air bekas berkumur di dalam bengkok.
9. Masukkan sikat gigi ke dalam gelas yang telah kosong.
10. Angkat gelas dan bengkok, kemudian letakkan diatas nampan.
11. Bersihkan area mulut menggunakan handuk atau tisu.
12. Angkat handuk atau alas, kemudian lepaskan sarung tangan dan masukkan kedalam bengkok kosong.
13. Atur kembali posisi klien hingga nyaman.
14. Rapiakan peralatan dan kembalikan ke tempat semula.
15. Cuci tangan.
16. Dokumentasikan tindakan.

Perhatikan

1. Pengkajian terkait adanya perdarahan gusi, gigi yang rusak, luka pada bibir dan lidah harus dilakukan.
2. Gigi sebaiknya digosok sesudah makan.
3. Setiap bagian gigi sebaiknya disikat sebanyak 10 kali gerakan.
4. Perawat melakukan perawatan gigi dan mulut pada klien yang tidak dapat melakukannya mandiri.

Higiene Oral Khusus

Higiene oral adalah tindakan membersihkan rongga mulut, lidah dan gigi dari kotoran menggunakan kasa atau kapas yang dibasahi air. Prosedur ini dilakukan pada klien yang tidak dapat menggunakan sikat gigi akibat stomatitis hebat atau mengalami kelainan darah tertentu; klien yang sakit berat atau tidak sadarkan diri; dan klien pascaoperasi mulut atau yang mengalami fraktur tulang rahang.

Tujuan

1. Meningkatkan daya tahan tubuh.
2. Mencegah terjadinya infeksi.

3. Menghilangkan bau mulut.
4. Memberi kenyamanan pada klien.
5. Merupakan upaya pengobatan.
6. Mempertahankan kebersihan individu.

Persiapan alat

1. Alas berupa handuk atau perlak
2. Gelas kumur atau mangkuk berisi air masak, NaCl 0,9%, atau air garam sesuai keadaan klien
3. Mangkuk kecil berisi boraks gliserin atau gentian violet
4. Obat lainnya jika diperlukan
5. Kertas tisu jika diperlukan
6. Bak steril tertutup berisi kapas lidi, kasa, pinset atau klem arteri, sudip lidah, spuit 10 cc sesuai dengan keadaan klien
7. sarung tangan bersih
8. Dua buah mangkok
9. Perlak kecil dan alasnya

Prosedur pelaksanaan

1. Letakkan peralatan dekat dengan klien
2. Jelaskan kepada klien tujuan pelaksanaan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan
3. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan
4. Pasang alas dibawah dagu klien

Higiene Oral pada klien Sakit Berat atau Tidak Sadarkan Diri

1. Buka mulut klien dengan sudip lidah yang sudah dibungkus kasa
memberi kenyamanan dan keamanan bagi klien
2. Bersihkan rongga mulut mulai dari dinding, gusi, gigi bagian dalam, dan gigi bagian luar dengan hati-hati
3. Letakkan kasa yang kotor kedalam bengkok
4. ulangi prosedur tersebut hingga gigi bersih dari kotoran, kemudian letakkan pinset atau klem arteri yang kotor ke dalam bengkok
mencegah terjadinya infeksi
5. Olesi bibir dengan boraks gliserin menggunakan lidi kapas. jika klien mengidap stomatitis, oleskan gentian violet atau obat lainnya
boraks gliserin untuk memelihara kelembapan bibir
6. Pindahkan bengkok berisi kasa, lidi kapas, pinset atau klem arteri yang kotor ke atas nampan atau meja dorong
7. Lepaskan alas dibawah dagu klien
8. Lepaskan sarung tangan dan masukkan kedalam bengkok
9. Atur kembali posisi klien hingga nyaman
10. Lakukan sterilisasi peralatan bekas pakai dan simpan pada tempat semula
11. Cuci tangan
12. Dokumentasikan tindakan

Higiene Oral pada klien Fraktur Tulang Rahang

1. Letakkan bengkok dibawah dagu atau pipi klien
2. Bersihkan gigi dengan cara menyemprotkan nacl 0,9% menggunakan spuit 10 cc secara berulang hingga bersih dan anjurkan klien untuk membuang air kotor kedalam bengkok atau
3. Jepit kasa dengan pinset atau klem arteri dan basahi dengan nacl 0,9%
4. Bersihkan gigi atau kawat pengikat dengan kasa tersebut secara berulang dan hati-hati hingga bersih. Letakkan kasa, pinset, atau klem arteri yang kotor kedalam bengkok.
5. Bersihkan area mulut klien menggunakan handuk atau kertas tisu
6. Pindahkan bengkok ke atas nampan atau meja dorong
7. Lepaskan alas di bawah dagu klien
8. Lepaskan sarung tangan dan masukkan ke dalam bengkok
9. Letakkan klien dalam posisi yang nyaman
10. Rapikan peralatan dan simpan di tempat semula
11. Cuci tangan
12. Dokumentasikan tindakan

perhatian

1. kehati-hatian harus dilakukan agar tidak terjadi infeksi dan klien tidak merasakan nyeri
2. kawat pengikat pada klien yang mengalami fraktur tulang rahang harus dijaga agar tidak berubah posisi atau terlepas

Menyikat dan flossing gigi pasien dependen

Menyikat, flosing, dan irigasi perlu untuk pembersihan gigi yang benar. menyikat gigi menghilangkan partikel makanan, melepaskan plak, dan merangsang gusi. flossing menghilangkan tarter yang terkumpul pada tepi gusi. irigasi menghilangkan partikel makanan yang menyangkut dan pasta gigi yang kelebihan.

Diagnosa Keperawatan Potensial

Data klien yang didapatkan selama pengkajian menunjukan batasan karakteristik untuk mendukung diagnosa keperawatan.

berikut untuk klien yang memerlukan keterampilan ini :

perubahan membran mukosa mulut Nyeri

Defisit pengetahuan tentang perawatan higiene oral

Peralatan

1. Sikap gigi dengan pegangan lurus dan bulu sikat lembut dan kecil
2. Pasta gigi atau odol
3. Floss gigi
4. Gelas dengan air dingin
5. Pembilas mulut (tidak menjadi keharusan)
6. Sedotan

7. Basin
8. Handuk wajah dan handuk kertas
9. Sarung tangan sekali pakai

Langkah	Langkah	Rasional
1.	Cuci tangan.	mengurangi transmisi mikroorganisme.
2.	Letakkan handuk kertas pada meja tempat tidur dan atur peralatan lain dalam jangkauan yang mudah	handuk mengumpulkan kelembaban dan percikan dari basin.
3.	Tarik tirai atau tutup pintu ruangan (jarang dilakukan bila klien hanya menyikat gigi)	memberikan privasi klien. bila menyikat adalah bagian dari mandi dan hygiene total, privasi penting.
4.	Tinggikan tempat tidur pada posisi kerja yang nyaman. Tinggikan kepala tempat tidur (bila memungkinkan) dan rendahkan pagar samping. Pindahkan klien atau bantu klien bergerak ke arah anda. Posisi miring dapat digunakan.	peninggian tempat tidur dan pemberian posisi mencegah perawat dari regangan otot yang terus menerus. posisi semi fowler's membantu mencegah klien dari tersedak atau aspirasi.
5.	Letakkan handuk diatas dada klien	mencegah basah pada pakaian dan linen tempat tidur.
6.	Posisikan meja tempat tidur dalam jangkauan yang mudah dan atur ketinggian sesuai kebutuhan	kemudahan penggunaan bahan menjamin prosedur yang aman dan lancar.
7.	Gunakan sarung tangan	mencegah kontak dengan mikroorganisme dalam saliva.
8.	Oleskan pasta gigi pada sikat, pegang sikat diatas baskom. Tuangkan sejumlah air di atas pasta gigi	Kelembaban membantu distribusi pasta gigi diatas permukaan gigi.
9.	Pegang sikat gigi dengan sudut bulu 45 derajat pada garis gusi. Sikat permukaan luar dan dalam dari gigi atas dan bawah dengan menyikat dari gusi ke mahkota setiap gigi. Lakukan gosokan bertekan singkat dan sikat	sudut penyikatan memungkinkan sikat untuk mencapai semua permukaan gigi dan membersihkan dibawah garis gusi tempat plak dan tartar berkumpul. gerakan maju dan mundur melepaskan partikel akan menyangkut diantara gigi dan di sepanjang permukaan gigi mengunyah.

gigi tiap secara terpisah. Bersihkan permukaan gigi penggigit dengan memegang pundak bulu sejajar dengan gigi dan sikat perlahan ke belakang dan ke depan. Sikat samping gigi dengan menggerakkan bulu ke belakang dan ke depan	
10. Pegang sikat pada sudut 45 derajat dan dengan lembut sikatkan pada permukaan dan samping lidah. Hindari merangsang refleks gag	Mikroorganisma terkumpul dan tumbuh pada permukaan lidah. Refleks tidak nyaman dan dapat menyebabkan aspirasi pasta gigi.
11. Biarkan klien membilas mulutnya secara menyeluruh dengan berkumur sehingga semua permukaan gigi bersih, dan membuangnya ke baskom	Irigasi menghilangkan partikel makanan.
12. Biarkan klien berkumur atau membilas mulutnya dengan larutan pencuci mulut	Larutan pencuci mulut meninggalkan rasa enak di dalam mulut. Meningkatkan perasaan nyaman
13. Singkirkan baskom dan bantu klien mengeringkan mulutnya	Mengurangi transmisi mikroorganisme
14. Siapkan untuk flossing gigi dengan meminta klien mencuci tangannya, bila klien akan melakukan floss sendiri	Diperlukan panjang yang cukup untuk memegang floss dengan kuat dan menyisipkannya di permukaan gigi
15. Siapkan dua potong floss gigi dengan panjang sekitar 25 cm (10 inci). Ada perbedaan pendapat dalam penggunaan floss berwax versus floss tak berwax. Floss berwax agak mudah menegang. Partikel makanan melakat pada floss tak berwax	Penyisipan dan gerakan floss yang tepat sepanjang permukaan gigi secara mekanik mengangkat plak dan tartar.
16. Lilitan ujung floss pada jari ke tiga dari masing-masing tangan. Menggunakan ibu jari dan jari telunjuk, regangkan floss dan sisipkan diantara kedua gigi atas. Gerakan floss ke atas dan ke bawah diantara gigi dari tepi gigi bawah sampai puncak tuah mahkota gigi.	

Pastikan untuk membersihkan permukaan luar molar belakang. Buat gambar c di sekitar tepi gigi yang difloss. Lakukan secara sistemik pada setiap susunan gigi	Floss yang kering akan tersangkut diantara gigi dan dapat putus. Ini dapat menimbulkan inflamasi dan infeksi gusi. Posisi tangan membantu mencapai permukaan gigi terendah.
17. Ambil sepotong floss bersih, lilitkan pada jari ketiga dari tangan. Menggunakan jari telunjuk regangkan floss dan sisipkan diantara dua gigi bawah	Gerakan ke atas dari floss mengangkat plak dan tartar
18. Gerakan floss ke atas dan ke bawah, diantara tepi gusi dan mahkotagigi bawah sekali setiap waktu.	Irigasi mengangkat plak dan tartar dari rongga mulut
19. Biarkan klien membilas mulutnya dengan air hangat dan membuangnya ke baskom. Bantu klien mengeringkan mulutnya.	Memberikan klien kenyamanan dan keamanan
20. Bantu klien pada posisi nyaman, singkirkan meja tempat tidur dalam posisi awalnya	Mengurangi transmisi mikroorganisme
21. Keringkan meja tempat tidur, buang linen yang basah dan handuk kertas, lepaskan sarung tangan basah, dan kembalikan peralatan pada tempatnya semula	Mendokumentasikan respons klien terhadap tindakan kebersihan.
22. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan	
23. Catat dan laporkan prosedur dalam catatan perawat, sebutkan secara spesifik kondisi rongga mulut.	

Kewaspadaan Perawat

Semua klien pascaoperasi yang menerima anestesi umum pada awalnya puasa (NPO) setelah pembedahan dan demikian memerlukan perawatan mulut. Menyikat gigi sering kali merupakan kontraindikasi untuk klien ini. Klien-klien dengan gusi sensitif atau kecenderungan berdarah dapat menggunakan manfaat spon perawatan mulut. Dapat juga digunakan batang lidi kapas yang dibasahi dengan larutan sorbitol-aqua, natrium, karboksimetilselulosa, dan elektrolit.

Penyuluhan Klien

Klien mungkin lemah dan tidak mampu untuk membantu perawatannya sendiri. Namun, perawat masih dapat membantu memberikan instruksi dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan klien. Perawat harus mendiskusikan pedoman tentang pencegahan kerusakan gigi : mengurangi asupan karbohidrat diantara waktu makan, menyikat gigi dalam 30 menit setelah makan manis-manis, selalu membilas mulut dengan air menggunakan flour bila tersedia.

Pertimbangan Periatris

Sikat gigi untuk anak-anak harus mempunyai panjang sekitar 21 cm (6 inci)

Pertimbangan Geriatri

Orang lansia dapat mengalami penurunan vaskularitas gusi, penurunan elastisitas jaringan periodontal, dan gigi tipis, rapuh. Mereka juga mungkin mengalami atrofi tulang rahang. Namun, pemeliharaan kebersihan gigi yang teratur dapat meminimalkan penyakit periodontal.

Perawatan Mulut Untuk Klien Tak Sadar

klien tidak sadar memberikan masalah khusus bagi perawat dalam hal perawatan mulut. banyak klien tidak sadar mengalami penurunan atau tekanan takadanya reflek gag. sehingga sekret cenderung terakumulasi di dalam mulut, meningkatkan resiko aspirasi. klien dengan penyakit kritissering memerlukan jalan napas butan atau selang nasogastrik. alat ini dapat menyebabkan iritasi pada struktur mukosal mulut yang sensitif. klien tak sadar akan memerlukan perawatan mulut yang sering untuk menjaga agar mukosa mulut terhidrasi dengan baik dan utuh.

Diagnosa Keperawatan Potensial

Data klien yang didapatkan selama pengkajian menunjukkan batasan karakteristik untuk mendukung diagnosa keperawatan berikut untuk klien yang memerlukan keterampilan ini:

1. Perubahan membran mukosa mulut
2. Resiko tinggi terhadap cedera
3. Resiko tinggi terhadap infeksi

Peralatan

1. Larutan pencuci mulut atau larutan antiseptik
2. Tong spatel yang dibalut dengan satu lapis kaca
3. Tong spatel dengan bantalan
4. Handuk wajah
5. Basin
6. Handuk kertas
7. Gelas dengan air dingin
8. Jeli petrolium
9. Kateter penghisap yang dihubungkan dengan alat penghisap

Langkah-Langkah

1. Jelaskan prosedur pada klien

Rasional

Meskipun tidak sadar, ia mungkin masih

	mampu mendengar penjelasan
2. Cuci tangan anda dan gunakan sarung tangan	Mengurangi transmisi mikroorganisme
3. Tempatkan handuk kertas di atas meja tempat tidur dan atur peralatan	Memberikan kemudahan akses peralatan
4. Tarik tirai disekitar tempat tidur atau tutup pintu ruangan	Memberikan privasi
5. Tinggikan tempat tidur pada ketinggian horizontal paling tinggi. turunkan pagar samping	Penggunaan mekanika tubuh yang baik mencegah cedera pada anda dan klien
6. Posisikan klien pada anda. pastikan kepalanya memutar ke arah kasur	Melindungi klien dari aspirasi sekret
7. Letakkan handuk di bawah wajah klien dan baskom di bawah dagunya	Mencegah membasahi linen tempat tidur
8. Dengan hati hati regangkan gigi atas dan bawah klien dengan tong spatel, secara tetapi lembut, diantara molar belakang. sisipkan bila klien relaks, bila memungkinkan.	
9. Membersihkan mulut klien menggunakan tong spatel yang di basahi dengan pencuci mulut atau air. Hisap sesuai kebutuhan selama pembersihan. bersihkan permukaan pengunyah dan permukaan dalam pertama. Gosok atap mulut dan bagian dalam pipi dan bibir. Gosok lidah tetapi hindari menyebabkan refleks gag bila ada. Basahi aplikator bersih dengan air dan gosok mulut untuk mencuci. ulangi sesuai kebutuhan.	Penggosokan merangsang gusi dan membantu menghilangkan partikel besar makanan saat menyikat gigi tidak mungkin dilakukan. air atau pencuci mulut memberikan pelicin untuk mukosa yang kering. pencuci membantu menghilangkan sekret dan partikel makanan. penghisapan mengurangi resiko aspirasi pada klien dengan penurunan reflek gag.
10. Gunakan jeli petroleum pada bibir klien	Mencegah bibir dari kekeringan dan pecah
11. Jelaskan pada klien bahwa anda telah menyelesaikan prosedur	Mendengar dan kemampuan berespons sering masih utuh pada klien tidak sadar
12. Lepaskan sarung tangan dan buang pada wadah yang telah di sediakan	Mencegah transmisi mikroorganisme
13. Kembalikan posisi klien keadaan semula, tinggikan pagar samping, dan kembalikan tempat tidur pada posisi semula.	Mempertahankan kenyamanan dan keamanan klien
14. Bersihkan peralatan dan kembalikan pada tempat semula. buang linen yang basah pada wadah yang tepat	Mencegah penyebaran infeksi
15. Cuci tangan	Mengurangi transmisi mikroorganisme
16. Catat dan laporkan prosedur pada	dokumentasi akurat harus tepat waktu dan deskriptif.

catatan perawat,sebutkan observasi tertentu (mis,adanya perdarahan gusi,mukosa kering,atau lidah pecah)

Kewaspadaan perawat

Untuk memastikan sekret di dalam faring klien tidak teraspirasi,mungkin sangat membantu bila meminta perawat kedua untuk melakukan penghisapan.hindari penggunaan swab gliserin lemo,yang dapat menyebabkan kering pada mukosa dan kehilangan email gigi.

Kemoterapi, radiasi, dan intubasi selang nasogastrik dapat menyebabkan stomatitis. klien harus mencuci mulut mereka sebelum dan sesudah makan dengan larutan yang mengandung 0,5 sampai 1 sendok teh garam dalam 1 pin air (wilson,1986).

Kewaspadaan Geriatri

Dengan proses penuaan terdapat penurunan vaskularisasi gusi.pada orang lansia gigi mungkin rapuh,lebih kering,dan lebih gelap warnanya.bila kebersihan gigi tidak dipertahankan,inflamasi dan pembengkakan jaringan periodental dapat terjadi dengan mudah.

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 perawat 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 di ruangan 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 tanda-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.							

Persiapan perawat : 2. Lepaskan jam tangan atau perhiasan yang menempel (misalnya cincin). Yajinkan kuku dalam keadaan bersih dan pendek. 3. Gulung bagian lengan baju sampai di atas siku atau setengah siku. 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. 5. Berdiri di depan area sarung tangan steril.							
Langkah–langkah : Memasang sarung tangan steril 6. Cuci tangan. 7. Buka pembungkus sarung tangan steril dengan hati-hati. Perawat hanya boleh mnyentuh bagian luar karena bagan dalam masih termasuk area steril. 8. Identifikasi mana sarung							

tangan bagian kanan dan kiri. Setiap sarung tangan umumnya dalam keadaan terlipat (kurang lebih 5 cm). 9. Lakukan pemasangan tangan kanan terlebih dahulu (jika tangan kanan merupakan tangan dominan). Ambil bagian lipatan dengan tangan kiri untuk pemasangan sarung tangan kanan. 10. Masukkan tangan kanan ke dalam sarung tangan dengan cara menarik bagian sarung tangan dengan tangan kiri. Lakukan dengan hati-hati. Yakinkan sarung tangan terpasang rapih dan tidak ada bagian yang terlipat serta semua jari masuk dengan tepat. 11. Dengan menggunakan tangan kanan yang sudah terpasang sarung tangan, selipkan jari tangan kelipatan dalam sarung tangan kiri. 12. Masukkan tangan kiri kedalam sarung tangan kiri. Rapihkan dengan menggunakan tangan kanan.							
--	--	--	--	--	--	--	--

Ingat, tangan kanan hanya menyentuh bagian luar sarung tangan kiri. Yakinkan sarung tangan rapih dan tidak ada bagian yang terlipat serta semua jari masuk dengan tepat. 13. Setelah kedua sarung tangan terpasang, kuci kedua tagan untuk meyakinkan tidak ada lipatan diantara sela-sela jari. Melepaskan sarung tangan steril 14. Lepaskan sarung tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan. Perawat hanya menyentuh dan menarik bagian luar sarung tangan kiri agar bagian tangan kiri tidsk terkena sisa-sisa kotoran klien. 15. Gengam sarung tangan kiri yang sudah terlepas di tangan kanan. 16. Lepaskan sarung tangan kanan degan cara tangan kiri menarik sarung tangan dari arah dalam sarung tangan kanan agat tangan kiri tidak menyentuh bagian luar							
--	--	--	--	--	--	--	--

sarung tangan kanan. 17. Buang sarung tangan ke dalam bengkok atau tempat sampah medis. 18. Cuci bangun. Sikap : 19. Melakukan tindakan dengan sistematis 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

Nilai = $\frac{\text{Jumlah tindakan yang dilakukan (ya)}}{20} \times 100 = \dots\dots\dots$

20

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

Sumber:

Memakai dan Melepaskan Sarung Gan, Celemek dan Masker

Definisi

Memakai alat-alat yang dapat melindungi transmisi mikroorganisme. Alat-alat yang dimaksud adalah sarung tangan, gaun celemek dan masker. Alat-alat tersebut dapat menghindarkan kontak secara langsung antara klien dengan perawat. Sarung tangan dan celemek digunakan untuk melindungi tangan perawat dari segala macam substansi yang dihasilkan klien, misalnya darah, sputum, feses, urin, membran mukosa dan kulit. Sedangkan masker digunakan untuk melindungi risiko transmisi organisme berupa droplet, kuman yang dapat berpindah lewat udara ataupun cipratan cairan yang dihasilkan klien.

Tujuan

Melindungi perawat dan klien dari transmisi mikroorganisme.

Indikasi

APD efektif dipakai perawat jika :

1. Klien menderita penyakit dengan gangguan imunitas (misalnya Leukimia, klien dengan kemoterapi).
2. Klien menderita penyakit dengan tingkat infeksi yang tinggi (misalnya HIV-AIDS).

Kontraindikasi

Tidak ada

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Yakinkan masker menutupi semua bagian mulut dan hidung.
2. Jangan memakai masker yang sudah terpakai di dinas sebelumnya, jadi hanya sekali pakai.
3. Masker harus diganti jika sudah dalam keadaan lembab atau basah. Buang masker yang tidak terpakai di tempat sampah medis.
4. Jika perawat memakai kacamata maka gunakan masker dibawah kacamata.

Pengkajian

1. Review kembali aturan tentang sistem pencegahan infeksi.
2. Kaji keadaan klien dan hasil laboratorium klien.
3. Jika perawat akan melakukan tindakan keperawatan, siapkan peralatan klien tentang APD.

Masalah Keperawatan yang terkait

1. Risiko infeksi.
2. Kurang pengetahuan klien tentang APD.

Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah memakai APD.

Implementasi Tindakan Keperawatan

Memakai dan melepaskan Alat Pelindung Diri / APD (sarung tangan bersih, gaun celemek bersih, masker) untuk merawat klien isolasi

Evaluasi Formatif

Evaluasi tanda-tanda infeksi pada klien.

Contoh dokumentasi implementasi tindakan keperawatan

Nama : Ny.A (35 tahun)

Ruang Anggrek RS peduli sesama

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi keperawatan dengan respon	Paraf & nama
16 April 2009	12.00	1	Memakai Alat Pelindung Diri (APD). Respon : terdapat tanda-tanda infeksi di daerah luka abdomen klien, seperti edema, adanya push dan dia kemerahan. Kita, mengeluh nyeri dan panas di area tersebut.....	

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

KETERAMPILAN : MEMAKAI DAN MELEPAS ALAT PELINDUNG DIRI (SARUNG TANGAN BERSIH, MASKER, GAUN CELEMEK) UNTUK MERAWAT KLIEN ISOLASI

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 Masker							
Persiapan perawat : 2. gulung rambut serapih mungkin.							
Langkah-langkah : 3. Cuci tangan.							
Memakan sarung tangan bersih : 4. Pasang sarung tangan ditangan kana terlebih dahulu (jika tangan kanan adalah tangan dominan). 5. Pasang sarung tangan di tangan kiri. Catatan : pada pemasangan sarung tangan bersih tidak perlu memperhatikan kesterilan alat seperti							

pemasangan sarung tangan steril.							
Memakai masker : 6. Mencuci tangan. 7. Cari ujung atas masker (masker biasanya mempunyai lempengan logam tipis di sepanjang pinggirnya). 8. Pegang masker pada bagian atas kedua tali atau kait. 9. Talikan kedua tali atsa secara pas di belakang atas kepala anda. Dengan tali diatas telinga anda (alternatif selipkan pengikat di masing-masing telinga). Posisi tali di atas kepala memberikan ikatan yang kuat. 10. Dengan lembut tekan bagian atas logam do atas tonjolan hidung anda. 11. Cuci tangan.							
Mamakai gaun celemek : 12. Pakai gaun sampai menutupi pakaian perawat. 13. Tarik dengan baju sampai ke bagian pergelangn tangan. 14. Ikatkan tali gaun (biasanya ada di bagian posterior leher kepala, dada dan pinggul).							

Melepas masker, gaun celemek dan sarung tangan: 15. Buka kedua ikatan masker. 16. Lipat masker di bagian tengahnya dengan kedua permukaan dalamnya bertemu. 17. Buang masker ditempat khusus, 18. Buka ikatan gaun celemek. 19. Biarkan gaun jatuh ke arah depan dari arah bahu (tapi jangan sampai jatuh kelantai). 20. Lipat gaun atau gulung gaun tanpa menyentuh bagian luar celemek. 21. Masukkan ke dalam bakucian medis. 22. Lepaskan sarung tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan. Perawat hanya menyentuh dan menarik bagian luar sarung tangan kiri agar bagian tangan kiri tidak terkena sisa-sisa kotoran lain. 23. Genggam sarung tangan kiri yang sudah terlepas di tangan kanan. 24. Lepaskan sarung tangan							
--	--	--	--	--	--	--	--

dengan cara tangan menarik sarung dari arah dalam sarung tangan kanan agar tangan kiri tidak menyentuh bagian luar sarung tangan kanan. 25. Buang sarung tangan ke dalam bengkok atau tempat sampah medis. 26. Cuci tangan.							
Sikap : 27. Melakukan tindakan dengan sistematis. 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

Nilai = Jumlah tindakan yang dilakukan (ya) $\times 100 = \dots\dots\dots$

28

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

TEMPAT TIDUR TERTUTUP (*closed bed*)

PENGERTIAN

Yang dimaksudkan dengan tempat tidur tertutup adalah tempat tidur yang sudah disiapkan dan masih tertutup dengan seprai penutup (*overlaken*).

TUJUAN

Tujuan menyiapkan tempat tidur tertutup adalah :

- Dapat dipakai sewaktu-waktu
- Kelihatan selalu rapih
- Memberikan perasaan senang dan nyaman pada pasien.

Kontra indikasi

Untuk pasien pra operasi

Indikasi

1. Untuk klien pra operasi
2. Agar tempat tidur tidak terkontaminasi dengan klien

PERSIAPAN ALAT-ALAT

Alat – alat yang perlu disediakan untuk menyiapkan tempat tidur adalah:

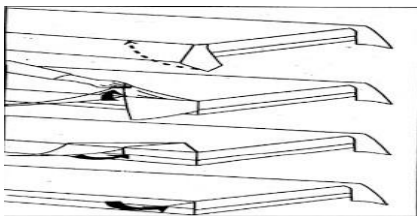
- Tempat tidur, kasur dan bantal
- Alat-alat tenun : untuk memudahkan cara bekerja, maka alat-alat tenun harus dilipat dan disusun menurut urutan pemakaian
- Alas kasur atau sarung kasur : dengan ukuran 2,80 - 2cm
- Perlak (*zeil*) 1 cm² dengan pinggir kanan/kiri samping dengan ½ kain belakang
- Seprai melintang (*steeklaken*) 2 - 1,20m :
- Seprai atas (*bovenlaken*) 2,80 - 1,150m
- Selimut
- Sarung bantal
- Seprai penutup (*overlaken*) 2,50 - 2m

CARA BEKERJA

Cara menyiapkan tempat tidur tertutup adlah sebagai berikut

- Mencuci tangan
- Meletakan alat-alat tenun yang sudah dilipat dan disusun diatas meja bersih
- Memasang alas kasur dan mengikatkan tali-talnya kearah dalam pada rangka tempat tidur pada tiap sudut.
- Meletakan seprei dengan lipatan memanjang yang menentukan garis tengahnya di tengah-tengah tempat tidur
- Memasukan seprei pada bagian kepala kurang lebih 25 cm dibawah kasur, kemudian dibuat sudut.
- Memasukkan seprei pada bagian kaki kurang lebih 25 cm dibawah kasur dan di bawah kasur dan dibuat sudut
- Jika seprei tidak sesuai ukuranya,maka masukkan bagian kepala lebih banyak dari pada bagian kaki.
- Memasukkan seprei bagian sisi kebawah kasur (sisi tempat perawat berdiri)
- Meletakkan perlak melintang kurang lebih 50 cm dari kasur bagian kepala ,demikian juga seprei melintang ,dan memasukkan sama-sama kebawah kasur
- Meletakan seprei atas secara terbalik dengan jahitan lebar dibagian kepala mulai dari garis kasur, memasukkan bagian kaki kebawah kasur.
- Melipat seprei atas bagian atas tepat diatas garis selimut.
- Memasukkan bantal kedalam sarungnya dan meletakan bantal dengan bagian yang tertutup kejurusan pintu
- Menyelesaikan sisi yang lain seperti sisi yang tadi.
- Mencuci tangan

Catatan : bila perasat ini dilakukan oleh dua orang ,cara bekerja adalah masing masing petugas berdiri pada sisi kanan kiri dan mereka mengerjakanya bersama-sama.



GAMBAR 1.1

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN: TEMPAT TIDUR
TERTUTUP (*closed bed*)**

Nama Mahasiswa.....

NO	KEGIATAN	nilai		
		0	1	2
I	INFORMED CONCENT			
II	PERSIAPAN ALAT 1. Tempat tidur,kasur dan bantal 2. Baki beralas berisi a. Leken 2,80x2m b. Perlak 1m dengan pinggir di kain kiri kanan 0,5m c. Sarung bantal 60x40 d. Steak laken 2-1,20 e. Selimut f. Alas kasur g. Boven 2,80 x2,50 m h. Over laken(untuk tertutup			
III	PERSIAPAN LINGKUNGAN 1. Siapkan ruangan untuk tempat tidur penerimaan pasien baru 2. Jauhi peralatan yang mengganggu dalam pelaksanaan			

IV	PERSIAPAN PERAWAT Cuci tangan dengan air sabun pada air yang mengalir kemudiann keringkan dengan handuk PROSEDUR KERJA			
V	Semua alat tenun disusun sesuai dengan urutan kerja Alas : Melebar terbalik Laken : memanjang terbalik Perlak : melebar terbalik Stik laken : melebar terbalik Boven : memanjang tidak terbalik-terbalik Selimut : melebar terbalik Sarung bantal : Lipat bagian atas 1/3 bagian Over laken : memanjang terbalik Kasur diratakan dari tempat tidur kemudian tarik alas kasur kebawah dan ikat ujung-ujung talinya pada rangka tempat tidur, kemudian pasang kasur kembali ±Meletakkan seprai dengan lipatan memanjang yang menentukan garis tengahnya ditengah-tengah tempat tidur Memasukkan seprai pada bagian kaki kurang lebih 25 cm dibawah kasur dan pada ujung tiap sisi kasur dibuat sudut 45 derajat Jika seprai tidak sesuai ukurannya, maka masukan bagian kepala lebih banyak daripada bagian kaki.			

	Masukkan sepraibagian sisi bawah kasur (sis tempat perawat berdiri) Meletakkan perlak melintang kurang lebih 50 cm dari garis kasur bagian kepala, demikian juga stik laken, masukkan sama-sama kekasur. Meletakkan boven laken secara terbalik dengan jahitan lebar dibagian kepala dan masukkan bawah kaki kebawah kasur Selimut diletakkan $\pm$ 25 cm dari garis kasur bagian kepala dan masukkan bawah kaki kebagian bawah kasur Melipat boven laken dari garis selimut. Masukkan bantal kedalam sarungnya dan letakkan bantal dengan bagian yang tertutup kejurusan pintu. Pasang oven laken dengan cara memanjang terbalik. Catatan : bila perasat ini dilakukan 2 perawat, cara kerja adalah masing-masing petugas berdiri pada sisi kanan dan kiri dikerjakan secara bersamaan. DOKUMENTASI EVALUASI Observasi kerapian dan kelengkapan tempat tidur Catat kegiatan dan hasil observasi dilembar catat			
--	--	--	--	--

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.=

TEMPAT TIDUR PASIEN PASCA BEDAH (*aether bed*)

PENGERTIAN

Yang dimaksud dengan tempat tidur pasien pasca bedah adalah tempat tidur yang disiapkan untuk pasien pasca bedah yang mendapat obat bius (Narkosa)

TUJUAN

Tujuan menyiapkan tempat tidur ini adalah:

- Menghangatkan pasien
- Mencegah penyulit (komplikasi) pasca bedah
- Alat-alat tenun tidak kotor
- Memudahkan perawat

PERSIAPAN ALAT-ALAT

Alat-alat yang harus disediakan untuk menyiapkan tempat tidur ini :

- Alat – alat tenun untuk tempat tidur terbuka ditambah satu selimut,
- Dua buli-buli panas,
- Periak serta handuk dalam satu gulungan, handuk dibagikan dalam.

CARA BEKERJA

Cara bekerja menyiapkan tempat tidur untuk pasien pasca bedah adalah sebagai berikut :

- Mencuci tangan
- Mengangkat dan melipat seprai penutup jika tersedia tempat tidur tertutup
- Mengangkat mengangkat bantal dan membentangkan gulungan perlak dan handuk pada bagian kepal

TEMPAT TIDUR UNTUK PASIEN PASCA BEDAH
(*AETHER BED*)

Nama Mahasiswa.....

NO	KEGIATAN	NILAI		
		0	1	2
I	IMFORMED CONCENT			
	PERSIAPAN ALAT			
II	• Tempat tidur , kasur dan bantal • Baki beralas beisi • Laken 2,80 x 2 m • Perlak 1m dengan pinggir diberi kain kiri kanan ½ m • Sarung bantal 60 x 40 • Steak laken 2 – 1,20 m • Selimut • Alas kasur • Boven 2,80 x 2,50 m • 2 buli-buli panas • Perlak serta handuk dalam satu gulungan, handuk dibagian dalam.			
	PERSIAPAN LINGKUNGAN			
III	• Siapkan ruangan untuk tempat tidur penerimaan pasien baru • Jauhi peralatan yang mengganggu dalam pelaksanaan			
	PERSIAPAN PERAWAT			
IV	• Cuci tangan dengan air sabun pada air yang mengalir kemudian keringkan dengan handuk.			
	PROSEDUR KERJA			
V	• Mengangkat dan melipat seprai penutup • Mengangkat bantal & membentangkan gulungan perlak • Melepaskan selimut & seprai atas pada bagian kaki dari bawah kasur & kemudian dilipat			

VI	• Memasang selimut tambahan hingga menutup seluruh permukaan tempat tidur • Meletakkan buli-buli panas diatas seprai bagian kaki, diarahkan mulutnya kepinggir tempat tidur • Mengangkat buli—buli panas sebelum pasien dibaringkan setelah kembali dari kamar bedah • Melipat pinggiran selimut tambahan bersama-sama selimut & seprai atas dari sisi tempat pasien akan masuk sampai batas pinggir kasur, lalu lipat sama sisi yang lain • Meletakkan pasien diatas tempat tidur • Buli-buli panas diangkat sebelum pasien dibaringkan ketempat tidur • Menarik kembali selimut & seprai atas dibagian kaki kebawah kasur jika pasien sudah sadar • Masukkan kembali selimut & seprai atas dibagian kaki kebawah kasur jika pasien sudah sadar DOKUMENTASI EVALUASI • Observasi kerapian dan kelengkapan tempat tidur • Catat kegiatan & hasil observasi dilembar catatan			
----	---	--	--	--

Catatan :

1. Alat-alat tenun harus selalu bersih
2. Tutup buli-buli panas harus diperiksa supaya jangan sampai longgar/lepas
3. Buli-buli panas dapat dipakai kembali bila diperlukan
4. Suhu buli-buli panas 60-80
5. Kalau ditempat tidur sudah ada pasien maka pasien diatur posisi sims, dilakukan 1 sisi dulu baru sisi yang lain

$$\text{Total Nilai : } \frac{\text{Total Point}}{\text{Item penilaian}} =$$

MENGGUNAKAN ALAT TENUN DENGAN PASIEN DIATASNYA (Occupied 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 kerapian

Kontra indikasi

Tidak dilakukan bila apabila pasien tidak mengizinkan 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 dangan 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: MENGGANTI
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 • Sprei besar • Sprei kecil • Matras • Perlak • Sarung Bantal • Selimut • Kantong cucian • Sarung tangan • Kursi atau meja • Larutan desinfektan							
Persiapan lingkungan							
2. Jaga praivesi klien							
Persiapan klien							
3. Kontrak waktu tempat dan tujuan tindakan							
4. Atur Posisi klien senyaman mungkin							
Pelaksanaan							
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							

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

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.=

28

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

MENCUCI TANGAN

1. Definisi

Mencuci semua area tangan dengan menggunakan air dan sabun antiseptik. Cuci tangan merupakan cara yang paling efektif dalam mengukur dan mengontrol infeksi

2. Tujuan

1. Menurunkan jumlah mikroorganisme yang ada di tangan
2. Menurunkan resiko perpindahan mikroorganisme ke klien
3. Menurunkan resiko kontaminasi silang antara klien
4. Menurunkan resiko perpindahan organisme sumber infeksi ke diri perawat dan klien

3. Indikasi

Mencuci tangan sebaiknya dilakukan pada saat:

1. Sebelum kontak dengan klien, khususnya pada klien dengan daya imun yang rendah atau klien yang beresiko tinggi terinfeksi, misalnya bayi baru lahir, penderita leukimia klien dengan HIV positif atau klien penerima transplantasi organ
2. Setelah merawat klien
3. Setelah menyentuh bahan-bahan organik
4. Sebelum melakukan prosedur invasif nonbedah (memasang infus, mengambil sampel darah, memasang kateter urine menghisap nasotrakea)
5. Jika terjadi kontaminasi pada tangan seperti: memegang instrumen dan item lain yang kotor, menyentuh selaput lendir, darah atau cairan tubuh (sekresi dan eksresi), terjadi dengan kontak lama dan intensif dengan pasien
6. Setelah membersihkan peralatan-peralatan yang terkontaminasi
7. Diantara kontak dengan klien yang satu dengan yang lainnya, terutama di ruang dengan risiko infeksi tinggi (misalnya, ICU, ruang perawatan bayi baru lahir)
8. Sebelum dan sesudah memakai sarung tangan, baik dan steril ataupun bersih
9. Bila berpindah dari bagian tubuh terkontaminasi ke bagian tubuh bersih (luka bedah) selama perawatan klien
10. Setelah menggunakan kamar mandi
11. sebelum makan

4. Kontraindikasi

Tidak ada kontraindikasi untuk melakukan prosedur ini.

5. Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Pemakaian sarung tangan bukan berarti perawat tidak perlu mencuci tangan

2. Sabun cair harus selalu tersedia didekat bak cuci tangan
3. Ketika akan melakukan prosedur yang membutuhkan tehnik sterilitas, maka perawat harus mencuci tangan dengan menggunakan sabun antimicrobial
4. Waktu yang diperlukan untuk mencuci tangan tergantung dari tujuan dilakukannya prosedur. CDC (*centres for diseases control*) merekomendasikan paling tidak cuci tangan dan sabun antiseptik. Beberapa kebijakan rumah sakit bahkan merekomendasikan stafnya untuk mencuci tangan 1-2 menit, terutama diruangan dengan resiko tinggi infeksi
5. Perawat perlu mengajarkan klien dan anggota keluarga cara mencuci tangan yang benar.

Pengkajian

1. Kaji keadaan kulit perawat. Catat jika terjadi lesi, kutikula kepada perawat penanggung jawab , terutama jika merawat klien dengan risiko tinggi (misalnya HIV-AIDS)
2. Kaji permukaan tangan, apakah berminyak atau tidak. Jika berminyak, maka lakukan cuci tangan dengan waktu yang lebih lama
3. Kaji keadaan klien yang akan di rawat ,apakah perlu perawat mencuci tangan secara ekstra(misalnya pada klien dengan leukimia ,klien yang menerima transplantasi organ)

Masalah keperawatan yang terkait

Risiko infeksi.

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah mencuci tangan.

Implementasi tindakan keperawatan

Mencuci tangan

Mencuci tangan untuk persiapan pembedahan

Evaluasi

Evaluasi apakah tangan sudah benar-benar bersih atau belum

Contoh dokumentasi implementasi tindakan keperawatan

Khusus untuk prosedur ini, tidak di perlukan pencatatan

GAMBAR



FORMAT PENILAIAN: MENCUCI TANGAN

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 - Bak cuci tangan dengan dengan air yang mengalir - Sabun antiseptik - Tissu sekali pakai							
Persiapan Perawat: 2. lepaskan jam tangan atau perhiasan yang menempel (misalnya cincin) yajinkan kuku dalam keadaan pendek dan bersih 3. Gulung bsgian lengan baju sampai diatasiku 4. Berdiri di depan bak cuci tangan. Tangan dan baju jangan menempel disisi bak cuci tangan.							
Langkah-langkah: 5. Hidupkan air dan bauh tangan dengan air .hindari cipratan air mengenai baju perawat.Posisi pergelangan tangan selalu lebih rendah di bawah siku pada saat mencuci. 6. Tuangkan sabun antiseptik secukupnya(kurang							

lebih 1 - 3cc) 7. Ratakan dengan kedua tangan 8. Gosok punggung dan sel-sela jari tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan, dan sebaliknya 9. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari 10. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci 11. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan, dan lakukan sebaliknya 12. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan ditelapak tangan kiri dan sebaliknya. 13. Gosok pergelangan tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan, dan sebaliknya 14. Bilas kedua tangan dengan air 15. Keringkan dengan tissu sekali pakai sampai tangan benar-benar kering. 16. Gunakan tissu yang sudah dipakai untuk melapisi pada saat menutup kran. Tangan perawat kini sudah bersih. 17. Buang tissu di tempat sampah							
SIKAP 18. Melakukan tindakan dengan sistematis 19. 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. =

19

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

BAB 7

KEBUTUHAN SPIRITUAL

Perawatan Jenazah

Definisi

Perawatan jenazah adalah mengurus atau memberikan perawatan khusus kepada klien yang baru saja meninggal.

Tujuan

Membersihkan dan merapikan jenazah serta meemberi rasa ouas dan tenang kepada keluarga klien.

Indikasi

Dilakukan pada klien yang telah mengalami terhentinya fungsi jantung, paru dan kerja otak secara menetap setra telah dinyatakan meninggal oleh dokter.

Kontraindikasi

Tidak ada.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Jika ada barang-barang berharga klien yang melekat di tubuh klien, catat atau langsung diserahkan kepada keluarga klien.
2. Jenazah dilakukan perawatan dengan cara yang tertib dan khidmat.
3. Label diisi lengkao dengan data klien, yaitu nama, nomor registrasi, umur, jenis kelamin, tanggal dan jam meninggal serta nama ruangan.
4. Surat kematian diisi lengkap diisi oleh dokter bersangjutan atau penanggung jawab ruangan.
5. Jenazah dibawa kekamar jenazah oleh petugas sesuai peraturan rumah sakit , sekurang-kurangnya dua jam setelah dinyatakan meninggal.
6. Jenazah dengan penyakit menular diberi tanda khusus.

Pengkajian

1. Kaji apakah keluarga atau orang terdekat sudah mengetahui kematian klien. Biarkan keluarga melihat jenazah klien dan observasi respon kekuarga terhadap kematian klien. Sediakan waktu jika keluarga ingin mengetahui penyebab kematian klien. Tuga perawat hanya memberikan dukungan emosi kepada keluarga dan melakukan perawatan jenazah sederhana, sedangkan tim dokter yang akan menjelaskan penyebab kematian.
2. Kaji apakah keluarga klien ingin melakukan rutinitas keagamaan ataupun rutinitas budaya sesuai dengan kepercayaan keluarga. Kaji apakah keluarga membutuhkan pemuka agama.

3. Kaji apakah klien yang meninggal mengalami penyakit infeksius yang membutuhkan kewaspadaan isolasi (isolation precautions) khusus, seperti AIDS sehingga perawat dapat mencegah penyebaran infeksi kepada orang lain.
4. Kaji kebijakan yang berlaku di institusi perawat bekerja (misalkan Rumah Sakit) tentang peralatan yang dapat digunakan perawat untuk melakukan perawatan jenazah.

Masalah Keperawatan yang terkait

1. Berduka disfungsi.
2. Koping individu atau keluarga tidak efektif.

Rencana Tindakan Keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah melakukan perawatan jenazah.

Implementasi Tindakan Keperawatan

Melakukan perawatan jenazah

Evaluasi Formatif

1. Evaluasi respon keluarga klien terhadap kehilangan orang yang dicintai.
2. Evaluasi hasil *express feelings* keluarga.
3. Evaluasi apakah pihak keluarga sudah memberitahu anggota keluarga lain.
4. Evaluasi integritas kulit selama melakukan perawatan jenazah.

Contoh dokumentasi implementasi tindakan keperawatan

5. Nama : Ny. A (35 tahun)

Ruang Anggrek RS Peduli

Sesama

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Keperawatan dan Respon	Paraf & Nama
16 April 2009	12.00	1	Melakukan perawatan jenazah. Respon : klien dinyatakan meninggal dunia oleh dr. Hafshah pukul 11.00 WIB dengan penyebab kematian Cardiac arrest. Pihak keluarga sudah mengetahui tentang kematian klien dan sudah dijelaskan penyebab dari kematian tersebut. Pada jenazah tidak ditemukan perhiasan yang melekat, tidak ada tanda-tanda infeksi di daerah pemasangan prosedur invasive, tidak ada luka (integritas kulit dalam keadaan baik). Klien juga tidak menderita penyakit infeksius sehingga tidak memerlukan prosedur perawatan jenazah yang khusus_____	

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

KETERAMPILAN : PERAWAT JENAZAH

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 klien : 1. Jelaskan tujuan dari prosedur yang akan dilakukan. 2. Beri klien posisi supine.							
Persiapan lingkungan : 3. Jaga privasi klien.							
4. Persiapan alat : • 1 pasang sarung tangan bersih. • 1 buah barascot. • 1 kantung plastic untuk tempat sampah. • Air hangat secukupnya. • 1 buah handuk. • 1 buah label. • 1 buah gunting. • 1 buah bantal kecil (k/p). • 1 buah kain kafan. • Kassa panjang (secukupnya).							
Langkah-langkah : 5. Cuci tangan.							

6. Pasang sarung tangan bersih dan barascot.							
7. Lepaskan semua alat bantu kesehatan (seperti kateter, infus, oksigen, NGT).							
8. Lepaskan semua pakaian klien dan masukan ke dalam plastic (berikan pada keluarga).							
9. Pasang bantal di bawah kepala klien (k/p).							
10. Bersihkan bagian tubuh klien dari darah, urine, feces, atau drainase lainnya dengan menggunakan air hangat.							
11. Keringkan bagian tubuh yang basah.							
12. Pasang kain kafan dibawah badan klien.							
13. Letakan satu tangan ditangan yang lain dan pasang ikatan diantara keduanya.							
14. Tutup mata, telinga, lubang hidung dan lubang anus dengan kapas lembab.							
15. Ikatkan bagian kepala – dagu dengan kassa gulung.							
16. Ikatkan bagian kaki bagian tumit dan dengkul.							
17. Hiasi klien : sisir rambut							

klien dan <i>make-up</i> seperlunya. 18. Tutup semua bagian klien (kecuali muka). 19. Berikan waktu kepada keluarga klien untuk melakukan ritual. 20. Tutup bagian muka klien. 21. Berikan label. 22. Rapihkan alat. 23. Lepaskan sarung tangan. 24. Cuci tangan. 25. Dokumentasi. 26. Pindahkan klien ke ruang jenazah.							
Sikap : 27. Melakukan tindakan dengan sistematis. 28. Komunikatif dengan klien.							

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) $\times 100 = \dots\dots\dots$

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

PELAKSANAAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA KLIEN YANG MENGALAMI KEHILANGAN DAN BERDUKA

Definisi

Melakukan hubungan interpersonal antara perawat dan klien yang sedang berduka karena mengalami kehilangan (kondisi dimana klien mengalami kekurangan akan suatu yang sebelumnya ada).

Tujuan

1. Mencegah terjadinya berduka yang berkepanjangan.
2. Klien mampu melalui proses berduka serta menerima kehilangannya.

Indikasi

Dilakukan pada klien yang mengalami kehilangan, baik kehilangan orang yang dicintai, kehilangan fungsi biopsikososial kehilangan suatu objek eksternal dan kehilangan lingkungan yang telah dikenal.

Kontraindikasi

Tidak ada.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Tentukan tahapan berduka klien.
2. Lakukan tindakan keperawatan sesuai tahapan dengan tahapan yang sedang terjadi.
3. Bersikaplah empati terhadap klien.

Pengkajian

1. Kaji tanda dan gejala klien yang sedang berduka seperti sering mengungkapkan kehilangan, menangis, gangguan tidur, susah berkonsentrasi.
2. Kaji adanya karakteristik berduka yang berkepanjangan seperti :
 - a. Waktu mengingkari kenyataan kehilangan yang lama.
 - b. Sedih berkepanjangan.
 - c. Adanya gejala fisik yang berat.
 - d. Keinginan bunuh diri.

Masalah keperawatan yang terkait

Disfungsional berduka berkepanjangan.

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah melakukan komunikasi efektif pada klien yang mengalami kehilangan dan berduka.

Implementasi tindakan keperawatan

Melakukan komunikasi efektif pada klien yang mengalami kehilangan dan berduka (format 9.2).

Evaluasi formatif.

1. Evaluasi kemampuan klien dalam membina hubungan saling percaya.
2. Evaluasi apakah klien dapat menyebutkan penyebab kehilangan dan berduka.
3. Evaluasi apakah klien dapat menyebutkan situasi menyertai kehilangan dan berduka.
4. Evaluasi perilaku klien yang terkait dengan kehilangan dan berduka.
5. Evaluasi kemampuan klien dalam mengatasi kehilangan dan berduka

Contoh dokumentasi implementasi tindakan 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	1	Melakukan intervensi dengan klien yang mengalami kehilangan dan berduka sesuai dengan tahapan komunikasi terapeutik. Fase orientasi: Membina hubungan saling percaya. Respon : klien menjawab salam perawat sambil berjabat tangan, menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan serta klien menyepakati kontrak. Kerja: Mendiskusikan tentang masalah yang terjadi pada klien (kehilangan dan berduka), menentukan respon terhadap kehilangan dan berduka, melakukan tindakan keperawatan sesuai tahapan berduka. Respon: klien mengungkapkan permasalahan yang dihadapinya (kehilangan dan berduka), klien melakukan kegiatan kegiatan yang di anjurkan oleh perawat untuk mengatasi masalahnya sesuai tahapan berduka. Terminasi: Mengevaluasi perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat, menanyakan kembali tentang hal hal yang sudah di bahas, menganjurkan klien untuk mengulang kembali apa yang sudah diajarkan perawat, membuat RTL dan menyepakati kontrak untuk pertemuan yang akan datang. Respon: klien mengatakan perasaan senang setelah berinteraksi dengan perawat, klien menjelaskan kembali tentang hal hal yang sudah dibahas dengan perawat, klien dapat mendemonstrasikan kembali keterampilan yang dilatih perawat dan klien membuat RTL dan menyepakati kontrak yang akan datang_____	

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA
KETERAMPILAN : KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA
PASIEN YANG MENGALAMI KEHILANGAN**

Nama mahasiswa :

ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan						KET
	Tgl :		Tgl :		Tgl :		
	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. PERSIAPAN : Pembuatan NCP : • Kondisi kloein (data subyektif dan obyektif). • Masalah/Diagnosa Keperawatan. • Tujuan khusus. • Rencana Tindakan Keperawatan.							
2. PERSIAPAN (Pembuatan SP) Fase orientasi : • Memberi salam sambil jabatan tangan. • Memperkenalkan diri Perawat. • Menanyakan nama pasien. • Mengevaluasi kondisi pasien. • Menyepakati kontrak. Fase kerja : • Mendiskusikan tentang masalah yang terjadi (kehilangan dan berduka) • Menentukan respon terhadap kehilangan dan berduka. • Menjelaskan proses kehilangan. • Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tahapan berduka (mengingkari, marah, tawar-menawar, depresi dan penerimaan). Fase terminasi : • Evaluasi subyektif • Evaluasi obyektif • RTL • Kontrak akan datang							
3. Persiapan Lingkungan							
4. Persiapan klien							
Pelaksanaan tindakan : 5. Mengucapkan salam 6. Berjabat tangan							

7. Menyebutkan nama perawat 8. Menanyakan nama klien. 9. Melakukan evaluasi / validasi masalah klien. 10. Membuat kontrak dengan klien. 11. Mendiskusikan tentang masalah yang terjadi (kehilangan dan berduka). 12. Menentukan respon terhadap kehilangan dan berduka : a. Mengingkari (denial). b. Marah. c. Tawar-menawar. d. Depresi e. Penerimaan. 13. Menjelaskan tentang proses kehilangan 14. Melakukan tindakan keperawatan sesuai tahapan 15. berduka Mengingkari (denial) 15. Memberi kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya 16. Secara verbal mendukung klien, tetapi tidak mendukung denial pasien. 17. Tidak membantah denial pasien tetapi menyampaikan fakta. 18. Duduk di samping klien. 19. Tehnik komunikasi diam dan sentuhan Marah : 15. Memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan kemarahannya. 16. Secara verbal tidak melawan kemarahannya. 17. Membantu klien untuk mengerti bahwa marah sesuatu yang normal. 18. Fasilitasi mengungkapkan kemarahan klien. 19. Teknik komunikasi listening dan klarifikasi. Tawar-menawar : 15. Mengidentifikasi rasa bersalah dan rasa takutnya. 16. Mendengarkan dengan penuh perhatian, 17. Mengajak pasien bicara, untuk mengurangi bersalah dan ketakutan yang tidak rasional. 18. Memberikan support spritual. 19. Memberikan pujian atas usaha klien Depresi :						
--	--	--	--	--	--	--

15. Mengidentifikasi tingkat depresi dan membantu mengurangi rasa bersalah. 16. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan kesedihannya. 17. Memberikan dukungan non verbal (duduk disamping klien dan memegang tangan klien) 18. Bersama klien membahas pikiran negatif yang sering timbul. 19. Latih mengidentifikasi hal-hal positif yang masih dimiliki klien. Penerimaan : 15. Membantu klien mengidentifikasi rencana kegiatan yang akan dilakukan. 16. Membantu keluarga dan rekan klien untuk bisa mengerti penyebab kematian. 17. Memfasilitasi untuk mengurus surat-surat yang diperlukan (pensiun, menutup rekening dsb) 18. Mengajukan keluarga untuk membawa ziarah (menerima kenyataan). 19. Melihat foto-foto pemakaman. Kelanjutan untuk semua tahap : 20. Memberi pujian atas keberhasilan klien. 21. menggunakan teknik komunikasi terapeutik (krarifikasi, restarting, diam, listening, informing dan focusing). 22. Bersikap terapeutik dengan klien (berhadapan, kontak mata, condong ke depan, terbuka, relax) 23. Mengevaluasi respon subyektif klien. 24. Mengevaluasi respon obyektif klien. 25. Memberikan rencana tindak lanjut untuk klien. 26. Melakukan kontrak pertemuan berikutnya dengan klien. 27. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada catatan keperawatan. 28. Mendokumentasikan evaluasi kemampuan pasien (SOAP).						
---	--	--	--	--	--	--

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

$$\text{Nilai} = \frac{\text{jumlah tindakan yang dilakukan (ya)}}{28} \times 100 = \dots\dots\dots$$

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

BAB 8

KEBUTUHAN ISITIRAHAT DAN TIDUR

MEMBERIKAN KLIEN POSISI DI TEMPAT TIDUR

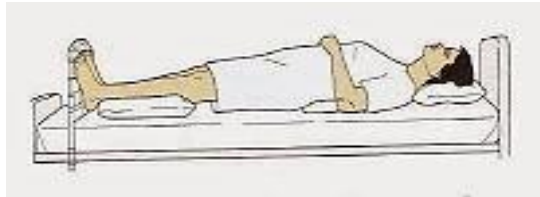
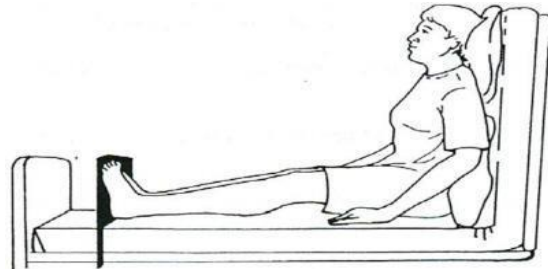
Definisi

Membantu klien pada posisi tertentu dengan *body alignment* yang tepat, baik untuk melakukan pemeriksaan fisik area tertentu atau untuk merubah dari satu posisi ke posisi yang lain. Tindakan ini dapat dilakukan secara mandiri oleh klien atau dengan bantuan perawat. Klien yang memerlukan bantuan, misalnya klien dengan penurunan kesadaran, klien yang lemah, klien yang mengalami nyeri, dan klien dengan paralisis. Beberapa posisi yang dapat dilakukan adalah posisi duduk, supine, fowler, lateral, sims, prone, trendelenberg, litotomi, knee-chest, dan dorsal recumbent.

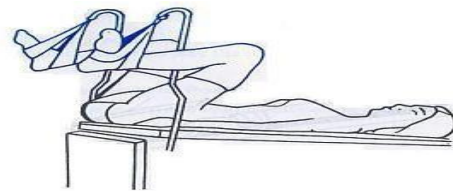
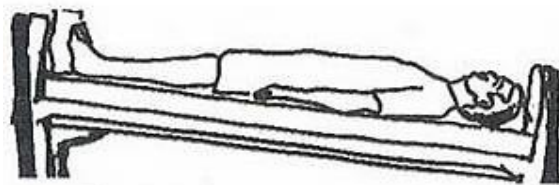
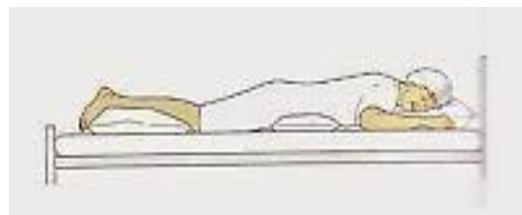
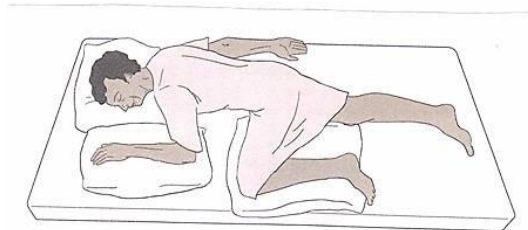
1. Posisi duduk adalah posisi dimana klien dalam posisi duduk tanpa penyangga apapun ditubuh bagian belakang dan bagian kaki dalam keadaan menggantung bebas.
2. Posisi supine adalah posisi dimana klien dalam posisi terlentang dengan kaki ekstensi dan kepala diberi bantal.
3. Posisi fowler adalah posisi dimana klien dalam posisi mendatar tetapi dengan elevasi kepala 45°- 60°.
4. Posisi lateral adalah posisi dimana klien miring ke salah satu sisi.
5. Posisi sims adalah posisi klien setengah telungkup dengan lengan diletakkan di belakang tubuh sejajar dengan tubuh klien dan betis kaki difleksikan.
6. Posisi prone adalah posisi dimana klien dalam kondisi telungkup mendatar.
7. Posisi trendelenberg adalah posisi dimana bagian kepala lebih rendah daripada bagian kaki.
8. Posisi litotomi adalah posisi dimana klien dalam kondisi terlentang dengan kaki diletakkan di penyangga tempat tidur dan pinggul sejajar dengan sudut tempat tidur.
9. Posisi knee-chest (genupektoral) adalah posisi dimana klien dalam posisi telungkup tetapi kaki dan pinggul membuat sudut 90°.
10. Posisi dorsal recumbent adalah posisi dimana bagian tubuh bagian belakang klien dalam kondisi terlentang dengan kaki difleksikan dan pinggul rotasi eksternal dengan kepala diberi bantal



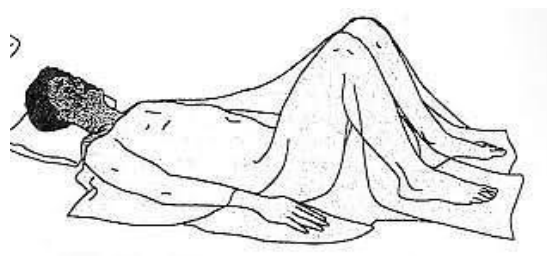
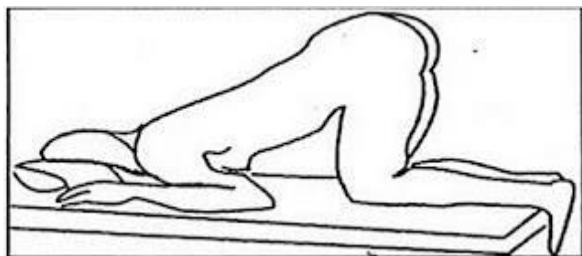
Posisi orthopeneic



Posisi supine



Lithotomy position.



TUJUAN

1. Melakukan pemeriksaan fisik area tertentu.
2. Meningkatkan rasa nyaman karena.
3. Meubah dari satu posisi ke posisi yang lain sehingga tidak terjadi gangguan integritas kulit akibat penekanan area tubuh dalam jangka waktu lama.
4. Meningkatkan ventilasi paru (untuk posisi tertentu, misalnya duduk dan fowler).
5. Memudahkan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, misalnya melakukan pengkajian atau dalam melakukan tindakan tertentu.
6. Memberikan klien kesempatan untuk bersosialisasi (untuk posisi tertentu, misalnya duduk dan fowler).

INDIKASI

1. Posisi Duduk :

- a. Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik umum bagian kepala, leher, thorax anterior dan posterior, paru-paru, payudara, jantung, tanda-tanda vital, ekstermitas atas-bawah dan refleksnya. Posisi ini juga memungkinkan perawat untuk melihat simetrisitas tubuh bagian atas klien lebih jelas.
- b. Klien yang mengalami gangguan pernapasan, misalnya keluhan sesak karena posisi ini dapat meningkatkan ekspansi paru sehingga klien dapat bernapas lebih lega.
- c. Klien yang ingin melakukan mobilisasi.

2. Posisi Supine :

- a. Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik umum bagian kepala, leher, thorax anterior, paru-paru, payudara, jantung, tanda-tanda vital, ekstermitas atas-bawah dan denyutan nadi peripheral. Posisi ini merupakan posisi terbaik dalam relaksasi dan juga mencegah penekanan abdomen.
- b. Klien yang akan dilakukan pemasangan infus karena posisi ini dapat mempermudah kerja perawat dalam tindakan tersebut.

3. Posisi fowler :

- a. Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik umum bagian kepala, leher, thorax anterior, paru-paru, payudara, jantung, tanda-tanda vital, ekstermitas atas-bawah dan denyutan nadi peripheral.
- b. Klien yang mengeluh sesak napas ataupun klien pasca operasi bagian thorax karena dapat meningkatkan ventilasi paru.
- c. Klien yang ingin meningkatkan kenyamanan posisi atau relaksasi
- d. Klien yang ingin bersosialisasi dengan klien lain tanpa harus turun dari tempat tidur Karena adanya keterbatasan gerak.
- e. Klien yang ingin dilakukan tindakan keperawatan tertentu sehingga dengan posisi tersebut akan lebih memudahkan kerja perawat, misalnya memberikan makan via NGT pada klien.

4. Posisi Lateral : klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik umum bagian kepala, leher, thorax anterior, paru-paru, payudara, jantung, tanda-tanda vital, ekstermitas atas-bawah dan

denyutan nadi peripheral. Posisi ini juga merupakan posisi terbaik dalam mendengarkan murmur.

5. Posisi Sims :

- a. Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik bagian rektum dan vagina.
- b. Klien yang akan dilakukan rektal touche (colok dubur)

6. Posisi Prone : klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik bagian thorax posterior dan pergerakan pinggul.

7. Posisi Trendelenberg :

- a. Klien yang akan dilakukan operasi tertentu, terutama operasi bagian abdomen. Diharapkan dengan posisi tersebut maka area yang dimaksud akan lebih jelas dan memudahkan kerja tim tenaga kesehatan
- b. Klien dengan gangguan sirkulasi, misalnya pasien pasca stroke. Posisi ini dapat membantu melancarkan venous return (aliran balik darah vena).

8. Posisi litotomi :

- a. Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik bagian vagina, rektum dan saluran perkemihan atau pada klien wanita yang akan dilakukan pemasangan kateter.
- b. Klien yang akan dilakukan pemeriksaan diagnostik daerah rongga panggul dan ginekologi, misalnya cystoscopy dan rectoscopy.
- c. Klien yang akan patrus. Posisi ini akan memudahkan untuk membantu persalinan.
- d. Klien yang akan dilakukan pemasangan IUD.
- e. Klien yang akan dilakukan operasi Hemoroid.

9. Posisi knee-chest : klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik bagian anus atau rektum.

10. Posisi Dorsal Recumbent :

- a. Klien yang akan dilakukan pemeriksaan fisik, terutama bagian abdomen (walaupun jarang dilakukan karena klien biasanya merasa tidak nyaman dengan posisi ini).
- b. Klien yang akan dilakukan pemeriksaan rectal touche dan vagina touche.
- c. Klien yang akan patrus. Posisi ini akan memudahkan untuk membantu persalinan.

Kontraindikasi

Pada prinsipnya tidak ada kontraindikasi untuk tiap posisi asalkan tiap posisi tersebut disesuaikan dengan indikasi tindakan dan kemampuan klien untuk melakukan perubahan posisi.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

- 1. Pada beberapa klien yang mengalami nyeri sedang sampai dengan berat kadang membutuhkan obat penurun rasa nyeri (analgesik) sebelum memindahkan atau merubahposisi.
- 2. Gunakan bantal yang cukup untuk mengurangi tekanan di area tertentu
- 3. Yakinkan linen tempat tidur dalam keadaan bersih dan kering. Linen yang lembab dan kusut dapat meningkatkan resiko luka akibat penekanan.
- 4. Lakukan perubahan posisi terutama pada klien dengan penurunan kesadaran atau klien dengan paralisis paling tidak setiap 2 jam. Perawat dapat pula melibatkan pihak keluarga dengan cara mengajarkan Teknik perubahan posisi dan tanda-tanda kontraktur. Dibawah ini adalah contoh jadwal perubahan posisi.

Waktu (pukul atau jam)	Posisi
08.00	Fowler
10.00	Lateral kiri
12.00	Fowler atau duduk di kursi
14.00	Lateral kanan
16.00	Sims kanan
18.00	Fowler atau duduk di kursi
20.00	Lateral kiri
22.00	Sims kiri
24.00	Supine
02.00	Lateral kanan
04.00	Sims kanan
06.00	Supine

Pengkajian

1. Kaji body alignment dan tingkat kenyamanan klien.
2. Kaji factor-faktor resiko terhadap komplikasi imobilisasi, seperti:
 - a. Paralisis, pada klien hemiparesis akibat stroke, penurunan sensasi.
 - b. Kerusakan mobilisasi, pada klien yang terpasang traksi atau menderita arthritis
 - c. Kerusakan sirkulasi
 - d. Faktor usia, seperti terlalu muda atau klien manual.
3. Kaji tingkat kesadaran klien.
4. Kaji kemampuan fisik klien yang dapat membantu dalam perubahan posisi seperti umur, penyakit yang diderita, kekuatan otot, ROM dan koordinasi.
5. Kaji adanya alat-alat bantu yang terpasang, misalnya NGT, selang infus, traksi dan lain-lain.

Masalah keperawatan yang terkait

1. Kerusakan mobilitas fisik.
2. Kerusakan integritas kulit.
3. Nyeri.

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dikolaborasikan dengan tim medis adalah memberikan klien posisi duduk, supine, fowler, lateral, sims, prone, trendelenberg, litotomi, knee-chest atau dorsal recumbent.

Implementasi tindakan keperawatan

Memberikan klien posisi : duduk (format 8.1)
Memberikan klien posisi : supine (format 8.2)
Memberikan klien posisi : fowler (format 8.3)
Memberikan klien posisi : lateral (format 8.4)
Memberikan klien posisi : sims (format 8.5)
Memberikan klien posisi : prone (format 8.6)
Memberikan klien posisi : trendelenberg (format 8.7)
Memberikan klien posisi : litotomi (format 8.8)
Memberikan klien posisi : knee-chest (format 8.9)
Memberikan klien posisi : dorsal recumbent (format 8.10)

Evaluasi formatif

1. Evaluasi body alignment, posisi dan tingkat kenyamanan klien terhadap perubahan posisi.
2. Kaji adanya eritema atau kerusakan integritas kulit.
3. Evaluasi ROM klien.

Contoh dokumentasi implementasi tindakan 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	1	Memberikan klien posisi fowler karena merasa sesak. Respon : klien mampu merubah posisi dengan bantuan minimal. Klien juga mengatakan merasa nyaman dengan perubahan posisi dan sesak berkurang. Tidak ada tanda-tanda kerusakan integritas kulit _____	Raka

**FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :
MEMBERIKAN KLIEN POSISI DUDUK/ ORTHOPONEIC**

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: • Ikat pinggang khusus untuk memindahkan klien (jika diperlukan). • Penyangga kaki. • Bantal secukupnya. • Sarung tangan bersih							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien.							
Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.							
Lankah-langkah : 4. Cuci tangan. 5. Gunakan sarung tangan bersih. 6. Tinggikan bagian kepala klien agar memudahkan kerja perawat. 7. Perawat berdiri berlawanan dengan pinggul klien. 8. Beri klien posisi lateral menghadap ke posisi perawat dimana posisi klien akan didudukkan. 9. Tangan kiri perawat berada dibawah bahu klien (menyangga kepala dan leher klien) dan tangan kanan memegang paha klien.							

10. Putar pinggul klien secara diagonal sehingga klien mendekat kea rah perawat. 11. Pindahkan kaki klien di sisi tempat tidur. Biarkan kaki klien mengayun di sisi tempat tidur. 12. Seimbangkan posisi klien. 13. Berikan penyangga kaki. 14. Rapihkan alat 15. Lepaskan sarung tangan. 16. Cuci tangan 17. Dokumentasi							
Sikap : 18. Melakukan tindakan dengan sistematis. 19. Komunikatif dengan klien. 20. Percaya diri.							

Rasional :

- 3. Menurunkan ansietas dan meningkatkan kerja sama.
- 4. Mengurangi perpindahan mikroorganisme.
- 5. Menurunkan pemajanan pada sekresi.
- 14. Mempertahankan lingkungan tetap teratur
- 15. Mengurangi perpindahan mikroorganisme
- 16. Mengurangi perpindahan mikroorganisme

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 = $\frac{\text{jumlah tindakan yang dilakukan (ya)}}{20} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$

Tanggal :	Tanggal:	Tanggal:
Nilai :	Nilai :	Nilai :

Pembimbing :		Pembimbing :		Pembimbing :	
Mahasiswa :		Mahasiswa :		Mahasiswa :	

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :
MEMBERIKAN POSISI SUPINE

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 bersih (jika diperlukan).							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien.							
Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.							
Langkah-langkah : 4. Perawat mencuci tangan. 5. Gunakan sarung tangan. 6. Baringkan klien terlentang mendatar di tengah tempat tidur tanpa alas bantal di bagian kepala atau bagian tubuh manapun 7. Letakkan bantal kecil atau handuk yang digulung dibawah lumbar klien untuk menopang bagian tersebut. 8. Letakkan bantal yang dapat menopang area kepala, leher dan bahu untuk memberikan posisi alignment dan mencegah kontraktur servikal vertebrae. 9. Berikan bantal kecil di lengan bagian bawah yang pronasi sehingga sejajar dengan posisi klien untuk menurunkan resiko rotasi internal bahu dan mencegah siku klien menjadi eksitensi 10. Letakkan bantal kecil di bawah pergelangan tangan klien untuk							

37

mencegah ekstensi jari-jari tangandan abduksinya ibu jari tangan. 11. Tempatkan trochanter roll di sisi paha klien untuk menurunkan resiko rotasi eksternal dari pinggul. 12. Letakkan bantal kecil di bawah betis klien untuk menopang bagian tumit. 13. Tempatkan papan kaki di bawah telapak kaki klien untuk memantapkan posisi dorsifleksikan dan mencegah foot-drop. 14. Rapihkan alat. 15. Lepaskan sarung tangan. 16. Cuci tangan 17. dokumentasi							
Sikap : 18. Melakukan tindakan dengan sistematis 19. Komunikatif 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

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

Tanggal :	Tanggal:	Tanggal:
Nilai :	Nilai :	Nilai :

Pembimbing :		Pembimbing :		Pembimbing :	
Mahasiswa :		Mahasiswa :		Mahasiswa :	

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :
MEMBERIKAN KLIEN POSISI FOWLER

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 : • Bantal besar 2 buah (atau secukupnya) • Bantal kecil 5 buah (atau secukupnya) • Papan kaki • Sarung tangan bersih							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan							
Langkah-langkah : 4. Perawat mencuci tangan. 5. Gunakan sarung tangan. 6. Baringkan klien terlentang mendatar di tengah tempat tidur. 7. Atur ketinggian tempat tidur dengan elevasi kepala 45 – 60 derajat (jika tempat tidur dapat disetting otomatis) atau dengan menggunakan bantal besar. 8. Berikan bantal kecil dibawah kepala klien untuk mencegah kontraktur servical vertebrae 9. Berikan bantal kecil untuk menyangga pergelangan tangan dan lengan bagian bawah jika klien kehilangan kontrol volunteer sehingga lengan tidak dapat digerakkan. Hal ini untuk							

mencegah diskolasi bahu dari efek lengan yang tidak disupport/ditopang, meningkatkan sirkulasi dan mencegah kontraktur pergelangan tangan dan lengan. 10. Berikan klien bantal kecil dibawah pinggang untuk menopang lumbar vertebrae dan menurunkan fleksinya bagian vertebrae 11. Berikan klien bantal kecil di bawah paha untuk mencegah hiperekstensi paha dan penyumbatan arteri politeal dari tekanan akibat berat badan. 12. Berikan klien bantal kecil di bawah etis untuk mencegah tekanan di tumit. 13. Tempatkan papan kaki di bawah telapak kaki klien untuk memantapkan posisi dorsifleksi dan mencegah foot-drop. 14. Rapihkan alat. 15. Lepaskan sarung tangan. 16. Cuci tangan. 17. Dokumentasi.							
Sikap : 18. Melakukan tindakan dengan sistematis. 19. Komunikatif 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

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

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :
MEMBERI POSISI LATERAL

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 bersih • Bantal 2 – 5 buah • k/p sandaran punggung							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan							
Langkah-langkah : 4. Perawat mencuci tangan. 5. Gunakan sarung tangan. 6. Tempatkan klien pada posisi terlentang di tengah tempat tidur. 7. Miringkan klien ke salah satu sisi tubuh. 8. Bantu klien untuk memutar badannya ke arah lateral. Untuk memudahkan kerja, fleksikan terlebih dahulu kaki klien. Lalu tangan perawat memegang bagian pinggul dan bahu klien, setelah itu putar klien ke arah perawat. 9. Tempatkan bantal di bawah kepala dan leher klien untuk memberikan posisi alignment, menurunkan resiko fleksi lateral leher dan menurunkan ketegangan otot							

sternocleidomastoid. 10. Codongkan bagian bahu ke arah sisi. 11. Posisikan kedua lengan pada posisi fleksi dengan cara lengan atas di dukung dengan bantal pada bahu. 12. Tempatkan gulungan bantal sejajar pada punggung klien untuk memantapkan posisi lateral. 13. Tempatkan satu atau dua bantal dibawah kaki atas klien yang semi fleksi. Bantal harus mendukung kaki dari lipat paha ke kaki. Hal ini untuk memberikan posisi yang alignment dan mencegah penekanan di daerah tulang prominence. 14. Tempatkan papan kaki di bawah telapak kaki klien untuk memantapkan posisi dorsifleksi dan mencegah foot-drop. 15. Rapihkan alat. 16. Lepaskan sarung tangan. 17. Cuci tangan. 18. Dokumentasi.							
Sikap : 19. Melakukan tindakan dengan sistematis. 20. Komunikatif dengan klien. 21. 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 = $\frac{\text{jumlah tindakan yang dilakukan (ya)}}{21} \times 100 = \text{-----}$

21

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :
MEMBERI POSISI SIMS

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 : - Bantal 2 – 5 buah - k/p sandaran punggung							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan							
Langkah-langkah : 4. Perawat mencuci tangan. 5. Gunakan sarung tangan. 6. Tempatkan klien pada posisi terlentang di tengah tempat tidur. 7. Miringkan klien dengan sebagian berbaring pada abdomen. 8. Tempatkan bantal kecil di bawah kepala. 9. Tempatkan bantal dibawah lengan fleksi klien. Bantal harus lebih dari tangan sampai siku. (untuk mencegah rotasi internal bahu). 10. Tempatkan bantal dibawah tungkai yang fleksi, dengan menyokong tungkai setinggi panggul. 11. Tempatkan bantal pasir atau penyokong foot drop melawan							

kaki klien. 12. Rapihkan alat. 13. Lepaskan sarung tangan. 14. Cuci tangan. 15. Dokumentasi.							
Sikap : 16. Melakukan tindakan dengan sistematis. 17. Komunikatif dengan klien. 18. 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 = $\frac{\text{jumlah tindakan yang dilakukan (ya)}}{18} \times 100 = \text{-----}$

18

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :
MEMBERI POSISI PRONE (TENGGURAP)

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 : - Bantal 2 – 5 buah - k/p sandaran punggung							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan							
Langkah-langkah : 4. Perawat mencuci tangan. 5. Gunakan sarung tangan. 6. Mengangkat bantal dari kepala klien 7. Bantu klien untuk bergeser kearah kanan (dapat juga ke posisi kiri, tergantung bagian tubuh mana yang mengalami himeplegia). 8. Memasang bantal tipis di samping perut sebelah kiri. 9. Letakkan lengan kiri klien berhimpit pada sisi tubuh. 10. Tekukkan kaki kanan klien. 11. Silangkan lengan kanan klien kea rah dada kiri. 12. Bantu klien untuk memutar							

bagian tubuhnya ke arah kanan. 13. Perawat membantu merubah posisi pasien ke posisi telungkup. 14. Rapihkan alat. 15. Lepaskan sarung tangan. 16. Cuci tangan. 17. Dokumentasi.							
Sikap : 18. Melakukan tindakan dengan sistematis. 19. Komunikatif 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

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

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN :
MEMBERI POSISI TRENDELENBURG

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 : - Bantal 2 – 5 buah - k/p sandaran punggung							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan							
Langkah-langkah : 4. Perawat mencuci tangan. 5. Gunakan sarung tangan. 6. Angkat bagian kaki tempat tidur, perawat lain memberikan bantal di bagian kaki tempat tidur. 7. Memberikan posisi yang nyaman 8. Rapihkan alat. 9. Lepaskan sarung tangan. 10. Cuci tangan. 11. Dokumentasi.							
Sikap : 12. Melakukan tindakan dengan sistematis. 13. Komunikatif dengan klien. 14. 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 = $\frac{\text{jumlah tindakan yang dilakukan (ya)}}{20} \times 100 = \text{-----}$

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA
KETERAMPILAN : MEMBERIKAN KLIEN
POSISI KNEE-CHEST

NAMA MAHASISWA :

ASPEK YANG DINILAI	DILAKUKAN						KET
	Tgl :		Tgl :		Tgl :		
	ya	tdk	ya	tdk	ya	tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Persiapan alat : - Bantal besar 2- 5 buah. - Gulungan handuk atau bantal kecil 2-5 buah. - Sarung tangan bersih							
Persiapan lingkungan: 2. Jaga privasi klien.							
Pesiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan.							
Langkah-langkah : 4. Perawat mencuci tangan 5. Gunakan sarung tangan 6. Bantu klien untuk posisi prone tanpa alas bantal 7. Bantu klien untuk menekukkan kakinya sehingga membentuk sudut 90 derajat 8. Letakkan bantal kecil dikepala klien 9. Letakkan bantal secukupnya dibagian abdomen klien untuk membantu menopang berat badan klien 10. Rapihkan alat 11. Lepaskan sarung tangan 12. Cuci tangan 13. Dokumentasi							
Sikap : 14. Melakukan tindakan dgn sistematis 15. Komunikatif tindakan dengan							

sistematis 16. 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 : $\frac{\text{jumlah tindakan yang dilakukan (ya)}}{\text{15}} \times 100 = \text{-----}$

15

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

KETERAMPILAN : MEMBERIKAN KLIEN

POSISI DORSAL RECUMBENT

NAMA MAHASISWA :

ASPEK YANG DINILAI	DILAKUKAN						KET
	Tgl :		Tgl :		Tgl :		
	ya	tdk	ya	tdk	ya	tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Persiapan alat : • Bantal besar 2- 5 buah • Gulungan handuk atau bantal kecil 2-5 buah • Trochanter roll atau bantal pasir. • Papan kaki • Sarung tangan bersih							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan prosedur yang akan dilakukan							
Langkah – langkah : 4. Perawat mencuci tangan 5. Gunakan sarung tangan 6. Baringkan klien terlentang mendatar ditengah tempat tidur 7. Letakkan bantal kecil atau gulungan handuk pada spinal lumbal klien. 8. Bila perlu,tempatkan trochanter roll atau bantal pasir sejajar dengan permukaan lateral paha pasien 9. Letakkan bantal kecil dibawah mata kaki klien untuk menggikan tumit. 10. Letakkan papan kaki atau penahan foot-drop diatas telapak kaki klien .							

11. Letakkan bantal dibawah lengan bawah pronasi, mempertahankan lengan atas sejajar dengan tubuh 12. Letakkan gulungan handuk kecil/bola kecil pada klien atau menggunakan bebat billa tersedia 13. Rapihkan alat 14. Lepaskan sarung tangan 15. Cuci tangan 16. Dokumentasi							
Sikap : 17. melakukan tindakan dengan sistematis 18. komunikatif dengan klien 19. percayadiri							

Keterangan :

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

Kriteria :

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

Nilai : jumlah tindakan yang dilakukan (ya) x 100 = _____

16

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

MEMINDAHKAN KLIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA DAN SEBALIKNYA

DEFINISI

Proses merubah posisi klien dari tempat tidur klien ke kursi roda atau sebaliknya.

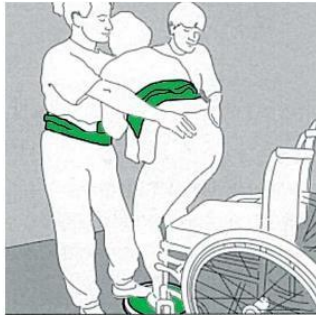


Figure 1) -

- Transfer between wheelchair and toilet



Figure 2)

- Transfer between bed and wheelchair

TUJUAN

1. Memobilisasi klien
2. Mendorong dan menstimulasi klien untuk menambah kegiatan atau aktivitas social kepada orang lain
3. Memberikan klien perubahan suasana selain ditempat tidur.

INDIKASI

1. Klien yang harus dilakukan pemeriksaan penunjang lain yang harus dilakukan diruang lain
2. Klien yang malas untuk melakukan aktivitas selain ditempat tidur padahal klien sudah mampu melakukan secara fisik.

KONTRAINDIKASI

Klien dengan penurunan kesadaran yang parah. akan lebih aman memmakai tempat tidur ketika klien harus dibawa ke tempat lain.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Sebelum melakukan proses pemindahan, rencanakan dengan baik apa yang akan dilakukan dan bagaimana mengajarkannya. Perlu mempertimbangkan apakah kekuatan perawat dan berat badan klien.
2. Periksa terlebih dahulu peralatan sebelum dimulai, misalnya ikat pinggang khusus memindahkan klien atau kursi rodanya apakah berfungsi dengan baik atau tidak.
3. Pindahkan barang-barang yang dapat mengganggu proses pemindahan, misalnya kursi penunggu pasien.
4. Jelaskan terlebih dahulu apa yang akan dilakukan kepada klien, termasuk apa yang harus dilakukan perawat.

5. Selama proses pemindahan berikan klien instruksi setahap demi setahap, misalnya :
“Pak, sekarang pindahkan kaki kanan bapak ke arah depan”
6. Jangan lupa memasang kursi roda atau tempat tidur dalam keadaan terkunci pada saat klien akan dipindahkan menuju atau dari kursi roda
7. Pasang alas kaki ketika klien sudah dipindahkan ke kursi roda atau lepaskan alas kaki sebelum klien dipindahkan

Pengkajian

1. Kaji kemampuan fisiologi klien untuk proses pemindahan, seperti kekuatan otot kaki dengan lengan mobilitas sendi, adanya kontraktur, adanya paralisis atau paresis serta adanya luka trauma dibagian ekstermitas atau adanya amputasi. klien dengan imobilitas atau dengan proses infeksi (seperti arthritis) biasanya terdapat kekakuan otot (kontraktur) serta kerusakan mobilitas sendi. Sedangkan klien dengan stroke akan mengalami paralisis (baik bilateral ataupun unilateral), sehingga perawat membutuhkan alat bantu (seperti ikat pinggang khusus mentransfer klien).
2. Kaji adanya kelemahan, adanya rasa pusing dan adanya hipotensi postural (perubahan tekanan darah akibat perubahan posisi). hal ini penting dilakukan untuk meminimalisir kejadian klien yang terjatuh pada proses memindahkan. pada klien imobilisasi akan mengalami penurunan system syaraf autonomic sehingga tekanan darah akan turun 15mmHg atau lebih ketika klien bangun dari posisi duduk ke berdiri.
3. Kaji tingkat daya ketahanan klien dalam menggunakan ekstermitas atas dan bawah untuk melakukan perubahan posisi dan pemindahan lakukan pula pengukuran tanda tanda vital.
4. Kaji fungsi keseimbangan klien ketika disisi tempat tidur.
5. Kaji status sensori klien, meliputi pendengaran, penglihatan dan sensasi.
6. Kaji tingkat kenyamanan klien, misalnya adanya nyeri dan spasme otot.
7. Kaji status kognitif klien, seperti kemampuan mengikuti perintah verbal, daya ingat, memberikan respon seperti yang diharapkan serta limit waktu melakukan perpindahan posisi.
8. Kaji motivasi klien sehingga perawat mengetahui seberapa besar keinginan klien untuk melakukan aktivitas.
9. Kaji tehnik yang terbaik untuk memindahkan klien (misalkan perlu atau tidaknya memakai alat bantu atau dengan bantuan perawat lain)
10. Kaji adanya factor resiko yang spesifik tentang adanya kemungkinan klien untuk jatuh, misalnya deficit neuromuscular, kelemahan motorik, atau kehilangan kalsium dari tulang panjang.

Masalah keperawatan yang terkait

1. Intoleransi aktivitas
2. Risiko injuri
3. Kerusakan mobilitas fisik
4. Nyeri

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya dan memindahkan klien dengan bantuan 3 orang perawat.

Implementasi tindakan keperawatan

Memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya (format 8.11).

Memindahkan klien dengan bantuan 3 orang penolong (format 8.12)

Evaluasi formatif

1. Evaluasi tanda-tanda vital klien setelah dilakukan perpindahan
2. Evaluasi body alignment klien, apakah sudah tepat atau belum
3. Evaluasi respon klien pada saat dilakukan pemindahan
4. Evaluasi apakah klien mengalami nyeri selama proses pemindahan.

Contoh dokumentasi implementasi tindakan keperawatan

NAMA : Ny.A (35 tahun)

Ruang anggrek RS Peduli Sesama

Tanggal	jam	Dx	Implemenrasi keperawatan dan respon	Paraf & Nama
16 april 2019	12.00	1	Memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda respon : klien mengatakan nyaman pada posisi yang sekarang, tidak ada nyeri, tekanan darah 120/80mmHg, RR 20x/menit, nadi 75x/menit.....	

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA
KETERAMPILAN : MEMINDAHKAN KLIEN DARI
TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA & SEBALIKNYA

Nama Mahasiswa :

ASPEK YANG DINILAI	DILAKUKAN						KET
	Tgl :		Tgl :		Tgl :		
	Ya	tdk	ya	tdk	ya	tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Persiapan alat : • Tempat tidur(akan disingkat : TT) • Kursi roda • Ikat pinggang (transfer belt) • Selimut.							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Berikan klien posisi fowler ditempat tidur							
Pelaksanaan : 5. Cuci tangan 6. Letakkan kursi roda sejaja dengan TT 7. Naikkan TT pada bagian kepala sampai pada ketinggian yang dapat ditoleransi klien 8. Bantu klien untuk miring menghadap kea rah kursi roda diletakkan 9. Bantu klien pada posisi duduk pada sisi TT 10. Bantu klien untuk merapihkan pakaian dan memakaikan sanda 11. Perawat berdiri menghadap klien dengan posisi kuda kuda 12. Anjurkan klien untuk memegang bahu perawat dan perawat memegang pinggang							

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

KETERAMPILAN : MEMINDAHKAN KLIEN DENGAN

BANTUAN 3 ORANG PENOLONG

NAMA MAHASISWA :

ASPEK YANG DINILAI	DILAKUKAN				
	Tgl :		Tgl :		Tgl :
	ya	tdk	ya	tdk	ya
1	2	3	4	5	6
1. Persiapan alat : • Sarung tangan bersih (jika perlu) • Tempat tidur dimana klien akan dipindahkan ke posisinya yang baru.					
Langkah – langkah : Persiapan lingkungan : 2. Cuci tangan 3. Pakai sarung tangan bersih 4. Dekatkan posisi badan 3 orang penolong ke posisi klien. Penolong sebaiknya mempunyai tinggi badan yang relative sama 5. Pasang posisi kuda kuda sehingga dapat menopang tubuh dengan kuat 6. Tiap penolong bertanggung jawab terhadap area tertentu. • Penolong pertama : kepala dan bahu • Penolong kedua : pinggul • Penolong ketiga : paha dan kaki 7. Silahkan tangan antar penolong sehingga diharapkan berat badan klien akan terbagi rata disemua penolong 8. Angkat klien dan dekatkan dengan dada penolong pada hitungan ketiga 9. Penolong berdiri menuju tempat yang diinginkan 10. Kaki penolong pada posisi kuda kuda,letakkan klien di tempat yang diinginkan					

11. Periksa body alignment klien terhadap posisi yang baru 12. Pasang pengaman tempat tidur 13. Rapihkan klien 14. Lepas sarung tangan 15. Cuci tangan 16. dokumentasi					
Sikap : 17. melakukan tindakan dengan sistematis 18. komunikatif dengan klien 19. percaya diri					

Keterangan :

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

Kriteria :

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

Nilai : jumlah tindakan yang dilakukan (ya) x 100 = _____

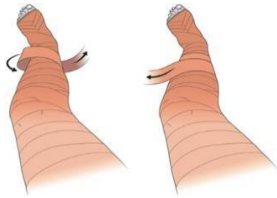
19

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

MEMBANTUMEMAKAI STOKINET (ELASTIC STOCKING)

DEFINISI

Memasukkan bagian kaki kedalam stockinet



TUJUAN

1. Menurunkan resiko statisnya aliran darah
2. Menurunkan resiko terjadinya pembulu darah vena yang abnormal

INDIKASI

Efektif dilakukan pada klien dengan :

1. Setelah terjadinya injury
2. Setelah dilakukannya operasi

Pada 2 kasis diatas,klien beresiko terjadinya DVT (Deep Vein Thrombosis). Menurut love (1990) , pemakaian stockinet merupakan salah satu proses recovery postoperative.

KONTRAINDIKASI

1. Dermatitis atau adanya luka terbuka
2. Skin graft yang baru
3. Aterosklerosis tingkat sedang
4. Edema pulmonary
5. Penurunan sirkulasi diekstermitas bawah yang ditandai dengan sianosis,ekstermitas yang dingin.

Hal – hal yang perlu di perhatikan

1. Terhadap 3 elemen terbentuk nya DVT yaitu hiperkoagulasi darah,dinding vena yang abnormal serta stasisnya darah (Handerhan 1991; love, 1990 ; Miller,1998 ; ligeti,1990.) Tiga elemen ini disebut dengan triad virchow's. pemakaian stockinet akan membantu untuk menurunkan 2 elemen *Triad virchow's* yaitu pembentukan dinding vena yang abnormal serta statisnya darah. Stockinet akan memperlancar venous return (aliran balik vena) dengan cara memantapkan tekanan di vena superficial untuk mencegah pembentukan bekuan darah diekstermitas bawah.DVT juga ditemukan pada klien yang

mengalami pelebaran diameter vena lebih dari 20% (Jeffery & Nicolaides,1990) dengan pemakaian stockinet akan mencegah dilatasi vena dan robekan lapisan endothelial.

2. Ekstermitas bawah yang terpasang stockinet tidak boleh dilakukan masase/pijat.
3. Klien sebaiknya mempunyai 2 pasang stockinet sehingga ketika 1 pasang dipakai dan 1 pasang yang lain dapat dicuci. Cuci stockinet tiap 2 hari dengan detergen yang lembut,kemudian keringkan dalam posisi datar pengeringan dengan menggunakan hair-dryer dapat menyebabkan stoniket menjadi rusak oleh karna itu dilakukan pengeringan secara alami. Stoniket juga jangan digantung karna menyebabkan perubahan bentuk stoniket.
4. Cara lain untuk menurunkan resiko DVT adalah penggunaan stoniket kompresi pneumatic. Jenis stoniket ini dapat mengembang dan mengempis sehingga dapat mencegah terjadinya stasis venadan akumulasi factor pembekuan darah.
5. Perawat perlu mengajarkan klien cara memakai stockinet yang benar.
6. Perawat harus mengingatkan klien untuk tidak melakukan posisi yang dapat menstimulus statis vena,misalnya menyilangkan kaki. Minta klien untuk mengelevasikan kakinya untuk meningkatkan aliran balik vena/veneous return(Handerhan,1991;Holcomb,1991).
7. Kaji alas an klien jika klien tidak mau menggunakan stoniket lagi, factor yang mungkin menjadi alasan penolakan klien menggunakan stoniket adalah factor social-ekonomi (harga stoniket relative mahal,apalagi jika stoniket yang sudah rusak dan tidak bisa dipakai lagi,maka klien harus membeli lagi), factor kosmetik,klien merasa tidak nyaman,kurang pengetahuan tentang alasan pemakaian atau kesuliatan dalam memai stoniket (kiev et al.,1990).

Pengkajian

1. Kaji kebutuhan klien terhadap pemakaian stoniket :
 - a. Hiperkoagulasi : terjadi pada klien dengan gangguan pembekuan darah,demam,dehidrasi,wanita hamil,ibu postpartum wanita yang memakai kontrasepsi oral(khususnya jika klien merokok).
 - b. Dinding vena yang abnormal : terjadi pada klien dengan traums local,pembedahan ortopedi,pembedahan abdomen skala besar,aterosklerosis.
 - c. Statis darah : terjadi pada klien imobilisasi atau klien dengan obesitas.
2. Kaji tanda dan gejala yang menjadi kontraindikasi pemakaian stockinet
3. Kaji cacatan medis dokter
4. Kaji tingkat pengetahuan klien terhadap pemakaian stoniket.
5. Kaji dan catat kondisi kulit serta sirkulasi.

keperawatan yang terkait

1. Perfusi jaringan peripheral
2. Kerusakan mobilitas fisik
3. Kurang pengetahuan klien tentang prosedur pemakaian stoniket

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah membantu klien memakai stoniket

Implementasi tindakan keperawatan

Membantu klien memakai stoniket (format 8.13)

Evaluasi formatif

1. Evaluasi respon pemakaian stoniket setelah 1 jam pemakaian
2. Evaluasi adanya lipatan di area stoniket
3. Evaluasi sirkulasi ekstermitas bawah (warna, suhu, dan kondisi kulit)
4. Evaluasi cara klien atau keluarga dalam pemakaian stoniket

Contoh dokumentasi implementasi tindakan keperawatan

Nama : Ny.A (35tahun)

Ruang anggrek RS Peduli Sesama

Tanggal	Jam	Dx	Implemenrasi keperawatan dan respon	Paraf & Nama
16 april 2019	12.00	1	Membantu klien dalam pemakaian stoniket dengan panjang 60cm , ukuran M. Respon : kondisi kulit tidak ada lesi dan iritasi, sirkulasi lancar ditandai dengan tidak adanya tanda tanda sianosis, suhu hangat. stoniket akan dilepas pukul 16.00 WIB.....	Raka

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

KETERAMPILAN : MEMBANTU KLIEN MEMAKAI STOKING ELASTIS (STONIKET)

Nama Mahasiswa :

ASPEK YANG DINILAI	DILAKUKAN						KET
	Tgl :		Tgl :		Tgl :		
	ya	tdk	ya	tdk	ya	tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Persiapan alat : • Bedak powder untuk kulit • Stoniket sesuai dengan ukuran kaki • Handuk kecil • Sarung tangan bersih							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi supine di tempat tidur							
Langkah - langkah : 5. Mencuci tangan 6. Pakai sarung tangan bersih 7. Bersihkan kaki klien dengan handuk kecil 8. Taburkan bedak powder dikaki klien untuk mengurangi friksi dikulit dan memudahkan pemakaian. 9. Balikkan stoking ke arah luar dengan cara memasukkan tangan perawat ke dalam stoking lalu ambil bagiab ujung stoking dengan tangan yang lain sehingga posisi stoking bagian dalam ada di luar. Cara ini dilakukan agar memudahkan perawat ketika							

memasukkan kaki klien ke dalam stoking 10. Masukkan kaki klien ke dalam stoking dari ujung kaki sampai dengan seluruh bagian kaki secara perlahan 11. Instruksi kepada klien agar jangan menggulung stoking ke arah bawah karena dapat menimbulkan efek kontraksi dan menghambat aliran balik vena 12. Bantu klien untuk kembali ke posisi yang diinginkan 13. Rapihkan alat 14. Lepas sarung tangan bersih 15. Mencuci tangan 16. Mendokumentasi prosedur							
Sikap : 17. melakukan tindakan dengan sistematis 18. komunikatif dengan klien 19. percaya diri							

Keterangan :

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

Kriteria :

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

Nilai : jumlah tindakan yang dilakukan (ya) $\times 100 = \text{-----}$

19

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

MELAKUKAN PIJAT PUNGGUNG (BACK RUB)

DEFINISI

Melakukan pijatan di area tubuh bagian posterior (termasuk bahu dan leher bagian bawah). Prosedur ini dilakukan setelah klien mandi atau sebelum klien tidur. Banyak keuntungan yang dapat dilakukan dengan prosedur ini, seperti pengerjaan prosedur yang relatif mudah, murah, tidak memerlukan peralatan yang sulit (hanya sekedar minyak pijat atau lotion), tidak membutuhkan waktu yang lama (pijat punggung yang efektif hanya memerlukan waktu 3-5 menit) serta dapat diajarkan kepada anggota keluarga klien.



TUJUAN

1. Menurunkan kekuatan otot
2. Mendukung proses relaksasi, baik fisik ataupun psikologis.
3. Memperbaiki dan meningkatkan fungsi kulit dan otot
4. Menurunkan gejala insomnia (sulit tidur di malam hari)
5. Menurunkan sensasi nyeri.
6. Meningkatkan sirkulasi darah.

INDIKASI

Efektif dilakukan pada :

1. klien yang mengalami kekuatan otot, stres fisik dan psikologis, dan klien yang mengalami nyeri ringan sampai sedang.
2. Klien insomnia.

KONTRAINDIKASI

1. Klien yang mempunyai luka terbuka atau bekas insisi operasi di bagian anterior, misalnya abdomen
2. Klien dengan gangguan pernafasan karena posisi prone pada saat dilakukan pijat punggung akan mengakibatkan ekspansi paru menurun.

Hal – hal yang perlu diperhatikan

1. Lakukan pijatan diruangan yang terjaga privasi klien,nyaman,tidak ribut,suhu yang hangat, pencahayaan yang cukup aman.
2. Yakinkan lienen dalam keadaan bersih,kering dan tidak kusut
3. Minta klien untuk berkemih terlebih dahulu sebelum dilakukan pijatan agar tidak ada distraksi pada saat dilakukan pijatan.
4. Jika klien terdapat keluhan kekuatan otot,lakukan pijatan secara lebih mantap (bukan berarti keras)
5. Hindari pijatan diarea kulit yang mengalami abrasi.
6. Jika klien merasakan adanya peningkatan rasa nyaman setelah dilakukan pijatan punggung , ajarkan kepada anggota keluarga cara melakukan prosedur. Pijatan punggung dapat dijadikan bagian dari rutinitas klien sebelum tidur.
7. Dalam melakukan pijat punggung,posisi klien harus tetap diusahakan body alignment. Gunakan bantal jika diperlukan.
8. Selama dilakukan pijatan , klien tetap harus dijaga agar tidak terjatuh dari tempat tidur

PENGKAJIAN

1. Kaji limit waktu klien dalam posisi punggung.
2. Kaji adanya kondisi seperti fraktur vetebra, luka bakar, luka terbuka atau faktor lain yang menjadi kontraindikasi dilakukannya pijat punggung.
3. Kaji tanda tanda vital,terutama pda klien dengan riwayat hipertensi atau distrimia. Pijat punggung mungkin akan menstimulus sistem syara autonomon yang akan mengubah irama jantung dan tekanan darah. Belum ada penelitian yang menunjukkan adanya hubungan.

Masalah keperawatan yang terkait

1. Ansietas.
2. Resiko kerusakan integritas kulit.
3. Nyeri.

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien,salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah melakukan pijatan punggung (back rub).

Implementasi tindakan keperawatan

Melakukan pijatan punggung/back rub (format 8.14)

Evaluasi formatif

1. Evaluasi apakah klien merasa nyaman setelah dilakukan pijatan punggung, terutama pada area yang mengalami nyeri atau kekakuan otot
2. Evaluasi kemungkinan terjadinya peningkatan tekanan darah dan nadi klien.

CONTOH DOKUMENTASI IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama : Ny.A (35tahun)

Ruang anggrek RS Peduli Sesama

Tanggal	jam	Dx	Implementasi keperawatan dan respon	Paraf & Nama
16 april 2019	12.00	1	Melakukan pijatan punggung. Respon : klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan prosedur, terutama di area yang mengalami kekakuan otot, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 78x/menit.....	Raka

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA **KETEAMPILAN : MELAKUKAN PIJAT PUNGGUNG** **(BACKRUB)**

Nama Mahasiswa :

ASPEK YANG DINILAI	DILAKUKAN						KET
	Tgl :		Tgl :		Tgl :		
	ya	tdk	ya	tdk	ya	tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Persiapan alat : - Selimut mandi - Handuk mandi - Minyak pijat							
Persiapan lingkungan : 2. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi prone atau sims dengan punggung klien menghadap							
Langkah - langkah : 5. Cuci tangan 6. Atur ketinggian tempat tidur senyaman mungkin untuk memudahkan pijat punggung . buka side rail / sisi tempat tidur (jika ada) 7. Buka area punggung,bahu lengan atas bagian posterior. Tutup area yang tidak diperlukan dengan menggunakan selimut mandi. 8. Ambil minyak pijat secukupnya. Terangkan kepada klien bahwa badan klien anget 9. Pijat bagian tubuh klien,dimulai dari arah sacral kearah punggung dengan gerakan sirkular. Arah pijatan dalam 1x gerakan adalah : sacral,punggung,lengan bagian atas dan iliaka.jadi tangan perawat jangan diangkat delu sampai 1x							

Mahasiswa :		Mahasiswa :		Mahasiswa :	
-------------	--	-------------	--	-------------	--

PROSEDUR KEBUTUHAN KEAMANAN DAN KENYAMANAN

MENCUCITANGAN

Definisi

Mencuci seemua area tangan dengan menggunakan air dan sabun antiseptik. Cuci tangan merupakan cara yang paling efektif dalam mengukur dan mengontrol indeksi.



Tujuan

1. Menurunkan jumlah mikroorganisme yang ada di tangan.
2. Menurunkan resiko perpindahan mikroorganisme ke klien.
3. Menurunkan resiko kontaminasi silang antara klien.
4. Menurunkan resiko perpindahan organisme sumber infeksi ke diri perawat dan klien.

Indikasi

Mencuci tangan sebaiknya dilakukan pada saat :

1. Sebelum kontak dengan klien, khususnya pada klien dengan daya imun yang rendah atau klien yang berisiko tinggi terinfeksi, (misalnya bayi yang baru lahir, penderita leukimia, klien dengan HIV positif atau klien penerima transplantasi organ).
2. Setelah merawat klien.
3. Setelah menyentuh bahan-bahan organik.
4. Sebelum melakukan prosedur invasif nonbedah (memasang infus, mengambil sampel darah, memasang kateter urine, menghisap nasotrakea).

5. Jika terjadi kontaminasi pada tangan seperti: memegang instrumen dan item lain yang kotor, menyentuh selaput lendir, darah atau cairan tubuh (sekresi atau ekskresi), terjadi kontak lama dan intensif dengan pasien.
6. Setelah membersihkan peralatan- peralatan yang terkontaminasi.
7. Diantara kontak dengan klien yang satu dengan yang lainnya, terutama di ruang dengan infeksi tinggi (misalnya ICU, ruang perawatan bayi baru lahir).
8. Sebelum dan sesudah memakai sarung tangan, baik steril ataupun bersih.
9. Bila berpindah dari bagian tubuh terkontaminasi ke bagian tubuh bersih (luka bedah) selama perawatan klien.
10. Setelah menggunakan kamar mandi.
11. Sebelum makan

Kontraindikasi

Tidak ada kontraindikasi untuk melakukan prosedur ini.

Hal – hal yang perlu diperhatikan

1. Pemakaian sarung tangan bukan berarti perawat tidak perlu mencuci tangan.
2. Sabun cair harus selalu tersedia didekat bak cuci tangan. Khususnya area dengan tingkat infeksi yang tinggi (misalnya ruang perawatan bayi yang baru lahir, ruang ICU) maka sabun yang digunakan haruslah sabun antimikrobia.
3. Ketika akan melakukan prosedur yang membutuhkan teknik sterilitas, maka perawat harus mencuci tangan dengan menggunakan sabun antimikrobia.
4. Waktu yang diperlukan untuk mencuci tangan tergantung dari tujuan dilakukannya prosedur. CDC (Centres for Disease Control) merekomendasikan paling tidak cuci tangan dilakukan setidaknya 10 – 15 detik dengan menggunakan air dan sabun antiseptik. Beberapa kebijakan Rumah Sakit bahkan merekomendasikan stafnya untuk mencuci tangan 1-2 menit, terutama di ruangan dengan risiko tinggi infeksi.
5. Perawat perlu mengajarkan klien dan anggota keluarga cara mencuci tangan yang benar.

Pengkajian

1. Kaji keadaan kulit perawat. Catat jika terdapat lesi, kutikula kepada perawat penanggungjawab, terutama jika merawat klien dengan risiko tinggi (misalnya HIV dan AIDS).
2. Kaji permukaan tangan, apakah berminyak atau tidak. Jika berminyak maka lakukan cuci tangan dengan waktu yang lebih lama.
3. Kaji keadaan klien yang akan dirawat, apakah perlu perawat mencuci tangan secara ekstra (misalnya pada klien dengan leukimia yang menerima transplantasi organ).

Masalah keperawatan yang terkait

Risiko infeksi

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah mencuci tangan

Implementasi tindakan keperawatan

Mencuci tangan (format 7.1)

Mencuci tangan untuk persiapan pembedahan (format 7.2)

Evaluasi formatif

Evaluasi apakah tangan sudah benar-benar bersih atau belum

Contoh dokumentasi implementasi tindakan keperawatan

Khusus prosedur ini, tidak diperlukan pencatatan.

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

KETERAMPILAN: MENCUCI TANGAN

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 : • Bak cuci tangan dengan air kran yang mengalir • Sabun antiseptik • Tissue sekali pakai							
Persiapan perawat : 1. Lepaskan jam tangan atau perhiasan yang menempel (misalnya cincin). Yakinkan kuku dalam keadaan bersih dan pendek 2. Gulung bagian lengan baju sampai di atas siku. 3. Berdiri didepan bak cuci tangan. Tangan dan baju jangan menempel di sisi bak cuci tangan.							
Langkah-langkah : 4. Hidupkan air dan basuh tangan dengan air 5. Hindari cipratan air mengenai baju perawat. 6. Posisi tangan selalu lebih rendah dibawah siku pada saat mencuci tangan. 7. Tuangkan sabun							

antiseptic secukupnya (kurang lebih 1-3 cc)							
8. Ratakan dengan kedua tangan.							
9. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan dan sebaliknya.							
10. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari.							
11. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.							
12. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan, dan lakukan sebaliknya.							
13. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya							
14. Gosok pergelangan tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan dan sebaliknya.							
15. Bilas kedua tangan dengan air							
16. Keringkan dengan tissue sekali pakai sampai tangan benar-benar kering.							
17. Gunakan tissue yang sudah dipakai untuk melapisi pada saat menutupkan. Tangan perawat kini sudah bersih.							
18. Buang tissue di tempat sampah							
Sikap :							
19. Melakukan tindakan dengan sistematis							
20. Percaya diri.							

Keterangan :

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

(dilakukan dengan benar)

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

Kriteria Penilaian :

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

Jumlah Tindakan yang dilakukan (ya)

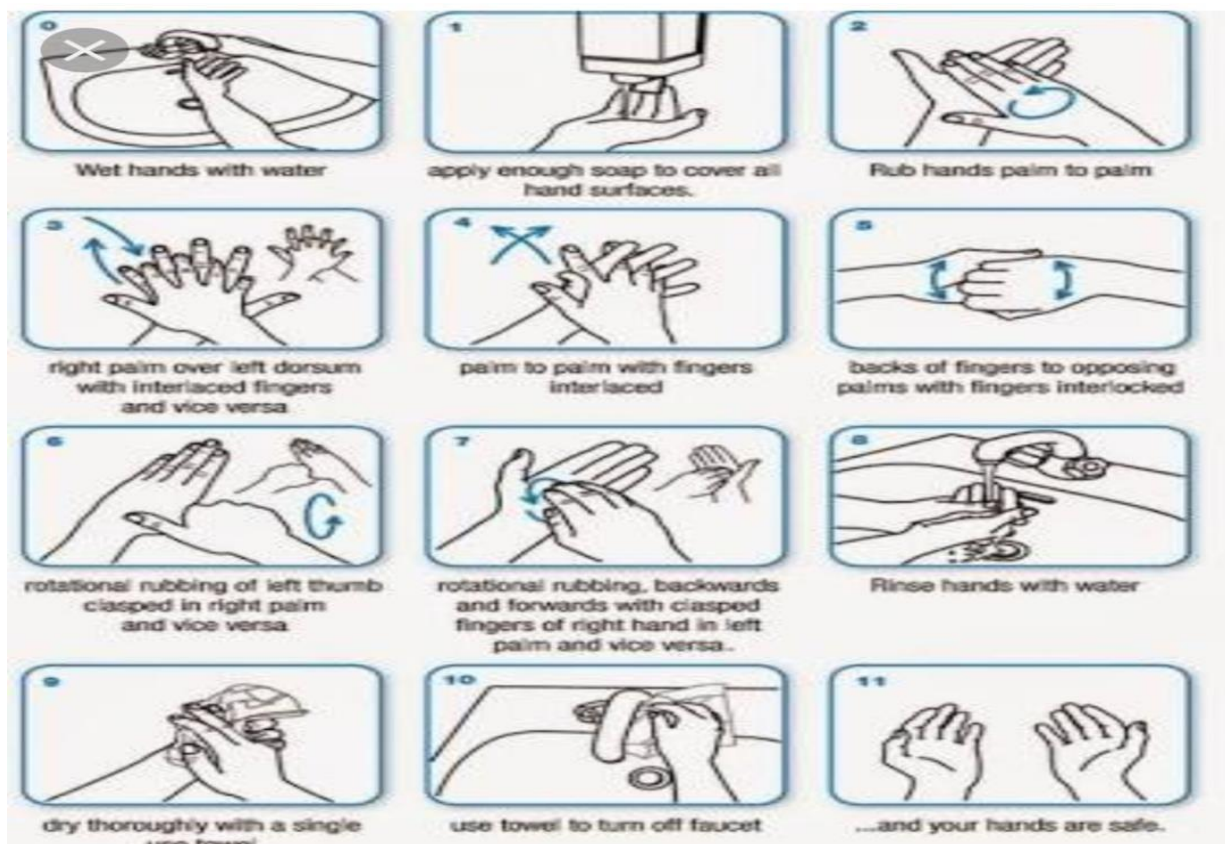
Nilai = x 100 =

• Y
a

=

1

Cara Mencuci Tangan Yang Baik dan Benar



Lama prosedur ini kurang lebih 1 menit

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA
KETERAMPILAN: MENCUCI TANGAN UNTUK
PERSIAPAN PEMBEDAHAN

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 : - Bak cuci yang dalam dengan pedal kaki / pengontrol lutut. - Sabun antimikrobal (non mikrobial, spektrum luas, kerja cepat) - Sikat tangan (scrub) sekali pakai. - Pengikir kuku							
Persiapan Lingkungan : 1. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 2. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan							
Langkah-langkah : 3. Periksa tangan dan jari terhadap luka terpotong atau abrasi 4. Lepaskan semua perhiasaan 5. Kenakan masker wajah, pastikan bahwa masker tersebut menutupi hidung dan mulut dengan baik.							

6. Atur aliran air pada suhu hangat. 7. Basahi tangan dan lengan bawah dengan bebas, pertahankan tangan atas berada setinggi siku selama seluruh prosedur, catatan : Pakaian atau seragam harus tetap kering selama menyikat. 8. Alirkan sejumlah sabun (2-5 ml) ke tangan dan gosok tangan serta lengan sampai 5cm (2 inci) di atas siku. 9. Bersihkan kuku dibawah air mengalir dengan menggunakan pengikir. Buang pengikir. 10. Basahi sikat dan oleskan sabun antimikrobial. 11. Sikat ujung jari, tangan dan lengan dengan cara: a. Sikat kuku tangan dengan 15 kali gerakan. b. Dengan gerakan sirkuler, sikat telapak tangan dan permukaan anterior jari 10 kali gerakan. c. Sikat sisi ibu jari 10 kali gerakan dan bagian posterior ibu jari 10 gerakan.							
--	--	--	--	--	--	--	--

d. Sikat samping dan belakang tiap jari 10 kali gerakan tiap area. e. Sikat punggung tangan 10 kali gerakan. f. Seluruh penyikatan harus selesai sedikitnya 2 sampai 3 menit. g. Bilas sikat secara seksama 12. Dengan tepat mengingat, bagi lengan dalam tiga bagian. Sikat setiap permukaan lengan bawah dengan gerakan sirkuler selama 10 kali gerakan, sikat bagian tengah dan atas lengan bawah dengan cara yang sama. Sikat dibuang. 13. Dengan tangan fleksi, cuci keseluruhan dari ujung jari sampai siku satu kali gerakan, biarkan air mengalir pada siku. 14. Ulangi langkah 12 sampai 14 untuk lengan yang lain. 15. Pertyankan lengan pleksi, buang sikat kedua. Matikan air dengan pedal kaki. 16. Gunakan handuk steril untuk mengeringkan satu tangan secara seksama, gerakan dari jari ke siku. Keringkan							
---	--	--	--	--	--	--	--

dengan gerakan melingkar.							
17. Ulangi metode pengeringan untuk tangan yang lain, gunakan area handuk yang lain atau handuk steril baru.							
18. Pertahankan tangan lebih tinggi dari siku dan jauh dari tubuh anda.							
19. Masuk ke ruang operasi atau bersalin, lindungi tangan dari kontak dengan objek apapun							
Sikap :							
20. Melakukan tindakan dengan sistematis							
21. Komunikatif dengan klien							
22. 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

Jumlah Tindakan yang dilakukan (ya)

Nilai = x 100 =

23

Tanggal :	Tanggal :	Tanggal :
Nilai :	Nilai :	Nilai :

Pembimbing :		Pembimbing :		Pembimbing :	
Mahasiswa :		Mahasiswa :		Mahasiswa :	

MEMAKAI DAN MELEPASKAN ALAT PELINDUNG DIRI /APD (SARUNG TANGANBERSIH, GAUNCELEMEKBERSIH,MASKER)UNTUKMERAWATKLIENISOLASI

Definisi

Memakai alat-alat yang dapat melindungi transmisi mikroorganisme. Alat-alat yang dimaksud adalah sarung tangan, gaun celemek dan masker.alat-alat tersebut dapat menghindarkan kontak secara langsung antara klien dengan perawat. Sarung tangan dan celemek digunakan untuk melindungi tangan perawat dari segala macam substansi yang dihasilkan klien, misalnya darah, sputum, feses, urin, membran mukosa dan kulit. Sedangkan masker digunakan untuk melindungi risiko transmisi organisme berupa droplet, kuman yang dapat berpindah-pindah lewat udara ataupun cipratan yang dihasilkan klien.



Tujuan

Melindungi perawat dan klien dari transmisi mikroorganisme.

Indikasi

APD efektif dipakai jika :

1. Klien menderita penyakit dengan gangguan imunitas (misalnya leukimia, klien dengan kemoterapi).
2. Klien menderita penyakit dengan tingkat infeksi yang tinggi (misalnya HIV-AIDS).

Kontraindikasi

Tidak ada

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Yakinkan masker menutupi semua bagian mulut dan hidung.

2. Jangan memakai masker yang sudah terpakai di dinas sebelumnya, jadi hanya sekali pakai.
3. Masker harus diganti jika sudah dalam keadaan lembab atau basah. Buang masker yang tidak terpakai di tempat sampah medis.
4. Jika perawat memakai kacamata maka gunakan masker di bawah kacamata.

Pengkajian

1. Review kembali aturan tentang sistem pencegahan infeksi.
2. Kaji keadaan klien dan hasil laboratorium klien.
3. Jika perawat akan melakukan tindakan keperawatan, siapkan peralatan yang dibutuhkan.
4. Kaji tingkat pengetahuan klien tentang APD.

Masalah keperawatan yang terkait

1. Risiko infeksi
2. Kurang pengetahuan klien tentang APD

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah memakai APD.

Implementasi tindakan keperawatan

Memakai dan melepaskan Alat Pelindung Diri/ APD9 sarung tangan bersih, gaun celemek bersih, masker) untuk merawat klien isolasi (format 7.3).

Evaluasi formatif

Evaluasi adanya tanda-tanda infeksi pada klien.

Contoh dokumen implementasi tindakan 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	1	Memakai Alat Pelindung Diri (APD). Respon : Terdapat tanda-tanda infeksi di daerah luka abdomen klien, seperti edema, adanya pus dan kemerahan. Klien mengeluh nyeri dan panas di area tersebut	Raka

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA
KETERAMPILAN: MEMAKAI DAN MELEPASKAN ALAT
PELINDUNG DIRI (SARUNG TANGAN BERSIH, MASKER, GAUN
CELEMEK) UNTUK MERAWAT KLIEN ISOLASI

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 : • Masker							
Persiapan perawat 1. Gulung rambut serapih mungkin							
Langkah-langkah : 2. Cuci tangan							
Memakai sarung tangan : 3. Pasang sarung tangan di tangan kanan terlebih dahulu (jika tanagn kanan adalah tangan dominan) 4. Pasang sarung tangan di tangan kiri. Catatan : pada pemasangan sarung tangan bersih tidak perlu memperhatikan kesterilan alat seperti pemasangan sarung tangan steril							
Memakai masker :							

5. Mencuci tangan 6. Cari ujung atas masker (masker biasanya mempunyai lempengan logam tipis di sepanjang pinggirnya). 7. Pegang masker pada bagian atas kedua tali atau kait 8. Talikan kedua tali atas secara pas di belakang atas kepala anda. Dengan tali di atas telinga anda (alternatif selipkan pengikat di masing-masing telinga). Posisi tali diatas kepala memberikan ikatan yang kuat. 9. Dengan lembut tekan bagian atas logam diatas tonjolan hidung anda. 10. Cuci tangan							
Memakai gaun celemek : 11. Pakai gaun sampai menutupi pakaian pearawat. 12. Tarik lengan baju sampai ke bagian pergelangan tangan. 13. Ikatkan tali gaun (biasanya ada dibagian posterior leher kepala, dada dan pinggul.							
Melepaskan masker, gaun celemek dan sarung tangan : 14. Buka kedua ikatan masker. 15. Lipat masker dibagian tengahnya dengan kedua permukaan dalamnya bertemu. 16. Buang masker ke							

tempat khusus. 17. Buka ikatan gaun celemek. 18. Biarkan gaun jatuh ke arah depan dari arah bahu (tapi jangan sampai jatuh ke lantai) 19. Lipat atau gulungkan tanpa menyentuh bagian luar celemek 20. Masukkan kedalam bak cucian medis. 21. Lepaskan sarung tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan. Perawat hanya menyentuh dan menarik bagian luar sarung tangan kiri agar bagian tangan kiri tidak terkena sisa-sisa kotoran klien. 22. Genggam sarung tangan kiri yang sudah terlepas di tangan kanan. 23. Lepaskan sarung tangan kanan dengan cara tangan kiri menarik sarung tangan dari arah dalam sarung tangan kanan agar tangan kiri tidak menyentuh bagian luar sarung tangan kanan 24. Buang sarung tangan kedalam bangkok atau tempat sampah medis. 25. Cuci tangan							
Sikap : 26. Melakukan tindakan dengan sistematis 27. Percaya diri							

Keterangan :

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

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

**Kriteria
Penilaian :**

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

Jumlah Tindakan yang dilakukan (ya)

Nilai = x 100 =

MELAKUKAN TEPID WATER SPONGE

Definisi

Merupakan salah satu upaya untuk menurunkan suhu (hypertemia) dengan memberikan kompres di bagian tubuh yang mempunyai pembuluh darah yang besar, terutama di bawah aksila dan diselangkangan paha. Prosedur ini termasuk dalam tindakan memandikan dengan tujuan terapeutik. Prosedur ini menggunakan efek evaporasi dalam menurunkan suhu tubuh



Tujuan

Menurunkan suhu tubuh yang relatif sangat tinggi tanpa menimbulkan efek menggigil dan penurunan suhu tubuh yang tiba-tiba (drastis) pada klien.

Indikasi

Klien dengan panas suhu yang sangat tinggi (hypertemia)

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Hentikan tindakan jika klien mulai menggigil
2. Ajarkan orang tua untuk selalu menggunakan air hangat (Sekitar 37°C), jangan menggunakan air dingin atau menambahkan alkohol dalam air.

Pengkajian

1. Kaji temperatur badan dan nadi klien
2. Kaji tingkat pengetahuan klien atau orang tua klien tentang prosedur dan bahaya akibat panas yang tinggi.

Masalah keperawatan yang terkait

1. Hipertemia
2. Kurang pengetahuan klien terhadap prosedur

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah tepid water sponge.

Implementasi tindakan keperawatan

Melakukan tepid water sponge (format 7.13)

Evaluasi formatif

1. Evaluasi temperatur dan nadi klien setelah dilakukannya prosedur
2. Evaluasi pengetahuan klien tentang prosedur.

Contoh dokumentasi implementasi tindakan 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	1	Melakukan tepid water sponge . Suhu sebelum dilakukan tindakan 41°C, nadi 100x/menit Respon : Klien mengatakan merasa lebih nyaman karena rasa pusing berkurang, suhu 38°C, nadi 88x/menit	Raka

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA
KETERAMPILAN: MELAKUKAN TEPID
WATER SPONGE

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 : • Bengkok • Air hangat dengan suhu 37C. • Termometer mandi • Waslap basah • Handuk berukuran sedang • Pengalas mandi • Selimut mandi • Etil alkohol (jika diperlukan) • Termometer • Sarung tangan bersih							
Persiapan Lingkungan : 1. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 2. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan. 3. Beri klien posisi supine di tempat tidur							
Langkah-langkah : 4. Cuci tangan 5. Pasang sarung tanagn bersih 6. Bantu klien untuk melepaskan pakaiannya.							

7. Tempatkan alas mandi di bawah punggung klien.							
8. Pasang selimut mandi di area tubuh yang tidak dilakukan tepid water sponge.							
9. Cek kembali temperatur air.							
10. Rendam waslap dan handuk di air lalu diperas.							
11. Pasang waslap basah di bawah aksila dan selangkangan paha (karena terdapat pembuluh darah yang besar) serta pasang pula handuk di bagian tubuh anterior agar terjadi perpindahan panas secara konduksi. Jika menggunakan "tub", rendam klien selama 20-30 menit.							
12. Ganti waslap dan handuk tiap 5 menit.							
13. Jika sudah selesai keringkan bagian tubuh klien.							
14. Ukur kembali nadi dan temperatur badan klien. Observasi kembali respon klien terhadap terapi.							
15. Lanjutkan tepid water sponge ini di bagian tubuh posterior selama 3-5 menit. Kaji kembali nadi dan temperatur setiap 15 menit.							
16. Hentikan tindakan jika suhu sudah kembali dalam batas normal. Jika suhu turun di							

bawah normal, tindakan tidak dilanjutkan. 17. Keringkan seluruh bagian tubuh pasien. 18. Bantu klien memakai pakaian. 19. Rapihkan alat dan pasien. Ganti linen jika basah. 20. Lepaskan sarung tangan. 21. Cuci tangan 22. Dokumentasi							
Sikap : 23. Melakukan tindakan dengan sistematis 24. Komunikatif dengan klien 25. 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

Jumlah Tindakan yang dilakukan (ya)

Nilai = x 100 =

26

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

MEMASANG DAN MELEPASKAN SARUNG TANGAN STERIL

Definisi

Memasangkan tangan dengan sarung tangan steril



Tujuan

1. Memudahkan perawat dalam untuk 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 ditangan perawat.

Indikasi

Sebelum melakukan prosedur yang membutuhkan kesterilan, misalnya pada saat pemasangan folley 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 terlalu kecil akan menyulitkan perawat 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 6,6½ dan 7.
2. Perawat harus 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 dan Vinyl. Latex lebih nyaman digunakan karena lebih fleksibel dan lembut ketika dipakai di tangan. Korniewicz et al (1991) merekomendasikan agar perawat memakai sarung tangan yang terbuat dari latex jika :
 - Membutuhkan pergerakan yang fleksibel
 - Prosedur yang akan dilakukan banyak menggunakan alat-alat yang tajam.
 - Prosedur yang akan dilakukan mempunyai risiko tinggi untuk transmisi patogen, misalnya ruang ICU, ruang operasi, laboratorium, ruang penyakit infeksius dan IGD.

Sarung tangan yang terbuat dari bahan Vinyl, sebaiknya dipakai di ruangan yang tidak membutuhkan banyak alat/ instrumen yang tajam dan dengan risiko 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 terkontaminasi.
4. Kaji kondisi tangan dari kuku yang tajam, adanya lesi atau abrasi kulit

Masalah keperawatan yang terkait

Risiko 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 melepas sarung tangan steril (format 7.4)

Contoh dokumentasi implementasi tindakan keperawatan

Khusus untuk prosedur ini, tidak diperlukan pencatatan karena biasanya sudah termasuk1 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
Persiapan alat : • Sarung tangan steril. • Bengkok atau tempat sampah medis							
Persiapan perawat : 1. Lepaskan jam tangan atau perhiasaan yang menempel (mislanya cincin). Yakinkankuku dalam keadaan bersih dan pendek. 2. Gulung bagian lengan baju sampai di atassiku atau setengah siku. 3. 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. 4. Berdiri di depan area sarung tangan steril							

Langkah-langkah : Memasang sarung tangan steril 5. Cuci tangan 6. Buka pembungkus sarung tangan steril dengan hati-hati. Perawat hanya boleh menyentuh bagian luar karena bagian dalam masih termasuk area steril. 7. Identifikasikan mana sarung tangan bagian kanan dan kiri. Setiap sarung tangan umumnya dalam keadaan terlipat (kurang lebih 5 cm). 8. Lakukan pemasangan tangan kanan terlebih dahulu (jika tangan kanan merupakan tangan dominan). Ambil bagian lipatan dengan menggunakan tangan kiri untuk pemasangan sarung tangan kanan. 9. Masukkan tangan kanan ke dalam sarung tangan dengan cara menarik bagian dalam sarung tangan dengan tangan kiri. Lakukan dengan hati-hati. Yakinkan sarung tangan terpasang rapih dan tidak ada bagian yang terlipat serta semua jari masuk dengan tepat 10. Dengan menggunakan tangan kanan yang sudah terpasang sarung tangan selipkan							
---	--	--	--	--	--	--	--

jari tangan kelipatan dalam sarung tangan kiri. 11. Masukkan sarung tangan kiri ke dalam sarung tangan kiri. Rapihkan dengan menggunakan tangan kanan. Ingat, tangan kanan hanya menyentuh bagian luar sarung tangan kiri. Yakinkan sarung tangan terpasang rapih dan tidak ada bagian yang terlipat serta semua jari masuk dengan tepat. 12. Setelah kedua sarung tangan terpasang, kunci kedua tangan untuk meyakinkan tidak ada lipatan diantara sela-sela jari. Melepaskan sarung tangan steril 13. Lepaskan sarung tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan. Perawat hanya menyentuh dan menarik bagian luar sarung tangan kiri agar bagian tangan kiri tidak terkena sisa-sisa kotoran klien. 14. Genggam sarung tangan kiri yang sudah terlepas di tangan kanan. 15. Lepaskan sarung tangan dengan cara tangan kiri menarik sarung tangan dari arah dalam sarung							
--	--	--	--	--	--	--	--

tangan kanan agar tangan kiri tidak menyentuh bagian luar sarung tangan kanan. 16. Buang sarung tangan ke dalam bengkok atau tempat sampah medis. 17. Cuci tangan							
Sikap : 18. Melakukan tindakan dengan sistematis 19. 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

Jumlah Tindakan yang dilakukan (ya)

Nilai = x 100 =

20

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

MELAKUKAN PERAWATAN LUKA BERSIH

Definisi

Melakukan perawatan pada area tubuh yang mengalami kerusakan jaringan yang diakibatkan karena luka bedah tak terinfeksi dan tidak terjadi proses peradangan (inflamasi). Yang dimaksud dengan luka bersih adalah luka tertutup yang memungkinkan terjadinya infeksi sekitar area luka dengan kisaran risiko terjadinya infeksi sebesar 1% - 5%. Luka ini akan menyebabkan hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ, adanya perdarahan, terkontaminasi dengan mikroorganisme bahkan dapat menyebabkan kematian sel.



Berdasarkan kedalaman dan luasnya dibagi atas :

1. Stadium I : Luka Superfisial (“ *Non-Blanching Erythema*”) yaitu luka yang terjadi pada lapisan epidermis kulit.
2. Stadium II : Luka : “ *Partial Thickness*” yaitu hilangnya lapisan kulit pada lapisan epidermis dan bagian atas dari dermis. Luka pada stadium ini merupakan luka superficial dengan tanda klinis seperti abrasi, blister atau lubang yang dangkal.
3. Stadium III : luka “*Full Thickness*” yaitu hilangnya kulit secara keseluruhan sampai pada lapisan epidermis, dermis dan fascia tetapi tidak mengenai otot.
4. Stadium IV : Luka “*Full Thickness*” yaitu luka yang telah mencapai lapisan otot, tendon dan tulang dengan kerusakan yang luas.

Tahapan	Deskripsi
Inflamasi	• Fase ini terjadi di hari pertama saat

	kejadian sampai dengan hari ke 5 • Respon segera terjadi setelah terjadi injuri dan terjadi pembekuan darah (untuk mencegah kehilangan darah). • Karakteristik : tumor, rubor, dolor, color, functio laesa. • Fase awal terjadi haemostasis dan fase akhir terjadi fagositosis • Lama fase ini bisa singkat jika tidak terjadi infeksi
Fase Proliferasi/ epitelisasi	• Fase ini terjadi di hari ke 3-14. • Disebut juga dengan fase granulasi karena terjadinya pembentukan jaringan granulasi pada luka. Luka tampak merah segar dan mengkilat. • Jaringan granulasi terdiri dari kombinasi fibroblasts, sel inflamasi, pembuluh darah yang baru, fibronectin and hyaluronic acid. • Epitelisasi terjadi pada 24 jam pertama ditandai dengan penebalan lapisan epidermis pada tepian luka. • Epitelisasi terjadi 48 jam pertama pada luka insisi
Maturasi/ remodelling	• Berlangsung dari beberapa minggu sampai dengan 2 tahun • Terbentuknya kolagen yang baru yang mengubah bentuk luka serta peningkatan kekuatan jaringan (tensile strength) • Terbentuk jaringan parut • Terdapat pengurangan secara bertahap pada aktivitas selular dan vaskularisasi jaringan yang mengalami perbaikan.

Tujuan

1. Memberikan lingkungan yang memadai untuk penyembuhan bahan luka.
2. Absorpsi drainase.
3. Menekan dan immobilisasi luka
4. Mencegah luka dan jaringan epitel baru dari cedera mekanis.
5. Mencegah luka dari kontaminasi bakteri.
6. Meningkatkan hemostasis dengan menekan dressing.
7. Memberikan rasa nyaman mental dan fisik pada pasien.

Indikasi

Klien yang terdapat luka bersih, misalnya pada klien post operasi.

Kontraindikasi

Tidak ada kontraindikasi untuk prosedur ini

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Perawat harus mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka, diantaranya :
 - a. Usia, dimana semakin tua seseorang maka akan menurunkan kemampuan penyembuhan jaringan.
 - b. Infeksi, dimana proses infeksi akan menghambat proses penyembuhan luka dan menyebabkan kerusakan pada sel penunjang sehingga akan menambah ukuran dari luka itu sendiri, baik panjang maupun kedalaman luka.
 - c. Hipovolemia, dimana kurangnya volume darah akan mengakibatkan vasokonstriksi dan menurunnya ketersediaan oksigen dan nutrisi untuk penyembuhan luka.
 - d. Hematoma
 - e. Adanya benda asing seperti pasir atau mikroorganisme yang akan menyebabkan terbentuknya suatu abses sebelum benda tersebut diangkat. Abses ini timbul dari serum, fibrin, jaringan sel mati dan leukosit (sel darah merah), yang membentuk suatu cairan yang kental yang disebut dengan nanah (pus).
 - f. Iskemia merupakan keadaan dimana terdapat penurunan suplai darah pada bagian tubuh akibat dari obstruksi dari aliran darah. Hal ini dapat terjadi jika balutan terlalu ketat atau adanya obstruksi pada pembuluh darah itu sendiri
 - g. Penyakit Diabetes, dimana hambatan terhadap sekresi insulin akan mengakibatkan peningkatan gula darah sehingga nutrisi tidak dapat masuk ke dalam sel. Akibat hal tersebut juga akan terjadi penurunan protein-kalori tubuh
 - h. Pengobatan seperti steroid (akan menurunkan mekanisme peradangan normal tubuh terhadap cedera), antikoagulan (mengakibatkan perdarahan), antibiotik.
2. Perawat harus berhati-hati terhadap komplikasi dari luka yang meliputi :
 - a. Hematoma (*hemorrhage*).
 - b. Perawat harus mengetahui lokasi insisi pada pasien, sehingga balutan dapat diinspeksi terhadap perdarahan dalam interval 24 jam pertama setelah pembedahan.
 - c. Infeksi (*Wounds Sepsis*)
Merupakan infeksi luka yang sering timbul akibat infeksi nosokomial di rumah sakit. Proses peradangan biasanya muncul dalam 36-48 jam, denyut nadi dan temperatur tubuh pasien biasanya akan meningkat, sel darah putih meningkat, luka biasanya menjadi bengkak, hangat dan nyeri
3. Perbanyak intake vitamin dan zat lainnya, seperti :
 - a. Vitamin A untuk membantu pembentukan jaringan yang luka

- b. Vitamin B1 untuk mensintesis kolagen
 - c. Vitamin B5 untuk mempercepat proses penyembuhan
 - d. Vitamin C untuk mempercepat pembentukan kolagen dan elastin, juga untuk mempercepat pertumbuhan.
 - e. Vitamin E untuk membantu menghilangkan bekas luka.
 - f. Zn untuk menstimulasi proses penyembuhan luka.
 - g. Lemak esensial untuk menyempurnakan proses penyembuhan luka.
4. Klien perlu memperbanyak intake protei, terutama paska operasi dimana kebutuhan kalori dan protein dalam tubuh akan meningkat sebanyak 20-50%.
5. Perawat luka post operasi dilakukan oleh dokter pertama kalinya dan perawatan selanjutnya dilakukan perawat.
6. Jangan berikan plester di area kulit yang banyak terdapat rambut tubuh. Jika perlu, lakukan terlebih dahulu di area tersebut untuk mengurangi iritasi dan ketidaknyamanan.
7. Perawat harus lebih ekstra hati-hati jika terdapat drain di luka operasi.
8. Perawat harus melaporkan secara jelas dan rinci jika terjadi pembengkakan dan perdarahan yang berlebihan.
9. Klien diperbolehkan untuk mandi (jika memungkinkan) atau hanya cukup memakai wash-lap. Cegah masuknya air ke dalam luka atau membuat perban luka menjadi basah dan lembab.
10. Beberapa institusi kesehatan (misalnya RS) mempunyai kebijakan dalam pemakaian sarung tangan steril. Umumnya luka kronis direkomendasikan hanya memakai sarung tangan bersih (jika fasilitas tidak memadai) dengan tetap menggunakan alat steril (jadi perawat cukup mempertahankan kesterilan alat sedangkan sarung tangan hanya sebagai alat pelindung perawat agar terhindar kontak langsung dengan luka klien). Alternatif lainnya adalah dengan menggunakan sarung tangan bersih di tangan non dominan dan memakai sarung tangan steril di tangan dominan. Perawat harus berhati-hati dalam menjaga kesterilan tangan dominan. Perawat dapat pula menggunakan alat pelindung mata jika dikhawatirkan adanya cipratan cairan yang dihasilkan luka atau pada saat melakukan irigasi luka.
11. Dalam melakukan perawatan luka, gunakan cahaya lampu dengan pencahayaan yang cukup.

Pengkajian

1. Kaji ukuran luka untuk mengidentifikasi tipe dan jumlah balutan.
2. Kaji lokasi luka untuk menentukan apakah perawat perlu membutuhkan perawat lain atau tidak.
3. Kaji tingkat kenyamanan klien, misalnya adanya nyeri untuk menentukan apakah klien membutuhkan obat analgesik sebelum dilakukan perawatan luka. Khusus untuk perawatan luka kering kadang menimbulkan nyeri.
4. Kaji tingkat pengetahuan klien terhadap prosedur.
5. Kaji catatan medis dokter untuk menentukan jenis cairan atau obat yang dipakai untuk perawatan luka.
6. Kaji apakah klien dan keluarganya dapat berpartisipasi dalam melakukan prosedur.

7. Kaji adanya faktor resiko yang berkaitan dengan masalah perawatan luka, misalnya :
 - a. Usia manula karena pada usia ini terjadi perubahan yang berkaitan dengan sistem imun sehingga menurunkan resistensi terhadap patogen.
 - b. Obesitas
 - c. Penyakit Diabetes Melitus karena terjadi penurunan vaskularisasi sehingga menurunkan aliran darah ke jaringan perifer, termasuk penurunan fungsi leukosit yang berhubungan dengan hiperglikemia.
 - d. Malnutrisi karena tidak adanya bahan baku untuk pembentukan kolagen.
 - e. Konsumsi obat-obatan immunosupresi karena menurunkan respon inflamasi dan menurunkan pembentukan kolagen.
 - f. Radiasi disekitar luka karena dapat menurunkan suplai darah ke jaringan.
 - g. Stress yang tinggi karena meningkatkan Kortisol yang mengakibatkan penurunan jumlah limfosit dan respon inflamasi.

Masalah keperawatan yang terkait

1. Risiko infeksi
2. Kerusakan integritas kulit
3. Kurang pengetahuan klien terhadap prosedur
4. Nyeri

Rencana tindakan keperawatan

untuk mengetahui masalah keperawatan tersebut, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah melakukan perawatan luka bersih.

Implementasi

Melakukan perawatan luka bersih (format 7.5)

Evaluasi formatif

1. Evaluasi kondisi luka sehingga perawat dapat memprediksi waktu rata-rata proses penyembuhan luka.
2. Evaluasi apakah klien mengalami nyeri pada saat dilakukan dan setelah prosedur. Nyeri dapat menjadi indikator terjadinya infeksi atau adanya penekanan yang berlebihan akibat balutan luka.
3. Evaluasi kondisi balutan setiap shift (misalnya apakah balutan ada rembesan darah atau tidak)
4. Evaluasi pengetahuan klien tentang cara melakukan perawatan luka kering.

Contoh dokumentasi implementasi tindakan 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	1	Melakukan perawatan luka kering di abdomen kanan bawah (hari ke-3 post op apendiktomy). Respon : Klien mengatakan merasa lebih nyaman karena bulatan sudah diganti, tidak ada nyeri. Tampak keadaan luka bersih dan kering, tidak ada darah dan pus terdapat 8 jahitan. Klien mengatakan sudah mengetahui cara perawatan luka tetapi belum berani melakukannya sendiri.	Raka
---------------	-------	---	---	------

Format 7.5

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA
KETERAMPILAN: MELAKUKAN PERAWATAN
LUKA KERING

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 : • Sarung tangan bersih. • Sufratul • Plester • Pinset silurgis • Kantong sampah • Perlak / pengalas • Gunting • Bengkok • Korentang dan tempatnya • NaCl 0,9% • Skerem • Sarung tangan steril dalam tromol • Set steril yang berisi : - 2 buah pinset anatomis - 1 buah pinset silurgis. - 1 buah gunting jaringan - kassa / depper - kapas lidi - 2 buah kom kecil							
Persiapan lingkungan : 1. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 2. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan. 3. Berikan klien posisi							

senyaman mungkin dan yang memudahkan kerja perawat							
Langkah- langkah : 4. Cuci tangan 5. Pasang sarung tangan bersih 6. Pasang pengalas di bawah luka 7. Letakkan bengkok disamping pengalas 8. Buka perban dengan menggunakan pinset bersih. Jika perban sangat lengket, bantu dengan menyiramkan NaCl 0,9% secukupnya. Jikla terangkat kassa bagian luar, maka biarkan kassa bagian dalam (akan diangkat kemudian dengan menggunakan alat steril). 9. Buang perban lama ke dalam bengkok. 10.Observasi karakteristik luka : tanda-tanda infeksi, warna, ukuran dan adakah cairan yang keluar. 11.Lepaskan sarung tangan bersih. 12.Buka set steril. 13.Tuangkan cairan NaCL 0,9% ke dalam kom. 14.Buka dan keluarkan isi supratul ke dalam set steril 15.Pasang sarung tangan steril. 16.Bersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9%							

dengna menggunakan kassa atau depper dari arah dalam ke luar (sirkuler). 17. Keringkan luka dengan menggunakan kassa atau depper. 18. Gunting supratul sesuai ukuran yang dibutuhkan. 19. Berikan supratul di area luka. 20. Balut luka sengan kassa 21. Pasang plester mengelilingi kassa luka 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)
- Tidak = 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 =

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

BEDMAKING (MERAPIKAN TEMPAT TIDUR)

Definisi

Membuat tempat tidur lebih rapih, baik mengganti seluruh asesoris tempat tidur ataupun sebagian. Yang dimaksud dengan asesoris disini adalah linen (baik besar atau kecil), perlak, bantal dan sarungnya, selimut, kursi dan meja yang ditempatkan didekat tempat tidur. Tempat tidur dapat dirapihkan dengan klien di atas tempat tidur (misalnya pada klien bed-rest, klien yang keadaannya sangat lemah, klien dengan traksi, klien yang mempunyai berat badan yang sangat gemuk, klien yang tidak diperbolehkan untuk duduk, dan lain-lain) atau dengan tanpa klien (misalnya klien duduk di kursi dekat tempat tidur klien)



Tujuan

1. Meningkatkan kenyamanan klien karena klien di Rumah Sakit banyak menghabiskan waktunya di tempat tidur, baik untuk mandi, BAB, BAK, makan dan pada saat perawat melakukan prosedural.
2. Menjaga tempat tidur tetap bersih, kering, dan tidak kusut sehingga meminimalisir kemungkinan terjadinya iritasi kulit.
3. Mempertahankan energi dan status kesehatan klien (terutama jika perawat merapihkan tempat tidur dengan klien di atas tempat tidur).

Indikasi

Efektif dilakukan jika :

1. Akan ada klien baru yang akan masuk diruang rawat.
2. Persiapan klien yang baru saja dioperasi.
3. Sudah waktunya linen diganti.
4. Linen dan asesoris basah, lembab atau kusut.

Kontraindikasi

Tidak ada kontraindikasi untuk prosedur ini.

Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Sebelum merapihkan tempat tidur dan sesudahnya, perawat harus mencuci tangan, karena pada saat merapihkan tempat tidur dimungkinkan adanya transmisi mikroorganisme ke tangan atau seragam perawat.
2. Yakinkan bahwa tempat tidur klien rapih, bersih, kering dan tidak ada lipatan. Jika linen dalam keadaan basah atau lembab, maka ganti dengan linen yang kering dengan segera.
3. Lakukan bed making pada pagi hari, disaat klien sudah mandi (jika klien mandi di tempat tidur) atau jika klien sedang keluar dari tempat tidur, misalnya ketika klien sedang mandi di kamar mandi (jika klien mampu) atau klien harus melakukan tes diagnostik.
4. Jangan pernah menaruh linen atau asesoris klien di tempat tidur klien lain. Perawat juga tidak diperbolehkan menaruh linen kotor di lantai, tetapi langsung ke bak cuci atau penampung linen kotor.
5. Yakinkan klien bahwa ia tidak akan jatuh dari tempat tidur walaupun tempat tidur dirapihkan atau diganti linennya dengan klien di atasnya.
6. Perawat harus lebih berhati-hati melakukan prosedur, terutama pada klien dengan gangguan pernafasan dan fraktur/ trauma, karena pada klien ini umumnya tidak mampu terlalu lama dalam posisi flat/datar/supine selama dilakukannya bed making.
7. Jelaskan prosedur karena klien dapat turut serta berpartisipasi dalam melakukan prosedur, misalnya untuk perubahan posisi.

Pengkajian

1. Kaji keadaan klien yang berpotensi dilakukan prosedur merapihkan tempat tidur, misalnya pada klien inkontinensia, klien diaforesis (keluar keringat yang berlebihan) atau terpasangnya alat drainase (misalnya pada klien postoperasi yang terdapat luka dan selang drainase).
2. Kaji kemampuan klien untuk melakukan mobilisasi (misalnya kemungkinan klien untuk duduk di kursi dekat tempat tidur).
3. Kaji apakah klien membutuhkan posisi khusus yang harus diperhatikan jika klien harus turun dari tempat tidur (misalnya boleh tidaknya klien mengelevasikan kaki dan lengannya).

Masalah keperawatan yang terkait

1. Risiko injuri
2. Gangguan rasa aman dan nyaman

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawatan adalah melakukan bed making dengan tidak ada pasien di atas tempat tidur atau bed making dengan ada pasien di atas tempat tidur.

Implementasi tindakan keperawatan

Bed making dengan tidak ada pasien di atas tempat tidur (format 7.6)

Bed making dengan ada pasien di atas tempat tidur (format 7.7)

Evaluasi formatif

1. Evaluasi apakah klien merasa lebih nyaman setelah tempat tidur dirapihkan
2. Evaluasi keadaan klien terhadap risiko iritasi kulit atau gangguan integritas kulit lainnya
3. Evaluasi keadaan klien ketika didudukkan di kursi dekaat tempat tidur (jika perawat merapikan tempat tidur tanpa klien di atasnya). Bandingkan nadi dan tekanan darah sebelum dan sesudah dilakukan prosedur. Evaluasi apakah klien merasa lelah, lemah atau pusing.

Contoh dokumentasi implementasi tindakan 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	1	Merapihkan tempat tidur Respon : Klien merasa lebih nyaman, tekanan darah 120/80 mmHg, RR 20x/menit, nadi 65x/menit, tidak ada tanda-tanda kerusakan integritas kulit	Raka

Catatan : Tindakan ini tidak diharuskan dilakukan pendokumentasian

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA
KETERAMPILAN: MENGGANTI ALAT TENUN TEMPAT TIDUR
TANPA PASIEN DIATASNYA

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 : • Sprei besar • Sprei kecil • Matras • Perlak • Sarung bantal • Selimut • Kantong cucian • Sarung tangan • Kursi atau meja • Larutan desinfektan							
Persiapan lingkungan : 1. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 2. Kontrak waktu,tempat dan tujuan tindakan 3. Atur posisi klien							
Pelaksanaan : 4. Cuci tangan 5. Pakai sarung tangan bersih 6. Susun peralatan di atas kursi. Singkirkan peralatan yang tak diperlukan 7. Angkat sprei yang paling atas 8. Jika selimut akan dipakai lagi, lepaskan dan letakkan di atas							

kursi							
9. Angkat spreng yang paling atas dan letakkan ke dalam kantong cucian dan jangan meletakkannya di lantai							
10. Angkat matras dan perlak.							
11. Letakkan spreng bersih dan selimut lalu buat sudut hingga membentuk segitiga.							
12. Pasang sarung bantal.							
13. Letakkan bel dan peralatan pribadi di tempat yang mudah terjangkau.							
14. Rapihkan alat dan klien.							
15. Lepaskan sarung tangan							
16. Cuci tangan							
17. Dokumentasi.							
Sikap :							
18. Melakukan tindakan dengan sistematis							
19. Komunikatif dengan klien							
20. 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

Jumlah Tindakan yang dilakukan (ya)

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

Nilai =

..... x 100 =

22

Format 7.7

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA

KETERAMPILAN: MENGGANTI ALAT TENUN TEMPAT TIDUR DENGAN PASIEN DIATASNYA

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 : • Sprei besar • Sprei kecil • Matras • Perlak • Sarung bantal • Selimut • Kantong cucian • Sarung tangan • Kursi atau meja • Larutan desinfektan							
Persiapan lingkungan : 1. Jaga privasi klien							
Persiapan klien : 2. Kontrak waktu,tempat dan tujuan tindakan 3. Atur posisi klien							
Pelaksanaan : 4. Cuci tangan 5. Pakai sarung tangan bersih 6. Susun peralatan di atas kursi. Singkirkan peralatan yang tak diperlukan 7. Angkat spreng yang paling atas 8. Jika selimut akan dipakai lagi, lepaskan dan letakkan di atas kursi 9. Bersama perawat yang lain angkat perlak dan							

matras mulai dari bagian kepala 10. Letakkan pasien diatas tempat tidur menjauhi perawat 11. Angkat spreng yang lebih bawah, mulai dari kepala hingga kaki 12. Letakkan matras dan perlak setelah dibersihkan dengan desinfektan 13. Letakkan spreng bersih setengah sisi 14. Pasang sisi pengaman tempat tidur lalu perawat pindah ke sisi yang satunya. 15. Bantu klien bergeser ke sisi yang sudah terpasang pengaman, geser bantal. 16. Tarik matras, perlak dan spreng ke arah dekat perawat, pastikan seluruh bagian lurus / rata atau tidak ada bagian yang terlipat 17. Angkat selimut mandi pasien dan letakkan ke dalam kantong cucian 18. Pasang sisi pengaman kembali 19. Pasang sarung bantal. 20. Letakkan bel dan peralatan pribadi di tempat yang mudah terjangkau. 21. Rapihkan alat dan klien. 22. Lepaskan sarung tangan. 23. Cuci tangan							
---	--	--	--	--	--	--	--

24. Dokumentasi.									
Tanggal :		Tanggal :		Tanggal :					
Nilai :		Nilai :		Nilai :					
Pembimbing :		Pembimbing :		Pembimbing :					
Mahasiswa :		Mahasiswa :		Mahasiswa :					
Sikap : 25. Melakukan tindakan dengan sistematis 26. Komunikatif dengan klien 27. 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

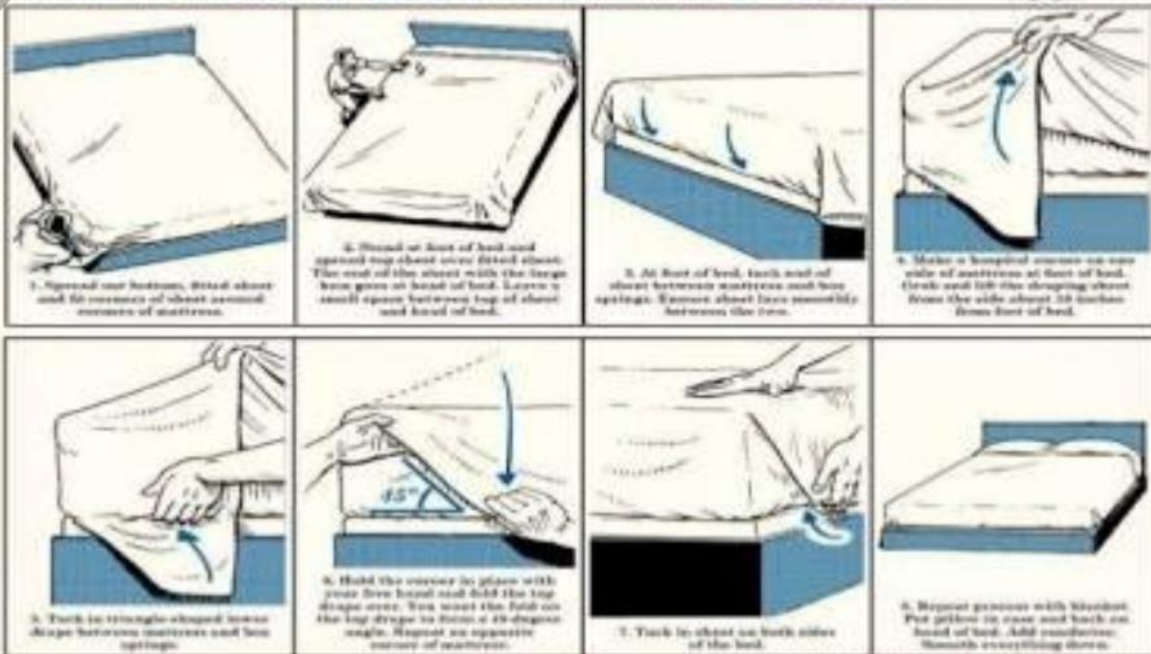
Jumlah Tindakan yang dilakukan (ya)

Nilai = x 100 =



How to Make a Bed: The Illustrated Guide

WALSH
Nursing



© Art of Medicine and The Hospital. All Rights Reserved.



Nurse shown fan-folding soiled linens toward patient's back. Patient in side-lying position on far side of bed.

Nurse shown placing clean bottom sheet on bed with center fold close to patient's back. Patient in side-lying position on far side of bed.



Nurse shown tucking in bottom sheets of bed. Patient lies on far side of bed on other half of clean sheet.

MELAKUKAN ORAL HYGIENE

Definisi

Suatu proses membersihkan gigi dari sisa-sisa makanan, plak serta proses untuk menstimulasi gusi. Tindakan ini dapat dilakukan sesering mungkin minimal tiap 1-2 jam, tergantung dengan kebutuhan klien terhadap prosedur serta dapat dilakukan secara mandiri oleh klien (misalnya menyikat gigi) ataupun dengan bantuan perawat (misalnya melakukan perawatan mulut pada klien dengan penurunan kesadaran).

Tujuan

1. Menghilangkan sisa-sisa makanan yang ada disekitar atau diantara gigi.
2. Menghilangkan sisa-sisa plak gigi.
3. Meningkatkan kenyamanan klien.
4. Mencegah infeksi rongga mulut.

Indikasi

Setiap klien, baik klien dengan kesadaran penuh atau klien dengan penurunan kesadaran.

Kontraindikasi

Tidak ada

Hal-hal yang perlu diperhatikan

Pada klien dengan tingkat kesadaran baik:

1. Pada klien dengan masalah gusi sensitif atau perdarahan dapat dilakukan perawatan mulut dengan memakai sponge yang lembut atau dapat pula dilakukan pemberian cairan sorbital, sodium, carboksimetilselulosa dan elektrolit.
2. Klien dengan penyakit Diabetes Melitus, dianjurkan untuk melakukan kontrol gigi tiap 3-4 bulan sekali. Mereka harus diajarkan pula cara membersihkan gigi dengan benar sesuai jadwal untuk mengantisipasi atau mengatasi kerusakan gigi karena penyakit ini menekan respon imun dan menurunkan sirkulasi ke mukosa mulut (Blaney, 1986).
3. Ajarkan klien cara mencegah kerusakan gigi, misalnya menurunkan intake glukosa, khususnya konsumsi snack yang manis diantara jadwal makan, menyikat gigi maksimal 30 menit setelah makan makanan yang manis menggunakan air yang mengandung fluoride, dan membasuh mulut dengan air.
4. Cheilosis dapat dicegah dengan cara memakai minyak khusus bibir dan tidak menggigit-gigit bibir
5. Perawatan mulut juga harus dilakukan pada klien yang masih anak-anak. Perawatan mulut sedini mungkin adalah cara terbaik mengatasi karies gigi dan masalah gigi lainnya. Fluoride dapat diberikan pula untuk mencegah terjadinya karies dan merawat kesehatan

gusi. Jika air yang dikonsumsi tidak mengandung fluoride, maka perawat dapat memberikan suplemen atau vitamin sesuai dengan kolaborasi dokter. Lakukan perawatan gigi minimal 2 kali sehari, yaitu setelah sarapan pagi dan setelah makan terakhir karena dapat menurunkan potensi timbulnya plak

6. Ajarkan pula pada orangtua untuk memberikan botol hanya berisi air putih pada saat jam tidur. Jangan berikan susu atau jus buah karena kaya akan karbohidrat yang dapat menyebabkan karies dan perubahan warna pada gigi
7. Pada anak dengan usia mulai 8 tahun maka anak dapat melakukan sikat gigi secara lebih mandiri karena pada umur ini anak tidak ada lagi masalah koordinasi pergerakan
8. Mengunjungi dokter gigi dapat dimulai sejak anak usia 2 tahun, setelah itu kunjungan dapat dilakukan tiap 6 bulan sekali (Moss, 1988)
9. Pada klien manula, beresiko mengalami masalah injury rongga mulut dan penyakit periodontal karena terjadi penurunan vaskularisasi ke gusi dan penipisan mukosa mulut. Kehilangan elastisitas jaringan dan penurunan massa otot dapat menurunkan kemampuan manula untuk mengunyah dan menelan

Pada Klien Dengan Penurunan Kesadaran :

1. Posisi yang dapat memudahkan perawat dalam melakukan perawatan mulut pada klien dengan penurunan kesadaran adalah posisi lateral (side-lying)
2. Jika klien menjadi agitasi pada saat dimasukkannya spatel, lakukan tindakan yang sama dengan cara yang lebih lembut ke arah mulut bagian belakang. Lalu lakukan perawatan mulut pada saat klien rileks dan mulut terbuka
3. Kemoterapi dan radiasi dapat menyebabkan stomatitis pada klien. Oleh karena itu, lakukan perawatan mulut setelah makan dan sebelum tidur dengan menggunakan cairan normal saline atau pula dengan mencampurkan $\frac{1}{2}$ -1 sendok makan garam (atau menggunakan baking soda) ke $\frac{1}{2}$ liter air hangat. Untuk menghilangkan mukus dapat menggunakan hydrogen peroksida dan normal saline (Greifzu, radjeski and winnick, 1990)

Pengkajian

1. Kaji integritas mukosa mulut, keadaan gigi, bibir, gusi dan lidah
2. Kaji adanya risiko yang dapat menyebabkan masalah mulut dan kebersihannya, misalnya :
 - a) Dehidrasi (akan menyebabkan mukosa menjadi kaku dan kering, meningkatkan akumulasi sekret di lidah dan gusi).
 - b) Adanya pemasangan alat seperti NGT atau selang oksigen karena dapat menyebabkan mukosa mulut menjadi kering (Harrell and Damon, 1989).
 - c) Konsumsi obat-obatan kemoterapi karena jenis obat ini dapat menyebabkan sel-sel yang sehat menjadi mati (termasuk sel-sel kanker) dan merangsang terjadinya stomatitis.

- d) Terapi radiasi, terutama yang ditujukan ke bagian kepala dan leher karena terapi radiasi dapat menurunkan rangsangan kelenjar saliva untuk mengeluarkan saliva dan menurunkan pH saliva sehingga dapat merangsang terjadinya stomatitis dan kerusakan gigi.
 - e) Adanya alat bantu pernapasan, misalnya orofaringeal tube karena dapat meningkatkan iritasi mukosa dan gusi. Sekret juga akan banyak mengumpul di antara gigi dan lidah.
 - f) Adanya penyakit yang berhubungan dengan kerusakan darah (misalnya leukimia, anemia aplastik) karena dapat meningkatkan inflamasi dan perdarahan gusi..
 - g) Kondisi-kondisi post operasi mulut atau trauma mulut karena insisi di mukosa mulut dapat meningkatkan resiko inflamasi.
 - h) Proses penuaan
 - i) Adanya penyakit seperti Diabetes Melitus.
3. kaji adanya masalah mulut yang sering terjadi, misalnya:
- a) Karies gigi (ditandai dengan perubahan warna gigi menjadi warna putih kapur, kecoklatan atau kehitaman).
 - b) Gingivitis (infeksi pada gigi).
 - c) Periodontitis (ditandai dengan adanya proses infeksi dan adanya celah gigi)
 - d) Halitosis (ditandai dengan bau mulut yang tidak sedap)
 - e) Cheilosis (bibir pecah-pecah)
4. kaji perhatian klien terhadap kebersihan gigi dan mulut, seperti frekuensi melakukan sikat gigi, tipe atau jenis pasta gigi yang digunakan, kunjungan terakhir ke dokter gigi, frekuensi kunjungan ke dokter gigi dan jenis pembersih mulut (mouth-wash) dan pelembutnya yang digunakan klien
5. kaji kemampuan klien untuk merangsang alat bantu untuk menggosok gigi, seperti memegang sikat gigi dan pasta gigi (jika klien sadar).
6. kaji adanya reflek menelan dengan cara menempelkan spatel di belakang mulut klien (jika klien dengan penurunan kesadaran). Hal ini dilakukan untuk menilai adanya kemungkinan aspirasi pada saat dilakukan prosedur.

Masalah keperawatan yang terkait

1. Defisit perawatan diri.
2. Perubahan membran mukosa oral
3. Risiko aspirasi.
4. Risiko injuri
5. Kurang pengetahuan tentang perawatan mulut.

Rencana tindakan keperawatan

Untuk mengatasi masalah klien, salah satu intervensi yang dapat dilakukan perawat adalah melakukan oral hygiene pada klien tidak sadar, membantu klien melakukan oral hygiene (menyikat gigi) dan melakukan flossing.

Implementasi tindakan keperawatan

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN : ORAL HYGIENE PASIEN DENGAN PENURUNAN KESADARAN

Nama Mahasiswa:.....

ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan						KET
	Tgl:		Tgl:		Tgl:		
	Ya	Tdk	Ya	tdk	ya	tdk	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. persiapan alat: • Spatel • Kom kecil • Cairan NaCl 0,9% • Handuk kecil • Tisu • Bengkok • Kassa depper • Pinset anatomis • Gentian violet (k/p) • Sarung tangan bersih							
Persiapan lingkungan: 2. jaga privasi klien							
Persiapan klien: 3. jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Beri klien posisi fowler di tempat tidur atau posisi duduk dikursi.							
Langkah-langkah: 5. cuci tangan 6. pasang sarung tangan bersih 7. pasang handuk kecil dibawah dagu klien 8. tuang cairan NaCl 0,9% ke dalam kom. 9. memiringkan kepala klien di8atas pinggiran bantal. 10. membuka mulut klien dengan spatel yang dibungkus kasa bersih. 11. membersihkan rahang dan gigi dengan kasa yang dibasahi cairan NaCl 0,9%							

dengna menggunakan pinset anatomis. 12. bibir diberi gentian violet. 13. rapikan alat dan klien 14. lepaskan sarung tangan 15. cuci tangan 16. 16. dokumentasi							
Sikap: 17. melakukan tindakan dengan sistematis 18. komunikatif dengan klien percaya diri.							

Keterangan :

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

kriteria penelitian :

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

Nilai = jumlah tindakan yang dilakukan (ya) X100=.....

19

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

FORMAT PENILAIAN PENAMPILAN KERJA KETERAMPILAN : MENYIKAT DAN FLOSSING GIGI

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: • Sikat gigi • Pasta gigi • Floss gigi • Gelas dengan air dingin • Pembilas mulut • Tissue • Sedotan • Bengkok • Handuk wajah • Handuk kertas • Sarung tangan bersih							
Persiapan Lingkungan: 2. jaga privasi klien							
Persiapan Klien: 3. jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. beri klien posisi fowler ditempat tidur atau posisi duduk dikursi							
Langkah-langkah: 5. cuci tangan 6. gunakan sarung tangan 7. letakkan handuk diatas dada klien 8. oleskan pasta gigi pada sikat. Pegang sikat diatas bengkok dan tuangkan sejumlah air diatas pasta gigi. 9. Pegang sikat gigi dengan sudut 45 derajat pada garis gusi. Pastikan ujung bulu menempel dan masuk dibawah garis gusi. 10. Sikat permukaan luar dandalam dari							

gigi atas dan bawah dengan menyikat dari gusi ke mahkota setiap gigi. Lakukan gosokan bertekanan sngkatdan sikat setiap gigi secara terpisah. 11. Bersihkan permukaan gigi penggigitdan memegang pundak bulu sikat gigi sejajar dengan gigi, dan sikat perlahan kebelakang dan kedepan. 12. Pegang sikat pada sudut 45 derajat dan dengan lembut sikatkan permukaan dan samping lidah, hindarimerangsang refleks gang. 13. Biarkan klien membilas mulutnya secara menyeluruh dengan berkumur sehingga semua permukaan gigi bersih dan membuangnya ke bengkok. 14. Biarkan klien berkumur atau membilas mulutnya dengan larutan pencuci mulut. 15. Singkirkan bengkok. 16. Bantu klien mengeringkan mulutnya. 17. Siapkan untuk flossing gigi dan meminta klien mencuci tangannya, bila klien akan melakukan flossing sendiri. 18. Siapkan dua potong floss dengan panjang sekitar 25 cm (10 inci), ada perbedaan pendapat dalam penggunaan floss berwarna de3ngan floss tidak berwarna. Floss berwarna agak mudah menegang partikel makanan melekat pada floss tidak berwarna. 19. Lilitkan ujung floss pada jari ketiga dari masing-masing tangan. 20. Menggunakan ibu jari dan jari telunjuk, regangkan floss dan sisipkan diantara dua gigi atas. 21. Gerakkan floss keatas dan kebawah diantara gigi luar molar belakang, buat gambar C disekitar tepi gigi yang di floss. Lakukian secara sistematik pada setiap susunan gigi.						
---	--	--	--	--	--	--

22. Ambil sepotong floss bersih, lilitkan pada jari ketiga dari masing-masing tangan, menggunakan jari-jari telunjuk regangkan floss dan sisipkan diantara dua gigi bawah. 23. Gerakkan floss ke atas dan kebawah, diantara tepi gusi dan mahkota gigi bawah sekali setiap waktu. 24. Biarkan klien membilas mulutnya dengan air hangat dan membuangnya ke dalam bengkok, bantu klien mengeringkan mulutnya. 25. Rapihan alat dan klien. 26. Lepaskan sarung tangan. 27. Cuci tangan. 28. Dokumentasikan							
Sikap 29. melakukan tindakan dengan sistematis. 30. komunikatif dengan klien. 31. 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 = jumlah tindakan yang dilakukan (ya) x 100 =

31

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

Evaluasi formati

1. Evaluasi keadaan klien terhadap kenyamanan (walaupun pada klien dengan penurunan kesadaran).
2. Evaluasi cara yang disukai klien ketika melakukan membantu oral hygiene.
3. Evaluasi cara klien melakukan oral hygiene (jika keadaan klien memungkinkan).
4. Evaluasi status pernafasan klien untuk menilai terjadinya aspirasi atau tidak 9pada klien dengan penurunan kesadaran).

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul. (2016). Buku Dasar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika
- Eni Kusyanti. (2014). Ketrampilan & Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar. Jakarta: EGC
- Perry & Potter. (2010). Fundamental Keperawatan. Buku 1 &2. Jakarta: Salemba Medika
- Rebeiro dkk. (2015). Manual Ketrampilan Klinis Keperawatan Dasar. Jakarta: Elseiver